AIDA MARIS PERES

**COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO: RELAÇÃO
ENTRE AS EXPECTATIVAS DA INSTITUIÇÃO FORMADORA E
DO MERCADO DE TRABALHO**

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.

Área de Concentração: Administração
em Serviços de Enfermagem
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena
Trench Ciampone.

São Paulo
2006

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aida Maris Peres

Competências gerenciais do enfermeiro: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Administração em Serviços de Enfermagem

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha família, primeiro e contínuo núcleo de aprendizagem, respaldo estrutural e fonte de afeto, que garantiu a concretização desta etapa. Aos meus pais, pelo modelo de otimismo e persistência, valores morais e espirituais; ao Fabiano, pelo amor que nutre nossos sonhos; ao Alexandre, Thiago e Fabrício, para que a paciência e os esforços empreendidos, por nós todos, para superar as dificuldades, sirvam de exemplo para os seus projetos de vida.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Maria Helena Trench Ciampone, pelo acolhimento e serenidade constantes, amiga e orientadora na verdadeira acepção da palavra; respaldada pelo saber, faz jus à missão de promover o crescimento dos que a rodeiam.

À Prof^a Dr^a Paulina Kucgant, pela leitura crítica de todo o material durante o seu processo de definição e orientação, com a sapiência que dispõe constantemente a socializar.

Aos demais professores e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por oportunizar e compartilhar momentos gratificantes de aprendizagem.

Às colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, que contribuíram com idéias, opiniões e troca de informações. Em especial, à Carmen Elizabeth Kalinowski e à Lillian Daisy Gonçalves Wolf, amigas solidárias, se organizaram para suprir minha ausência nos momentos mais conturbados desta elaboração, colaborando ainda com a leitura do material, por meio de sugestões, reflexões e experiências.

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná, que subsidiou as passagens rodoviárias nos anos de 2005 e 2006.

Às bibliotecárias da EEUSP, Virgílio Ballestro e Rosele Paschoalick pelo apoio na fase final de correções e formatação desta pesquisa.

Peres AM. Competências gerenciais do enfermeiro: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho. [tese] São Paulo (SP): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

RESUMO

O desenvolvimento desta pesquisa focaliza as questões relacionadas ao ensino superior de enfermagem, mais especificamente no que se refere à formação de competências gerenciais do enfermeiro. O estudo tem como objetivos: identificar as competências gerenciais propostas nos planos de ensino das disciplinas que abarcam conteúdos de Administração em Enfermagem, reconhecendo a relação entre um Projeto Político-Pedagógico (PPP) e o perfil do egresso proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais; analisar o PPP de uma escola de enfermagem em face das expectativas de dirigentes de serviços de enfermagem do mercado de trabalho local em relação às competências gerenciais do enfermeiro ingressante nesses serviços; e, problematizar as convergências e divergências das expectativas do mercado de trabalho em relação às competências gerenciais e as priorizadas na formação, favorecendo intervenções no âmbito do ensino. A sustentação teórica recuperou conceitos de competência no contexto da Administração Geral e da Educação, desencadeando, a partir destes, uma discussão sobre as Políticas de Educação e as Políticas de Saúde no país, como determinantes dos modelos de formação na Área de Enfermagem e do ensino de Administração em Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório, composta metodologicamente em três etapas: análise documental de um PPP; análise das entrevistas realizadas com onze gerentes representantes do mercado de trabalho de enfermagem em Curitiba, PR, e interpretação hermenêutico-dialética das competências gerenciais esperadas nos âmbitos do ensino e do mercado de trabalho, explicitadas na primeira e segunda etapas. A análise e a interpretação dos dados foram subsidiadas por duas grandes vertentes. A primeira vertente abarca as categorias analíticas: totalidade, práxis, historicidade e dinamicidade, que se complementam a partir da crítica dialética com a análise hermenêutica. A segunda vertente de análise é composta pelas seguintes categorias empíricas, advindas dos discursos dos sujeitos entrevistados: perfil do enfermeiro, para atender às necessidades institucionais; expectativas dos gerentes, quanto às competências gerenciais dos enfermeiros; e bagagem gerencial, que os enfermeiros trazem da formação para a instituição, segundo a percepção dos gerentes. A análise interpretativa norteou-se pelos eixos dos determinantes estruturais, que abrangem as políticas de saúde e as políticas de educação; pelos determinantes da dimensão particular, representada pelo mercado de trabalho local em enfermagem e pela instituição de ensino; e pelos determinantes da dimensão singular, pertinentes ao âmbito do ensino de Administração de Enfermagem. Os resultados apontam a necessidade do ensino estreitar as relações com o mercado de trabalho no sentido de ampliar a valorização das competências gerenciais do enfermeiro para além

da dimensão técnica, contemplando estas dimensões: comunicativa, ética, política e de desenvolvimento da cidadania.

DESCRITORES: Enfermagem (educação); Administração em enfermagem; Competência administrativa (educação); Competência profissional.

Peres AM. Nurse Managerial Competences: relation relationship between the expectations of the nursing education and nursing market of work [thesis] São Paulo (SP): Program of Post-Degree in Nursing at São Paulo University; 2006.

ABSTRACT

The development of this research focuses on the questions related to the nursing education, specifically related to the formation of a nurse's managerial competences. The objectives of this study are: (i) to identify the managerial competences proposed at the plans of education of disciplines that contains administration in nursing, recognizing the relationship between a Pedagogic-Politics Project (PPP) and the profile of the National Curricular Guidelines; (ii) to analyze the PPP of a nursing school towards the expectations of nursing services' managers; (iii) to discuss the convergences and divergences of the work environment expectations towards the managerial competences and those prioritized at nursing school. The theoretical sustentation recouped concepts of competences in the context of general administration and education, promoting reflection and discussion about education and health politics in Brazil, as a determinative of models of formation in nursing and the education of Administration in Nursing. As a descriptive-exploratory research divided into three stages: documentary analysis of a PPP; analysis of the interviews carried out at by eleven representative nursing managers in Curitiba city, Brazil; and hermeneutics-dialectic interpretation of the managerial competences requested in the scopes of the education and work. The analysis and interpretation of the data had been subsidized into two distinct categories. The first is composed by the following analytical categories: totality, *praxis*, history, and dynamics. The second is composed into the following empirical categories demanded by the interviewed professionals: profile of the nurse; expectations of nursing managers; and management knowledge. The interpretative analysis was guided by: structural dimension that encloses health and education politics; the particular dimension, represented by nursing school; and the singular dimension, pertinent to the scope of the education in nursing administration. The results point out the necessity to approximate the nursing market of work and its formation in order to expand managerial nurses competences beyond the technical dimension, embracing the communicative, ethical, political and citizenship development dimensions.

DESCRITORS: Nursing (education); Administration in nursing; Administrative competence (education); Management for competences (education); Professional competence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho investigativo.....	107
Figura 2 - “Roda” da inter-relação entre as categorias analíticas e empíricas	162

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Caracterização das instituições de saúde de Curitiba a que pertencem os gerentes entrevistados quanto ao nível de complexidade, número de enfermeiros, porte, atividade de ensino e natureza - 2005 117
- Quadro 2 - Competências e conteúdos gerais do Curso de Enfermagem da UFPR, competências e conteúdos específicos das disciplinas de Administração em Enfermagem e suas relações com outras disciplinas e pilares da educação segundo Delors (2001) 136
- Quadro 3 – Competências gerenciais, saberes prioritários e dimensões das competências gerenciais do enfermeiro 176
- .

LISTA DE SIGLAS

BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CENDES	Centro de Estudios del Desarrollo
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
GEMA	Grupo de Estudos sobre a Metodologia da Assistência
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
NAA	Núcleo de Assuntos Acadêmicos da Universidade Federal do Paraná
NEPAPEAS	Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre os Aspectos Psicossociais do Ensino e da Assistência em Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PPP	Projeto Político-Pedagógico
SENAC	Serviço Nacional do Comércio
SENADEn	Seminário Nacional sobre as Diretrizes Curriculares para o Ensino de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Caracterização por sexo dos aprovados no vestibular para o curso de Enfermagem da UFPR nos anos de 2001 a 2005.... 113
- Tabela 2 – Caracterização por idade dos aprovados em vestibular para o curso de Enfermagem da UFPR nos anos de 2001 a 2005.... 113
- Tabela 3 - Caracterização por renda familiar dos aprovados em vestibular para o curso de Enfermagem da UFPR nos anos de 2001 a 2005 113
- Tabela 4 - Caracterização por necessidade de trabalho dos aprovados em vestibular para o curso de Enfermagem da UFPR nos anos de 2001 a 2005 114
- Tabela 5 - Caracterização por expectativa do curso dos aprovados em vestibular para o curso de Enfermagem da UFPR nos anos de 2001 a 2005 114

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 A trajetória percorrida	19
1.2 O objeto do estudo e a justificativa	25
1.3 Objetivos da investigação	30
2 A NOÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PERSPECTIVA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO	31
2.1 Breve recorte histórico das Políticas de Saúde no Brasil	32
2.2 Breve recorte histórico das Políticas Educacionais no Brasil	39
2.2.1 A Lei de Diretrizes e Bases e as Diretrizes Curriculares Nacionais	44
2.3 A formação de competências na perspectiva da Administração e da Educação	49
2.4 As competências gerais do enfermeiro	61
2.4.1 Os quatro pilares da educação	83
2.4.2 O compromisso da avaliação curricular	87
2.5 Sobre o Ensino da Administração em Enfermagem	89
3 O CAMINHO METODOLÓGICO	95
3.1 Metodologia	95
3.2 O cenário do estudo	108
3.2.1 O cenário do estudo na 1ª fase	108
3.2.2 O cenário do estudo na 2ª fase	114
4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS DA 1ª FASE – O PPP	118
4.1 As divergências entre a formação pedagógica tradicional e a abordagem por competências	118
4.2 A nova proposta do Curso de Enfermagem da UFPR	126
4.2.1 A definição das competências no PPP	133
4.3 As mudanças no ensino de Administração em Enfermagem em face das novas propostas do Curso de Enfermagem da UFPR	147
4.4 O processo pedagógico na nova proposta do Curso	149
4.5 As dimensões do processo avaliativo	153
4.5.1 A avaliação do PPP	153
4.5.2 A avaliação do aluno	155
5. APRESENTAÇÃO DOS DADOS DA 2ª FASE – ENTREVISTAS COM GERENTES EMPREGADORES DE ENFERMEIROS	161

5.1 Perfil do enfermeiro	163
5.2 Competências Gerenciais	173
5.3 Bagagem gerencial	186
5.3.3 A contratação do enfermeiro.....	196
6. CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE O PPP E AS EXPECTATIVAS DOS GERENTES EMPREGADORES DA FORÇA DE TRABALHO DO CENÁRIO DE ESTUDO	200
6.1 Determinantes da dimensão estrutural.....	202
6.2 Determinantes da dimensão particular	205
6.3 Determinantes da dimensão singular	211
7 EM BUSCA DE UMA SÍNTESE SOBRE A COMPLEXIDADE DO OBJETO DE ESTUDO	217
REFERÊNCIAS	228
ANEXOS.....	239

APRESENTAÇÃO

“Ai de nós, educadores,
se deixamos de sonhar sonhos possíveis.”
Paulo Freire

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho, advindas principalmente da agilidade das transformações tecnológicas e do impacto que os interesses capitalistas exercem nas relações sociais, refletem-se na formação do enfermeiro e na Enfermagem enquanto prática social e profissional.

Enquanto docentes, indagamos como o ensino de enfermagem pode contribuir para a formação de um profissional tão competente para atuar no mercado de trabalho, quanto crítico em relação do que acontece na sociedade. Como formar profissionais que sejam capazes de acessar e utilizar o conhecimento de modo crítico e transformador, sem desanimar diante dos obstáculos e deformar-se pelo contexto encontrado?

Sabemos que muitas são as implicações para obtermos essa resposta. Por um lado presumimos que a formação de um enfermeiro inovador e transformador do seu espaço social demanda, por parte das Instituições de Ensino Superior (IES), a consolidação de projetos político-pedagógicos relacionados com os diversos campos de conhecimento e de ação, amplamente discutidos e consensualmente acordados pelos diferentes atores, protagonistas interessados. Ainda, para que essa proposta de estreitamento das relações entre o ensino e os serviços se concretize,

devem ser consideradas as influências das políticas sociais na educação e na saúde, bem como as vantagens e desvantagens dessa associação para alunos, profissionais e comunidade.

O desenvolvimento desta pesquisa focaliza as questões relacionadas ao ensino superior de enfermagem, mais especificamente no que se refere à formação de competências gerenciais do enfermeiro. Insere-se na linha de pesquisa das Políticas e Práticas de Educação em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Essa linha de pesquisa contempla estudos sobre aspectos históricos, teóricos e metodológicos da formação da força de trabalho, com base na estrutura, no processo e nos resultados do processo educativo em saúde.

A presente investigação integra-se em projeto de pesquisa maior intitulado “As transformações nos processos de trabalho de gerenciamento em face do Sistema Único de Saúde (SUS), e o processo de construção de competências gerenciais”, coordenado pela Prof^a Dr^a Maria Helena Trench Ciampone no grupo de pesquisa denominado Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre os Aspectos Psicossociais do Ensino e da Assistência em Saúde (NEPAPEAS).

Na área de conhecimento Administração de Serviços de Saúde do Programa de Pós-Graduação da EEUSP, o objetivo é construir conhecimentos relativos ao gerenciamento de serviços de saúde e de

enfermagem, com o que se pretende contribuir com a presente investigação, que toma como objeto de estudo a formação gerencial do enfermeiro.

O relatório da pesquisa encontra-se estruturado em capítulos. O **Capítulo 1º** busca apresentar o objeto de estudo e os objetivos da investigação. O **Capítulo 2º** visa recuperar conceitos de competência no contexto da Administração Geral e da Educação, desencadeando, a partir deles, uma discussão sobre as Políticas de Educação e as Políticas de Saúde no país, como determinantes dos modelos de formação na Área de Enfermagem. No **Capítulo 3º** é descrita a metodologia adotada, o cenário da pesquisa, os distintos momentos do estudo, assim como a técnica utilizada nos processos de coleta e análise de material em cada fase do trabalho. No **Capítulo 4º** são apresentados e discutidos os dados da análise documental que permitem o confronto entre a formação pedagógica tradicional e a abordagem por competências, descrevendo estrutura, processos e resultados de avaliação do ensino nas propostas tradicionais e nos modelos inovadores. A análise dos depoimentos dos gerentes empregadores de enfermeiros apresentada no **Capítulo 5º** desvela e traz à tona o que os representantes do mercado de trabalho encontram e anseiam encontrar, quanto ao perfil geral e gerencial do profissional enfermeiro. No **Capítulo 6º**, apontam-se as convergências e divergências entre as expectativas de um Projeto Político-Pedagógico (PPP), de uma IES e as expectativas dos gerentes empregadores da força de trabalho no cenário de estudo. O **Capítulo 7º** busca sintetizar a complexidade das questões inerentes à formação profissional, indicando as oportunidades, dificuldades e desafios

de articulação e implementação, advindas da estrutura e dos processos da Universidade.

1 INTRODUÇÃO

“Se um homem tem talento e não tem capacidade de usá-lo,
fracassou.
Se ele tem talento e usa apenas metade deste,
fracassou parcialmente.
Se ele tem talento e de certa forma aprende a usá-lo
em sua totalidade, triunfou gloriosamente
e obteve satisfação e triunfo que poucos homens conhecerão.”
Thomas Wolfe

1.1 A trajetória percorrida

Parte da minha trajetória acadêmica e profissional é descrita no sentido de situar o leitor quanto ao lugar ocupado e as perspectivas desse olhar para o objeto de estudo. A apresentação busca também ilustrar a importância do aprofundamento das relações entre a escola e o mundo do trabalho.

A realização do curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR), no período de 1985 a 1988, no contexto histórico do pós-militarismo e fortalecimento dos movimentos populares que, na área da saúde, culminaram na proposta do SUS, propiciou o meu despertar para a importância da aproximação entre ensino, serviço e realidade social.

O momento histórico de abertura política do fim da ditadura e posse de um presidente civil agitava e permitia que os movimentos sociais garantissem seus espaços. Na UFPR não foi diferente.

Os professores voltavam-se ao trabalho comunitário. Ocorriam inúmeras discussões que propiciavam reflexões sobre a contribuição da

Universidade para as transformações sociais. O Centro Acadêmico de Enfermagem atuava juntamente com o Diretório Central de Estudantes no sentido de se consolidar legalmente pela aprovação do seu estatuto e a na conquista de sede própria.

Entretanto, no que se referia à grade curricular do curso, naquela época a disciplina que envolvia conteúdos de administração, na minha experiência discente, foi similar à relatada nos resultados dos trabalhos de Kurcgant et al.(1994a, 1994b). As autoras citadas contam que imperava no ensino dessa disciplina o tecnicismo, sendo o papel do enfermeiro administrador voltado predominantemente às atividades burocráticas, centradas nas tarefas. Essa imagem fragmentada da Administração fez com que eu desviasse o meu foco de interesse a outras áreas da enfermagem para as quais estava mais motivada naquele momento.

Minha formação teve como princípio geral o envolvimento com o maior número possível de circunstâncias que permitissem o aprendizado. A busca de uma *práxis* já se fazia presente com a participação em entidades, como a União dos Gakusseis de Curitiba e no Programa Ilha do Mel.

Na União dos Gakusseis de Curitiba, organização que tinha em seu quadro de associados estudantes advindos de diversas regiões do Paraná, principalmente descendentes de japoneses, atuei inicialmente como associada e depois como coordenadora do Setor de Enfermagem e integrante do Departamento Médico. Participava do planejamento e treinamento da equipe de acadêmicos para a realização de práticas

educativas e curativas básicas das populações de cidades do interior paranaense. Esse atendimento era prestado por semestre, durante quinze dias das férias letivas, em uma proposta similar ao Projeto Rondon, com apoio das prefeituras desses municípios.

O Programa Ilha do Mel, atividade de extensão de que participei como monitora da disciplina de Enfermagem Social pelo Curso de Enfermagem, contava com a participação de professores e alunos de enfermagem, psicologia, farmácia, nutrição, medicina, biologia, serviço social e medicina veterinária.

Cada curso tinha seu projeto integrado no programa, que buscava melhorar a qualidade de vida local e prestava assistência à saúde da população, considerando sua interação com o meio ambiente, por meio da educação ambiental. Essa experiência foi marcante, por representar um avanço no entendimento da prática da interdisciplinaridade.

Mais tarde, o grupo desse programa elaborou o Projeto CADS – Araucária e obteve financiamento da Fundação Kellogg's, buscando, além da interdisciplinaridade, a integração docente-assistencial. Nesse momento, já formada e trabalhando como enfermeira no município de Araucária, pude ser instrutora de ensino da UFPR no referido projeto.

Na tentativa de aperfeiçoar meus conhecimentos acerca do processo educativo, realizei o curso de especialização em Didática do Ensino Superior. Este curso possibilitou-me a instrumentalização que favoreceu minha aproximação com a concretude da indissociabilidade

ensino-pesquisa-extensão foi um dos fatores norteadores de minha caminhada profissional.

O interesse pela pesquisa científica, associado à necessidade sentida de prestar assistência de enfermagem no contexto hospitalar, me levou ao Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da UFPR em 1996, permitindo que eu buscasse desenvolver o *saber fazer bem* não apenas na dimensão técnico-científica e política, mas aprofundando minha dimensão ética.

As situações de alta complexidade do estado de saúde vividas pelo transplantado de medula óssea e a necessidade de prestar esse tipo de cuidado com qualidade técnica e científica forçaram meu retorno aos estudos formais, com a realização de uma especialização na área de Enfermagem em Emergências.

Entretanto estar lotada em um serviço de referência internacional de hospital-escola não foi suficiente para o desenvolvimento da pesquisa e reaproximação com o ensino, pois a prioridade continuava sendo o *fazer* assistencial.

A aprendizagem na área da pesquisa tornou-se viável pelo convite da Prof.^a Dr.^a Telma Elisa Carraro para a participação no Grupo de Estudos sobre a Metodologia da Assistência (GEMA). Seu acolhimento e a familiarização com os demais colegas integrantes do grupo foram pontuais para as mudanças de rumo que ocorreram a seguir.

Minha reaproximação com o ensino surgiu como consequência natural da convivência no grupo de pesquisa. No ano seguinte à entrada no GEMA, iniciei as atividades como professora autônoma nos cursos para formação de auxiliar e técnico de enfermagem do Serviço Nacional do Comércio (SENAC) função que exerci por dois anos, até ser aprovada em processo seletivo para professor substituto na UFPR. A experiência no SENAC foi importante para reconhecer como se dá a formação profissional em outro âmbito da enfermagem.

Pensar de forma diferenciada e persistir na luta, mesmo na presença das adversidades, faz parte do ideário de seletos grupo de professores que mantém o ideal de concretizar, constantemente, a Universidade pública, gratuita e de qualidade. Conviver com os docentes do Departamento de Enfermagem da UFPR, durante minha estada de três anos como professora-substituta, ampliou meus horizontes e fortaleceu a necessidade de realizar o mestrado.

Cursar o Mestrado em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina provocou uma reviravolta positiva em minha vida. Pelas descobertas durante a primeira disciplina do mestrado, denominada Mudança Organizacional, consegui trabalhar minhas próprias resistências à mudança e vislumbrar nova postura de vida pessoal, profissional e docente.

Ao terminar o mestrado, fui convidada para lecionar no Curso de Enfermagem da Faculdade Evangélica do Paraná, que vivia o momento institucional de implementação da proposta pedagógica de integralização

curricular. Esta experiência favoreceu a aplicação de conhecimentos antes adquiridos sobre a Metodologia da Problematização e o trabalho de Paulo Freire, permitindo que eu percorresse a trajetória de construção do ensino segundo essa perspectiva, também nas disciplinas de Administração.

As disciplinas eram ministradas levando em conta a realidade dos alunos, construídas a partir das necessidades percebidas da população e da organização dos serviços de saúde, tentando seguir os indicativos das Diretrizes Curriculares Nacionais, DCNs (BRASIL, 2001).

Hoje, percebo com clareza que, em função das mudanças ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas, influenciadas pelo processo de globalização e pelo aumento da agilidade dos fluxos de informação, foram sendo gradualmente expostas as lacunas de minha formação gerencial. Estas lacunas precisaram ser preenchidas durante a vida profissional e no mestrado.

Tal preocupação transformou-se em desafio ligado ao trabalho docente da área de Administração. A provocação está em despertar, nos futuros enfermeiros, a necessidade de inter-relacionar conhecimentos, habilidades e atitudes que culminem na construção de competências gerenciais consolidadas.

Atualmente, como docente da Área de Administração do Departamento de Enfermagem da UFPR, a reflexão e a crítica acerca da formação de competências têm ocupado espaço crescente entre os professores do curso. Os desafios inerentes à Administração na área de

saúde e especificamente na Enfermagem fazem com que o enfermeiro precise, constantemente, exercitar as competências gerenciais, mesmo sem exercer cargos formais de gerência.

As mudanças nos contextos organizacionais dos serviços de saúde têm suscitado novas reflexões sobre a dinamicidade e interdependência do processo de cuidar e de gerenciar que, mesmo com núcleos de conhecimentos distintos, na prática acontecem juntos e imbricados.

Essas inquietações, constantes na minha prática profissional como docente, mobilizaram a necessidade de realização desta investigação, cuja finalidade é confrontar as expectativas do mercado de trabalho quanto ao perfil do profissional enfermeiro, em dada realidade, e os anseios do corpo docente que milita na formação profissional, expressos no PPP de uma IES.

1.2 O objeto do estudo e a justificativa

A motivação para pesquisar o tema surgiu em decorrência das situações de ensino, vivenciadas como docente, e o interesse específico pela área de Administração, que foi fortalecido durante o curso de Mestrado em Administração. No mestrado, graças à diversidade de experiências proporcionadas pelos professores e colegas advindos de diferentes áreas do conhecimento, foram propiciadas oportunidades para a aquisição de diversos saberes.

Seriam inevitáveis as comparações e reflexões sobre a minha formação gerencial durante a graduação em Enfermagem, tanto quanto as exigências percebidas para o papel do gerente e para as competências necessárias para o seu desempenho.

Essas experiências me permitem afirmar que a aquisição das competências que diferenciam os enfermeiros entre si e dos outros profissionais, no exercício de sua função, estão relacionadas às oportunidades de aproximações sucessivas com os conhecimentos transversais* proporcionados durante toda a formação. Aos conhecimentos transversais somam-se oportunidades de atuações interdisciplinares em realidades sociais diversificadas.

Conforme já explicitado, as transformações sociais, que acontecem com dinamismo cada vez mais intenso, o mercado de trabalho em geral e, especificamente, o mercado de trabalho de saúde sofrem os reflexos das mudanças, sobretudo decorrentes do avanço da tecnologia. Essas transformações demandam um perfil de trabalhador diferenciado, que possua, além das competências técnicas específicas, o adicional de competências gerenciais requeridas para a convivência no ambiente de trabalho e que terminam por destacá-lo no concernente à sua empregabilidade.

* Conhecimentos voltados para a compreensão e a construção da realidade social, dos direitos e responsabilidades relacionados com a vida pessoal e coletiva; devem ser trabalhados, de forma transversal nas áreas ou disciplinas já existentes.

As próprias Diretrizes Curriculares Nacionais, DCNs (BRASIL, 2001) corroboram essas afirmações, quando apontam as competências e habilidades essenciais à formação dos profissionais de saúde: atenção à saúde, tomada de decisão, liderança, trabalho em equipe, comunicação, educação permanente e administração e gerenciamento. Com a revisão de literatura pretende-se aprofundar a compreensão de cada uma dessas competências e habilidades.

Foi a partir da observação de necessidades expressas pelos docentes da IES de analisar a formação do enfermeiro, somada ao interesse em relacionar a formação profissional com o mundo do trabalho, que decidi estudar o assunto e dar forma à presente proposta de investigação.

Considerando que o mundo do trabalho sofre constantes mudanças, a formação profissional do enfermeiro precisa estar atenta ao seu papel social e não apenas às exigências do mercado de trabalho. O profissional bem preparado deve ser competente para resolver os problemas do seu cotidiano antes mesmo que se manifestem.

Por outro lado, grande desafio na formação do enfermeiro é implementar as determinações da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB (BRASIL, 1996) e das novas DCNs (BRASIL, 2001) e formar profissionais que superem o domínio teórico-prático solicitado pelo mercado de trabalho, como agentes inovadores e transformadores da realidade, inseridos e valorizados no mundo do trabalho.

Diante da situação exposta, surge a seguinte questão de pesquisa:

Como deve ser o processo de ensino no que se refere à formação de competências gerenciais do enfermeiro, considerando as convergências e divergências entre as expectativas do mercado de trabalho e as competências gerenciais enfocadas na IES?

O ensino de graduação, representado pelas IES, tem apontado os desafios na construção de Projetos Político-Pedagógicos, à luz das diretrizes da LDB. Porém a maior das provocações está em efetivar a implementação do PPP com o comprometimento e participação dos diferentes setores que compõem a estrutura institucional: de representantes das instâncias superiores da Universidade, como reitoria e pró-reitorias; dos departamentos de ensino e coordenação do curso; e de docentes, discentes e enfermeiros dos diferentes campos de atuação no cenário local/regional.

No momento atual, a UFPR, assim como outras IES, discutem a iminência de uma contra-reforma que atualiza a Reforma Universitária, com suas implicações no ensino, pesquisa e extensão. No Setor de Ciências da Saúde, o momento político-social está voltado para as discussões sobre as relações do ensino com as políticas de saúde e as necessidades de formação profissional para o Sistema Único de Saúde.

O Departamento de Enfermagem da UFPR, além de acompanhar os acontecimentos que afetam a Universidade como um todo, focaliza sua atenção na discussão e aprovação do PPP, elaborado entre 2001 e 2004,

reavaliando as bases pedagógicas do curso, sua estrutura de ensino e a viabilização das mudanças.

O envolvimento de docentes, discentes e enfermeiros de campo das diversas unidades desse momento definidor do futuro institucional da Universidade, Setor e/ou Curso, permite a aproximação de interesses comuns. Tal aproximação possibilitará decisões mais coerentes para o ensino, assistência e gerência dos serviços.

Esta pesquisa justifica-se, empiricamente, devido à sua contribuição na formação do enfermeiro, em âmbito local, com destaque para a aquisição de competências gerenciais. Os resultados poderão contribuir ainda para a formação de enfermeiros em outros contextos e para áreas de conhecimento que apresentem dificuldades e necessidades semelhantes às sentidas e evidenciadas no ensino da disciplina de Administração em Enfermagem.

Portanto o objeto do presente estudo é o **Ensino de Administração em Enfermagem** e a sua articulação com o Projeto Político-Pedagógico e com as demandas do mercado de trabalho em Curitiba.

1.3 Objetivos da investigação

Em face da problematização do tema, os objetivos deste estudo visam ao seguinte elenco.

Identificar as competências gerenciais propostas nos planos de ensino das disciplinas de graduação que abarcam conteúdos de administração em enfermagem, reconhecendo a relação entre o PPP e o perfil do egresso, proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Analisar o PPP de um curso de graduação em enfermagem perante as expectativas de dirigentes de serviços de enfermagem do mercado de trabalho regional, quanto às competências gerenciais do enfermeiro ingressante nesses serviços.

Problematizar as convergências e divergências das expectativas do mercado de trabalho em relação às competências gerenciais esperadas e às competências gerenciais enfocadas no curso de graduação, favorecendo intervenções no âmbito do ensino.

2 A NOÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PERSPECTIVA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

“A técnica e a ciência nos oferecem fogos, panelas,
ingredientes e condimentos de sobra.
Mas a receita, quem ainda se lembra dela?
Sapiência é isto: o sabor do bom conhecimento
que traz felicidade ao corpo.
E sábio, no sentido etimológico, é o provador,
degustador, aquele que,
havendo se diplomado na cozinha
de Babette, põe a comida na boca e diz:
“Delicioso! Está bom para ser servido!”
Rubem Alves

Para percorrer com segurança e coerência a trajetória planejada para este estudo, torna-se importante identificar, contextualizar e detalhar neste capítulo quais os pilares que subsidiaram a discussão e a análise dos dados, constituindo-se em categorias analíticas. Esses pilares, mais bem visualizados como eixos que se relacionam e comutam influências entre si, são: as Políticas de Ensino e o Ensino do Gerenciamento em Enfermagem.

As Políticas de Saúde são apreendidas como parte integrante das Políticas Sociais que movimentam o mundo do trabalho. As Políticas Sociais constituem-se, portanto, no pano de fundo que historicamente determina tanto as Políticas de Saúde como as Políticas de Ensino e, por consequência, a formação do enfermeiro no cenário nacional, subsidiando o trabalho da Enfermagem.

Buscamos, desse modo, explicitar os interesses e intencionalidades que articulam e movem a totalidade e as partes, influenciando umas às outras.

A Administração, enquanto ciência aplicada ao Gerenciamento em Saúde e ao Ensino do Gerenciamento em Enfermagem, é o eixo que deveria instrumentalizar conhecimentos, habilidades e atitudes específicas para o exercício da gerência em Enfermagem.

2.1 Breve recorte histórico das Políticas de Saúde no Brasil

As primeiras preocupações, no sentido de organizar o atendimento à saúde no Brasil, surgiram a partir de 1808, voltadas ao atendimento da realeza e sua corte. No entanto a primeira constituição de um sistema de saúde brasileiro tem suas raízes no início do século XX. Nasceu como seguro, vinculado à previdência social, para prestar assistência médica aos trabalhadores associados às Caixas de Aposentadorias e Pensões, com a promulgação da Lei Eloi Chaves de 1923 (ELIAS, 2002).

Nesse período, o controle de doenças que prejudicavam as atividades econômicas tornou-se prioridade sanitária e política. A Teoria da Unicausalidade, visão de saúde dominante na época, desconsiderava os determinantes sociais das doenças. Durante a também denominada “era bacteriológica”, as ações de saúde não incorporaram efetivamente os agentes de enfermagem no controle do meio ambiente (SALCEDO BARRIENTOS, 2002).

Essas ações tinham enfoque coercitivo, fiscalizador e policialesco. A reduzida força de trabalho de enfermagem tinha como objetivo auxiliar o

médico, sem contar com treinamento formal. A enfermeira se inseria no trabalho pela coordenação e treinamento do pessoal de enfermagem, o que acontecia esporadicamente (SALCEDO BARRIENTOS, 2002).

Nesse contexto foi institucionalizada a enfermagem moderna no Brasil. A fundação da primeira escola financiada, por organismo internacional, com o objetivo de formar profissionais para trabalhar em Saúde Pública, visava recuperar a força de trabalho por meio do controle das epidemias. No entanto, atendendo ao chamado de outros interesses, a enfermagem brasileira desviou-se da Saúde Pública e seguiu o rumo hospitalar (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001b).

A enfermagem, nessa visão, tinha como finalidade curar corpos individuais. Surge então, na enfermagem brasileira, o subprocesso de trabalho gerenciar. Essa atividade buscou organizar e controlar o processo de trabalho e favorecer o cuidado para a cura dos pacientes. Destacou-se o desenvolvimento dos seguintes instrumentos de trabalho pelo enfermeiro: modelos e métodos administrativos, normas e rotinas; responsabilidades sobre outros componentes da equipe de enfermagem e sobre os recursos materiais (SALCEDO BARRIENTOS, 2002).

Segundo Elias (2002), o sistema de saúde no Brasil já nasceu dissociado das ações de saúde coletiva, devido à sua forma mercantilizada para produzir saúde. Essa situação foi diferente em alguns países europeus, como o Reino Unido, graças ao contexto do 'Estado de Bem-Estar Social',

difundido principalmente após a Segunda Guerra Mundial. Nesses países, a política de alocação de recursos para a saúde vem do Estado.

Na realidade brasileira, o processo de industrialização facilitado pelo Estado, na década de 1950, trouxe repercussões à prática médica, já que as doenças não-transmissíveis aumentavam em demanda. Evoluíram as discussões sobre o processo saúde-doença, porquanto a Teoria da Unicausalidade não oferecia respostas a todos os agravos de saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001b).

Com nova percepção do processo saúde-doença, foi adotada a Teoria Multicausal na abordagem das doenças, que se preocupava com a interação do agente com o hospedeiro e o meio ambiente. Esta visão, predominantemente biologicista, preocupava-se principalmente com a recuperação da força de trabalho e impulsionou as políticas de saúde para a segmentação do setor e a valorização da especialização no atendimento à saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001b).

No Brasil, a forma de organização do sistema de saúde buscava tornar o menor possível o período de doença e do absenteísmo dos profissionais. Isto favoreceu a tendência capitalista de prestar atendimento individualizado à saúde.

Por sua vez, foi desencadeada a institucionalização dessa situação com a transformação das Caixas de Aposentadorias e Pensões em Institutos de Aposentadorias e Pensões, organizados por categorias de trabalhadores e não mais por empresas, aumentando a oferta de serviços de saúde por

meio de estruturas próprias e contratadas. Em 1953, criou-se o Ministério da Saúde para consolidar na década de 1960, a medicina previdenciária com uma política de integração entre o Estado, empresas prestadoras de serviços de saúde e indústrias de medicamentos e equipamentos de saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1997; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001b; BRASIL, 2005a).

Nesse momento, a contribuição do enfermeiro para o modelo de saúde é centrada na hierarquia e disciplina que reforçam a divisão do trabalho; pela padronização de técnicas de enfermagem; e, pela distribuição e parcelamento de tarefas simples (MENDES-GONÇALVES, 1994; SALCEDO BARRIENTOS, 2002).

O médico assumiu o papel de poder garantido pelo seu conhecimento anátomo-fisiológico, diagnóstico e terapêutico. A enfermagem manteve-se na posição de subalternidade pelo desempenho do trabalho manual fragmentado e voltado ao reforço da intelectualidade do trabalho médico (MENDES-GONÇALVES, 1994; SALCEDO BARRIENTOS, 2002).

Com o movimento da Reforma Sanitária, surgido na década de 1970, a partir de um trabalho empreendido por docentes de instituições universitárias e de escolas de saúde pública, o que mobilizou diversos setores da sociedade, mudou profundamente o conceito de saúde e o seu entendimento como direito de cidadania e dever do Estado, ampliando-se também as discussões conceituais sobre o processo saúde-doença.

Com a defesa da mudança do modelo biologicista para o modelo epidemiológico que considera a determinação social do processo saúde-doença, surgiram grupos de variados segmentos sociais que participaram do processo de reorientação das políticas públicas do país, assegurando a concretização do SUS.

A mudança paradigmática do modelo de atenção à saúde que desencadeou o SUS, se fortaleceu graças à crise que surgiu no modelo de saúde vigente até então. Mishima et al.(1997) apontam, entre os principais determinantes desta crise, o modelo econômico concentrador de renda que propiciou o aumento de contribuintes mal remunerados com elevados riscos de adoecer, a transferência de recursos públicos ao setor privado da saúde em detrimento da expansão dos serviços da Previdência Social e as fraudes contra o sistema previdenciário.

Foram ainda determinantes para a mudança do modelo de saúde: o aumento dos custos da assistência médica, devido às novas tecnologias; a baixa cobertura de serviços pela falta de integração entre as esferas federal, estadual e municipal de governo; e, o discurso internacional, ampliado, a partir de 1978, na Conferência de Alma Ata, propondo medidas para alcançar a meta de 'saúde para todos até o ano 2000' (MISHIMA et al., 1997).

Chompré (1996) relata que as medidas de ajuste econômico, sofridas pelo Brasil nessa época, colocaram em questionamento o Estado de Bem-Estar-Social, que buscava, por intermédio de ações da área social, mas

sob a ótica dos financiadores internacionais, diminuir a exclusão da população aos serviços de saúde e educação.

Esse modelo dominante de proteção social, com a lógica da privatização do Estado e da acumulação do capital privado, acelerou a necessidade de transformações que vieram a seguir, desencadeando a proposta de implantação do SUS.

Com essas mudanças, o SUS foi criado articulando, com as políticas de saúde, os seguintes elementos de forma indissociável: produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviços (PACIORNICK; ALBUQUERQUE; PETERLINI, 2004, p.163).

Porém essa proposta exigiu que as políticas educacionais atuassem em conjunto com as políticas de saúde, o que não tem acontecido. Exemplo dessa desarticulação está na própria Constituição, que prevê em seu Art. 200 que a ordenação da formação de recursos humanos para a área de saúde é de competência do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

No Brasil, a modalidade de recursos estatais destinados à saúde, garantindo a equidade, acontece, oficialmente, com a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, INAMPS pela Lei nº 8.689 de 27/07/1993, ex-instituto previdenciário que buscava garantir o atendimento à saúde e à previdência social aos seus beneficiários.

Entretanto, em um país aberto ao capital como o nosso, os recursos estatais para a saúde coexistem, ainda, com a modalidade de alocação de

recursos do mercado, muitas vezes mais efetiva. Porém esta modalidade não se destina à equidade e não está preocupada com a formação dos recursos humanos da área de saúde.

No momento atual, ao mesmo tempo que movimentos sociais defendem o fortalecimento do SUS e as políticas de saúde acenam para a articulação com as instituições responsáveis pela formação profissional, as forças hegemônicas do setor saúde, orientadas pelas propostas de seletividade, têm dificuldades de conviver com os princípios do SUS.

Tais forças dificultam constantemente a organização e participação dos usuários, principalmente dos trabalhadores do sistema (CHOMPRÉ, 1996) que buscam a garantia de um processo de trabalho caracterizado pelo sujeito que o realiza aliado à co-responsabilidade de seu empregador.

Quanto a um dos maiores problemas que o SUS vem enfrentando, desde sua constitucionalidade, a incompatibilidade da força de trabalho com seus requerimentos operacionais, Silva (2003) alerta para a necessidade premente de que as instituições de ensino revejam seu paradigma e mudem sua abordagem metodológica predominantemente tradicional.

Ir ao encontro das demandas políticas e sociais buscando uma aproximação entre ensino e serviço, significa abandonar o velho, já que o produto da formação atual não tem conseguido acompanhar as transformações do setor saúde e provavelmente terá dificuldades em sustentar e operacionalizar os pilares teóricos do SUS.

Salcedo Barrientos (2002) ressalta que a prática de enfermagem vem a reboque das políticas de saúde e que o SUS acarretou diversas mudanças e necessidades, tanto na formação quanto na prática profissional do enfermeiro. Na formação são sentidas as mudanças ocorridas na busca de um profissional generalista e atento à dinâmica social.

As mudanças nas políticas de saúde, advindas da Reforma Sanitária, propiciaram reflexões sobre os novos paradigmas na formação do profissional de saúde, evidenciando o discurso anti-hegemônico no âmbito do ensino de enfermagem (SILVA; EGRY, 2003). No entanto, do discurso para sua incorporação à *práxis* do ensino e desta à provocação de mudanças no mundo do trabalho, há longo percurso a ser percorrido.

2.2 Breve recorte histórico das Políticas Educacionais no Brasil

As universidades brasileiras no decorrer do século XX, passaram por diversas modificações, ocorridas pela absorção de mudanças sociais, projetos, leis e reformas. A primeira LDB em 1961 apresentou, como principal característica, a regulamentação do acesso à universidade pelo vestibular (SAVIANI, 2000).

Em 1968, durante o regime militar foi sancionada a Lei 5.540/68 que faria a primeira reforma dessa LDB, a Reforma Universitária na Educação Nacional, estabelecendo nova estruturação para as universidades federais, sendo a mais marcante de todas as reformas. Instituiu entre outros itens:

departamentalização, matrícula por disciplina, organização curricular em etapa básica e profissionalizante, Conselho Federal de Educação, fragmentação do grau acadêmico de graduação, institucionalização da pós-graduação e centralização da estrutura com o controle das reitorias (BRAVO,1999).

Para Saviani (1986, p.26) “a tendência da Reforma, ao acentuar o binômio ensino-pesquisa, era inverter a tendência tradicional, isto é, deslocar o eixo do ensino para a pesquisa”, desvalorizando o ensino, extrapolando o nível superior e atingindo os demais níveis de ensino que não eram voltados à pesquisa.

Já segundo a interpretação de Cordeiro (1999, p.10), “a reforma universitária de 1968 pôs fim à carreira do professor catedrático e à classe dos pesquisadores, dando a entender que, doravante, o professor deveria não só ensinar como também pesquisar e contribuir para a troca de conhecimentos com a comunidade”.

A falsa modernização provocada pela Reforma Universitária fragmentou a universidade, dificultando sua ampliação e inovação. Aumentaram acentuadamente o número de estudantes e de instituições na década de 1970, principalmente as particulares, com intuito de atender à demanda reprimida das instituições públicas, porém concentradas nas regiões mais desenvolvidas do país.

É importante destacar que, com todas as críticas advindas das mudanças da Reforma Universitária, a estrutura organizacional das

universidades brasileiras se mantém, com poucas alterações, até a atualidade. Com a queda do regime militar e as mudanças políticas ocorridas a seguir, pouco se fez para mudar a estrutura educacional estabelecida pela Reforma Universitária.

No contexto atual, a Reforma Universitária está novamente em discussão, pela tentativa de aprovação da chamada Contra-Reforma. Várias versões para o texto final da Contra-Reforma foram elaboradas por meio de um processo denominado participativo, ao abrir espaço para sugestões dos diversos segmentos sociais.

No entanto o último anteprojeto do Ministério da Educação sobre o assunto, apresentado em 27/07/2005, ainda não foi votado no Congresso Nacional. O referido anteprojeto provoca oposição de diferentes vertentes e grupos sociais quanto ao seu financiamento e inovações estruturais, acentuadamente marcado pela mercantilização (ANDES, 2005).

A Constituição da República Federativa do Brasil (1988) trata, no Artigo 207, da autonomia universitária. Porém esta tem sido limitada por outros artigos da própria Constituição, que restringem a autonomia administrativo-financeira e orçamentária da universidade pública.

Novamente sob a égide de interesses internacionais, quando foi regulamentada, em 17/04/1997, a última LDB pela Lei 9394/96, mudaram as diretrizes do ensino superior no Brasil. O ensino superior é visto como responsável pela valorização dos profissionais de educação, promovendo aperfeiçoamento profissional continuado, possibilitando progressão funcional

baseada na titulação e na avaliação de desempenho. Livra, assim, o Estado das responsabilidades de progressão salarial, já que esta passa a depender do professor (CORDEIRO, 1999).

A última LDB causou certo impacto também nas instituições particulares. Segundo Vasconcelos (2000), juntamente com a liberação de abertura de grande número de universidades, estabeleceu algumas regras, como a obrigatoriedade de titulação dos docentes, sua disponibilidade em tempo maior na instituição, desenvolvendo pesquisas e projetos de extensão, e outros indicativos para que se organizem em grupos que sejam cadastrados com linhas de pesquisa definidas.

No que se refere à produção científica, a LDB (1996) espera que as instituições de ensino promovam a construção de conhecimentos e os repassem à comunidade; porém não exige atividades de extensão e pesquisa por parte de faculdades isoladas. As atividades de extensão são exigidas dos centros universitários e universidades. Somente as universidades são obrigadas a desenvolver atividades de pesquisa, conforme foi relatado no parágrafo anterior.

As reformas educacionais da década de 1990 foram resultantes, em sua maioria, da articulação das políticas dos governos com as diretrizes de organismos internacionais de empréstimos para os países da América Latina (ROSAR; KRAWCZYK, 2001), valendo lembrar a interferência do Banco Mundial.

A evolução histórica da educação superior no Brasil foi marcada pelo aumento do número de vagas no ensino superior, expressivo nas instituições privadas. Percebe-se que os interesses deste segmento social interferem no ensino superior, seja pela influência que exercem na aprovação de legislação sobre o assunto, seja no destino dos recursos públicos para a educação.

A mídia brasileira minimizou a absorção dos impactos advindos das reformas, ao justificar, mediante a publicação de pesquisas, a necessidade das mudanças do sistema educativo, à luz dos condicionantes da reestruturação do setor produtivo e das mudanças institucionais. Com esses estudos, foram trazidos à população os pontos de vista já assumidos pelos organismos internacionais e justificou-se o modelo preestabelecido de reforma educacional (ROSAR; KRAWCZYK, 2001).

A discussão atual sobre a Educação Superior e a Contra-Reforma alerta para a agenda da modernização estabelecida pelo Banco Mundial.

Nos marcos dos governos neoliberais, a reforma está centrada em mudanças gerenciais, na redução do financiamento público, no estabelecimento de parcerias público-privadas e em políticas de pseudogarantias de acesso dos pobres à universidade. O eixo central da reforma do governo é o aligeiramento dos estudos, visando ao afastamento cada vez maior dos conteúdos curriculares das atuais fronteiras da ciência e da tecnologia, para assegurar nossa inserção no mundo capitalista globalizado permanentemente como nação periférica, exportadora de recursos naturais, produtos agrícolas e mão-de-obra barata, e eternamente dependente da importação de tecnologia (ANDES, 2005, p.1).

Neste momento, a última proposta elaborada para a Contra-Reforma Universitária aguarda para ser votada na Câmara dos Deputados. Como a proposta supera o campo ideológico, por definir a distribuição entre

instituições públicas e privadas dos recursos federais para a educação, a polêmica tende a continuar.

2.2.1 A Lei de Diretrizes e Bases e as Diretrizes Curriculares Nacionais

A LDB oferece às escolas as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas para nortear a elaboração dos projetos pedagógicos. Visa a que os profissionais egressos, a partir das novas diretrizes, possam vir a ser críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos, diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a “aprender a aprender”, a assumir os direitos de liberdade e cidadania, compreendendo as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país (BRASIL, 1996).

Segundo Galleguillos e Oliveira (2001a), a LDB trouxe novas responsabilidades para as instituições de ensino superior, seus docentes, discentes e sociedade, ao permitir a formação de diferentes perfis profissionais de acordo com cada escola. Por serem conhecedores da realidade social local e do mercado de trabalho, as instituições têm liberdade para definir parte considerável de seus currículos plenos.

Essa autonomia das escolas deve ser questionada, já que elas possuem a opção de escolher conteúdos que atendam somente às necessidades momentâneas do mercado de trabalho. Ao formar profissionais voltados exclusivamente ao mercado de trabalho, corre-se o risco de que a escola impressione a sociedade com a máscara da

excelência. Porém, em poucos anos, as mudanças tecnológicas acabam por tornar, esses profissionais, obsoletos e descartáveis.

Almeida (2003) conta que, durante o processo de construção das DCNs, foram envolvidas diversas entidades nacionais, tanto no âmbito do ensino quanto dos serviços, na busca de perfil profissional com competências, habilidades e conhecimentos para atuar no SUS.

O Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras (FORGRAD*, 1999) propôs, para as Diretrizes Curriculares, que as orientações para a elaboração dos currículos permitam a construção de um conjunto articulado de conteúdos, habilidades e competências formativas dos variados cursos.

As Diretrizes Curriculares apresentam orientações para as grandes áreas do conhecimento, como a área da Saúde e as específicas de cada curso, como: Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Medicina, Odontologia, Fisioterapia, entre outros.

Em função da LDB, instituições relacionadas ao ensino superior de enfermagem no Brasil se mobilizaram para o estudo e propostas das DCNs em enfermagem, assumindo o compromisso social de traçar as diretrizes gerais para a educação em enfermagem. Em 2001, o Conselho Nacional de Educação oficializou as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

As Novas Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2001, p.1) no tocante à formação do enfermeiro, Parecer CES/CNE 1.133/01, homologado no D.O. 01/10/2001, definem-lhe assim o perfil.

Profissional de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de enfermagem, com bases no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e o enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem como capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Comparativamente, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (BRASIL, 1999, p.2) preenchem uma lacuna conceitual, observada no documento similar para a graduação. Nesse documento, competência profissional é entendida como a capacidade “de mobilizar, articular, colocar em ação, valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”.

Os interesses produtivistas para que esse conceito seja absorvido no ensino, ambiente responsável pelo processo educativo e que esse processo se volte à formação de competências, são analisados por Ramos (2002) quando realiza uma crítica coerente de educação profissional no Brasil.

*Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras (FORGRAD). Do pessimismo da razão para o otimismo da vontade: referências para a construção de projetos pedagógicos nas IES brasileiras. Curitiba; 1999.

Contrapondo-se ao sistema brasileiro de formação de competências, cuja responsabilidade primeira advém das IES, Fleury e Fleury (2001) apontam ser também papel das organizações empregadoras a formação de uma rede de conhecimento permanente que gere o desenvolvimento contínuo de competências.

Fleury e Fleury (2001) afirmam ainda que a formação de competências pode advir de três dimensões distintas: da pessoa (competência individual), das organizações (*core* competências) e dos países (sistemas educacionais).

Na área de saúde e especificamente na enfermagem, percebe-se divisão acentuada entre ensino e serviço. Enquanto o Ministério da Saúde está preocupado com a inserção do futuro profissional no SUS, propondo estratégias para a ampliação da participação das escolas formadoras no sistema de saúde (CECCIN, 2003), estas e os serviços de saúde locais e regionais mostram dificuldades para articular parcerias interessantes para ambos os lados.

A situação pode ser considerada ambígua, já que, ao concluir a graduação, o profissional partirá para o mercado de trabalho. Este, por sua vez, deseja um profissional experiente, porém não está disposto a investir em treinamento, com exceção de alguns hospitais universitários.

Silva e Egry (2003) apontam as dificuldades encontradas na formação do enfermeiro no tocante ao acompanhamento da realidade atual da saúde. Entre as abordagens pedagógicas predominantes no ensino da

enfermagem, destaca-se ainda a transmissão de conhecimentos seguida pela abordagem tecnicista, em detrimento da problematização da realidade.

Na proposta de um referencial pedagógico para uma Enfermagem que utiliza o conhecimento, sem limitar-se a ele, Silva e Egry (2003) propõem que se utilize a abordagem das competências, vinda para substituir o foco do conhecimento na centralidade das práticas educativas, além de facilitar a inserção do aluno no mundo do trabalho e melhor compreendê-lo.

De modo geral, a política para a formação de competências, a exemplo do que ocorre na América Latina, surge para adequar os sistemas educacionais e satisfazer investidores internacionais no contexto dos países em desenvolvimento. A lógica do mercado prima por mão-de-obra capacitada para dar conta da dimensão tecnológica, não privilegiando a formação crítico-reflexiva, capaz de causar impacto, neste mesmo mercado, e provocar melhorias sociais locais a médio e longo prazo.

Witt (2005) afirma que a instauração de modelos de competências advém de um movimento irreversível, cujas principais conseqüências serão sentidas nos âmbitos da educação e do mundo do trabalho. Como resultado de uma revisão de literatura realizada na busca de convergências para categorizar as competências, a autora identificou, como mais citadas, as competências de comunicação, educacionais, de trabalho em equipe e de gerência.

Este subcapítulo trouxe o reconhecimento do contexto político em que se instalaram os modelos de competências. Para identificar suas

relações com a formação e o mundo do trabalho é necessário o aprofundamento sobre o conceito de competências, que segue do geral da Administração e da Educação para o específico, este atendendo ao objeto do presente estudo, o Ensino de Administração em Enfermagem.

2.3 A formação de competências na perspectiva da Administração e da Educação

Novas formas de pensar, fazer, ser e conviver são elaboradas sucessivamente na atualidade. Lèvy (2000) afirma que as relações entre os homens, o trabalho e o próprio conhecimento dependem dessa metamorfose constante.

As mudanças no mundo do trabalho, advindas da agilidade dessas transformações, se refletem na Enfermagem como profissão, e na formação do enfermeiro como profissional de saúde. Para que o enfermeiro seja considerado promotor de ações de saúde na sociedade, sua formação precisa consolidar-se, ancorada em projetos político-pedagógicos amplamente discutidos e acordados no consenso dos diferentes atores, protagonistas e interessados.

A modalidade de formação por competências precisa ser analisada, para não refletir apenas mais um modismo que serve a interesses de grupos específicos em nossa sociedade. Devido às influências que a Ciência da Administração exerce sobre o trabalho gerencial da Enfermagem, é

relevante analisar o termo 'competência' à luz da Administração para entender melhor como, muitas vezes, está sendo interpretado no contexto do ensino e do gerenciamento de enfermagem.

No tocante ao conceito de competência, que remonta à Idade Média, esse já veio atrelado ao mundo do trabalho, com características comportamentais e de desempenho laboral (NISEMBAUM, 2000).

Conforme apresentam Fleury e Fleury (2001, p.190), a noção de competência, que deve agregar valor econômico para a instituição e valor social para o indivíduo, está associada a "saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica".

Para Mota (1997, p.22) "competência é um conjunto de aptidões, habilidades e conhecimentos que orientam a resolução de problemas e a tomada de decisão". O autor classifica ainda essas competências, conforme pode ser visto a seguir.

Quando o desempenho profissional exige um conjunto de conhecimentos, conceitos e princípios técnico-científicos articulados a habilidades de caráter genérico necessárias, tais como capacidade de abstração, de análise e de síntese, é porque está fundamentado em competências cognitivas. Já se a ênfase está em valores e atitudes que interferem no relacionamento do indivíduo em seu ambiente de trabalho, a competência sociocomunicativa está em primeiro plano.

Moraes (2003) relata que o termo competência não é novo e, no mundo do trabalho, tem sido entendido como um ajuste do saber aos interesses do mercado, para o aumento da produtividade.

O ressurgimento desse conceito na Administração veio pelas *core competences* ou competências essenciais; foi apresentado por Hamel e Prahalad (1990) para designar as competências estratégicas, únicas e distintivas de uma organização.

Essa definição serve para os conhecimentos técnicos ou tecnologias específicas que oferecem valor diferenciado para o cliente, baseando-se na missão da organização e viabiliza-se por meio de seus processos de trabalho das pessoas, para transformar as expectativas, metas e planos em algo de valor para o cliente. No entanto, segundo Fernandes (2002), poucas organizações conseguem destacar-se em mais de cinco ou seis competências estratégicas.

As competências essenciais, em se tratando de uma organização, estão relacionadas à difusão do conhecimento na empresa, diferenciando o conjunto de suas habilidades e tecnologias. Envolve desenvolvimento, inovação e capacitação de recursos humanos (FLEURY, 2001).

Ao realizar comparações conceituais entre os termos competitividade predatória e competência nas organizações, Mariotti (1999) afirma que o primeiro necessita de perdedores para existirem ganhadores. Já a competência, nasce de pessoas competentes e gera pessoas competentes e que, nesse ambiente, trabalham umas com as outras.

Analisando a filosofia das organizações de aprendizagem, pode ser feita uma analogia com o ensino de graduação, em que processos educativos descontínuos, e desprovidos de uma discussão político-

pedagógica mais ampla, visam à competição predatória, alimentando a lógica de mercado capitalista que propõe uma visão paranóica de mundo em que os vencidos são excluídos, não cabendo, nessa situação, o termo competência.

Segundo Lazzarotto (2001), as competências provêm da reflexão sobre as necessidades do mundo do trabalho em um longo processo para a aquisição de capacidades de desempenho específicas. Sobre o tema, entre os administradores de renome destacou-se Schon, que abordou as competências como capacidade de atuação pela integração dos seguintes instrumentos: conhecimentos, habilidades e atitudes.

A partir da década de 1990, o conceito de competência foi redescoberto pelas organizações. A necessidade de mão-de-obra qualificada para servir aos interesses do mercado globalizado produzem movimentos em direção às políticas educacionais no sentido de que estas se alicerçam na formação de competências.

Marx e Morita (2000) apresentam em seu livro uma metodologia para o desenvolvimento do gerenciamento do cuidado baseado em competências, por meio da proposta do Sistema Primary Nursing. A metodologia busca a autonomia do enfermeiro e a qualidade do cuidado.

Entretanto o conceito de competências, apontado pelas autoras, mantém as características mercadológicas do trabalho competitivo, quando afirmam que as competências são “habilidades técnicas e conhecimento científico que, aliados a características pessoais, distinguem os profissionais

pelo seu alto desempenho. Então, competência não é tudo aquilo que o funcionário faz dentro da função, mas sim aquilo que o diferencia dos outros” (MARX; MORITA, 2000, p.29).

Apontando novas perspectivas para o trabalho em saúde que surgem de uma análise do processo de trabalho, inserido no sistema de saúde brasileiro, Malta e Merhy (2003, p.65) apresentam a proposta de uma abordagem diferente para competência. Os autores partem dos conceitos de ‘núcleo’ como “o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade” com elementos de singularidade, conhecimentos e ações de competência próprias e de ‘campo’ como “saberes, competências e responsabilidades confluentes a várias profissões ou especialidades”. Segundo eles, o ‘campo de competência’ tende a se alargar pelo trabalho em equipe, preservando-se a autonomia do profissional e da equipe.

No sentido de aprofundar o estudo das competências, resta-nos concordar com a análise de Ramos (2002) que, ao rever a história da educação brasileira, aponta que, atrelado aos interesses do mercado de trabalho, foi estruturado, gradativamente, na América Latina, a partir de 1975, um sistema de competência profissional. Esse sistema, voltado ao ensino por competências, definiria para as organizações quais os elementos necessários para o mercado em matéria de educação, de forma que as políticas educacionais pudessem acompanhar o ritmo do mercado, inserindo conteúdos renováveis na formação profissional.

Uma comparação que pode ser realizada entre o sistema de competências, que foi adotado nos países mais industrializados, quanto ao sistema difundido na América Latina é que, nos primeiros, o enfoque de competência profissional adotado surge a partir das mudanças dos paradigmas experienciados na organização. Já na América Latina, o governo e as instituições de ensino são os que protagonizam o tema a partir da formação (RAMOS, 2002).

Em sua trajetória histórica, as escolas de enfermagem brasileiras mostram, quer pelos conteúdos e metodologia adotados, quer pelo perfil de seu egresso, que sempre tentaram ajustar-se às exigências do mercado, situação que atrelou o ensino e a prática profissional do enfermeiro aos ditames das políticas centrais de saúde ou educação, numa postura de aceitação passiva (RODRIGUES, 2000).

Rodrigues (2000) acrescenta e alerta que se por um lado, o aparelho formador persegue o ajuste às necessidades do mercado, por outro o mercado apresenta-se sempre inatingível, mesmo com as alterações curriculares propostas para tal tarefa. Por conseqüência, a formação do enfermeiro termina por não encontrar aderência em sua atividade prático-profissional, devido à sua constante submissão ao mercado de trabalho.

A divisão do trabalho na enfermagem está presente no que é ensinado e vivenciado na graduação, com esparsas propostas de avanço. As exigências do mercado de trabalho mantêm esse modelo que alimenta a divisão do trabalho. No entanto, em condições concretas como na questão

salarial, o mercado de trabalho busca identificar o enfermeiro com os demais trabalhadores de sua equipe (RODRIGUES, 2000).

Em outro ponto a ser destacado, Rodrigues (2000) alerta para a distância entre o ensino e a prática assistencial, que apontam uma defasagem na incorporação de novas tecnologias, práticas e saberes, demorando a serem absorvidos pelo enfermeiro em seu processo de trabalho, apesar do papel de intelectual e líder que lhe cabe na sua equipe.

Ao analisar o gerenciamento realizado por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde, UBS, Lazzarotto (2001) identifica as competências essenciais requeridas para essa função e as classifica, englobando as questões técnicas, de cognição e de atitudes relacionadas ao trabalho, nas seguintes dimensões: conhecimento, habilidade e atitude. A autora citada entrevistou 7 docentes de graduação em enfermagem que ministram a disciplina Administração Aplicada à Enfermagem; 12 enfermeiros gerentes de UBS; e 400 usuários, para mensurar, qualificar e compreender as competências gerenciais priorizadas pelos três grupos de entrevistados, visando à assistência de enfermagem de qualidade.

Lazzarotto (2001) parte do princípio de que a competência é definida e construída na prática social conjunta entre a instituição, trabalhadores e educadores. Sua noção de competência traz nova concepção em relação ao trabalho, acrescentando o conjunto de alfabetização tecnológica advindo da competitividade nas novas relações de emprego e inserção no mundo do

trabalho. Critica ainda a forma de utilização das funções gerenciais como são ensinadas na graduação.

Spagnol (2005) afirma que o enfermeiro ainda utiliza métodos e estratégias tradicionais de gestão, advindos das teorias clássicas da administração, utilizando-se, prioritariamente, da supervisão na função gerencial de controle, situação que dificulta o exercício da gerência compartilhada e, conseqüentemente, favorece o mecanicismo do trabalho da enfermagem, sem maiores vínculos com os usuários dos serviços de saúde e suas necessidades. Como proposta para a mudança dessa prática gerencial, a autora indica a prática da análise do processo de trabalho, o diálogo, a participação e o debate junto com sua equipe e a equipe multiprofissional, como bases para transformar os profissionais de enfermagem em atores/transformadores sociais.

Modelos inovadores consideram as realidades e prescindem de ações imediatas, planejadas, operacionalizadas e avaliadas por profissionais competentes, contrapondo-se ao poder dominante reproduzido por modelos centrados na racionalidade (FELLI, 2002). As estratégias de intervenção no processo de trabalho e a satisfação do trabalhador surgem a partir da inovação no gerenciamento de enfermagem, apontando as urgentes mudanças na organização e na realidade de trabalho, atualmente geradora de desgastes.

Ao realizar uma análise crítica do mercado de trabalho na enfermagem, Alves e Araújo (2000) questionam a segmentação da força de

trabalho da enfermagem. As autoras afirmam que, estruturalmente, essa força de trabalho possui características pessoais: qualificação diversificada, origem de classe, sexo, estado civil e nível de politização, que atuam como elementos adversos às lutas por melhores condições de trabalho.

Os ciclos econômicos de expansão ou recessão econômica fazem com que o mercado de trabalho acompanhe esse ritmo e seus interesses na inserção do pessoal de enfermagem flutuem. Como exemplo, podem ser citados os investimentos na formação voltada ao quantitativo de pessoal de enfermagem com menor qualificação, para suprir uma demanda por baixos salários ou para substituir pessoal em momentos de reivindicações coletivas, com prejuízos para a qualidade da assistência (ALVES; ARAÚJO, 2000).

A intencionalidade de contextualizar para inovar o ensino de enfermagem surge pelas características do mundo do trabalho da enfermagem, corroborando o modelo vigente do mercado de trabalho que, por sua vez, estabelece contratos de trabalho precários como no caso da terceirização, redução de empregos e de remuneração. As estratégias que provoquem mudanças na natureza do trabalho e a ampliação da qualificação profissional podem vir a transformar o processo de trabalho.

Para que o processo de formação do enfermeiro não reforce a perda de direitos relacionados à precarização do trabalho, DeLuiz (2001) considera ser necessária a implementação de modelos de formação e gestão da força de trabalho baseados em competências, nestas dimensões: técnico-especializada, ético-política, comunicacional e de inter-relações.

Ramos (2002), ao realizar pesquisas sobre as relações entre a educação e o trabalho, mostra sua preocupação sobre a falta de entendimento dos educadores, quanto à ressignificação da qualificação e da competência nos planos acadêmicos e políticos, pela tendência brasileira de tornar o conceito de competência um ordenador das relações entre educação e trabalho.

Seguindo a linha do materialismo-histórico, a reflexão de Ramos (2002) mostra que, assim como a qualificação era defendida como conceito central na relação trabalho-educação relacionada à formação e diploma, adaptação ao emprego, escolarização e profissionalização; o determinismo tecnológico tem marcado os significados da noção de competência, com o trabalhador, devendo subjetivamente reconfigurar e mobilizar freqüentemente suas competências em face dos vários contextos produtivos disponíveis.

Com a transferência da noção de qualificação para competência, houve uma reconfiguração também das suas dimensões: “profissionalizar, sob a dimensão econômica, envolve formar pessoas para viverem do produto de seu trabalho; sob a dimensão sociológica, implica desenvolver uma identidade socioprofissional; sob a dimensão ético-política, implica promover a interiorização do conjunto de regras e valores que instalam o ato profissional” (RAMOS, 2002, p. 283).

Ramos (2002) alerta para os riscos que surgem com esse novo modelo de formação por competências. Traz como exemplo que a

reconfiguração da dimensão ético-política da profissão marca a noção de competência com crescimento da importância psicológica sobre a sociológica, corroborando a tendência de formar uma profissionalidade do tipo liberal. A identidade profissional torna-se um produto de estratégias individuais elaboradas em resposta aos desafios externos pelo desenvolvimento da empregabilidade.

Para Moraes (2003), o processo educativo que enfatiza o desenvolvimento de competências, além de atender às exigências sociais provocadas pelas mudanças, é compatível com a formação almejada de um profissional crítico e reflexivo voltado para o futuro, com capacidade de articular projetos de indivíduos ou grupos.

Segundo a autora acima, a utilização do conceito de competência na educação surge com a esperança de uma educação emancipatória. Porém ressalta que a proposta do ensino por competências pode ser um modismo que serve aos valores do mercado capitalista (MORAES, 2003).

Nessa situação, compactuamos com a análise de Ramos (2002) de que a noção de **competência** não substitui a noção de **qualificação**, deslocada dialeticamente em um segundo plano. Quando a noção de competência se ocupa da dimensão ético-política do trabalho com foco predominantemente psicológico, em detrimento do enfoque social, abre espaço para uma nova categoria ordenadora da relação trabalho-educação no capitalismo tardio.

Vale lembrar que os processos de trabalho na 'era das competências' têm sido analisados de modo geral, por concepções que flutuam entre as abordagens interacionistas e funcionalistas. Segundo Ramos (2002, p.291-292) na abordagem interacionista, "a competência torna-se característica psicológico-subjetiva de adaptação do trabalhador à vida contemporânea".

Ramos (2002, p.292) afirma ainda que "a abordagem funcionalista situa a competência como fator de consenso necessário à manutenção do equilíbrio da estrutura social," entretanto, considerando os fenômenos sociais como não-históricos e fundamentada pela epistemologia do racionalismo positivista, próxima do irracionalismo interacionista que captaria apenas as partes visíveis dos fenômenos.

Ao tentar fugir do rótulo comportamentalista característico dos sistemas de competência que associam o sujeito ao seu desempenho nas situações de trabalho, existe ainda a tentativa de fazer uso de uma visão mais atualizada/coerente na área da educação, que busca a aproximação da noção de competências com o construtivismo.

Considerando que, se a análise dos processos de trabalho da enfermagem ao serem particularizados nos subprocessos assistir, gerenciar, pesquisar e ensinar seguem o princípio de decompô-los em objeto, meios/instrumentos e atividades segundo a proposta marxista, a forma de apropriação das competências durante a formação do enfermeiro precisa aproximar-se da proposta construtivista.

A identificação de competências supõe opções teóricas e ideológicas e as dificuldades em defini-las pode corresponder a uma reticência em verbalizar e coletivizar as próprias representações dos professores. Perrenoud (2000, p.15) traz essas reflexões e designa a noção de competência como “uma capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situações”.

O conceito de competências escolhido como o mais adequado à proposta desta pesquisa foi elaborado a partir da interpretação dada às idéias de Ramos (2002), Lazzarotto (2001), e Moraes (2003). Reconheço competência **como noção adequada ao pensamento pós-moderno para a adaptação dos indivíduos à instabilidade da vida, mas parto do princípio de que formar profissionais competentes permite uma atuação emancipatória, definida e construída na prática social conjunta, entre as instituições de ensino e de serviço, entre alunos, educadores e profissionais.**

2.4 As competências gerais do enfermeiro

Na graduação, as DCNs apontam o exercício das seguintes competências e habilidades gerais dos profissionais de saúde, que se repetem no documento referente especificamente à formação do enfermeiro (BRASIL, 2001): atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. A falta de esclarecimentos, no texto documental das DCNs sobre estas competências, motivou a realização do detalhamento a seguir.

Como pode ser percebido no parágrafo anterior e foi destacado por Berndt (2003), entre as seis competências apontadas, cinco podem ser caracterizadas como competências gerenciais, classificadas pela autora, como funções gerenciais. Logo, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, deve dispor, durante a sua formação, de conhecimentos técnicos e gerenciais para o exercício da gerência dos serviços de enfermagem e de saúde.

Cada competência geral teve seus conceitos analisados e relacionados com o trabalho do enfermeiro, especificamente no que diz respeito à gerência. No final de cada descrição, estão elencados os conhecimentos essenciais a serem trabalhados no ensino de Administração em Enfermagem para a formação das respectivas competências.

a) Atenção à saúde

A competência 'atenção à saúde' é assim descrita nas DCNs.

Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para eles. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde (BRASIL, 2001, p.4).

A qualidade da assistência à saúde demanda a existência de recursos humanos qualificados e recursos materiais compatíveis/adequados

com a oferta de cuidados orientada pelas necessidades de saúde (SILVA, 1996; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 1996).

A análise do processo de trabalho, até pouco tempo, generalizava ao afirmar que a atenção à saúde não se constituía, diretamente, em objeto de trabalho desenvolvido pela gerência, mas podia ser entendida como finalidade indireta do trabalho gerencial em saúde. Para estar preciso, o objeto de trabalho gerencial deve ser determinado a cada processo de trabalho.

Para que a atenção à saúde seja alcançada, o profissional que exerce a gerência faz uso de instrumentos de trabalho administrativo como o planejamento, a organização, a coordenação e o controle (SILVA, 1996; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 1996).

O trabalho de enfermagem, considerado por Mendes-Gonçalves (1994) como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se ainda em vários processos de trabalho como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro.

O gerenciamento realizado pelo enfermeiro resulta da composição histórica da força de trabalho em enfermagem que sempre promoveu a divisão técnica e social do trabalho. Seja pelas vantagens, obtidas ao ocupar espaços de poder mais elevados nessa cadeia hierárquica, ou pela cisão, provocada entre gerenciamento e execução desde os primórdios da Enfermagem Moderna, o processo de trabalho gerencial foi mantido, pelo

enfermeiro, como privativo, reforçando o *statu quo* dessa categoria profissional aliado à garantia de sua responsabilidade legal sobre a equipe de enfermagem.

A gerência configurada como ferramenta/instrumento do processo do 'cuidar' pode ser entendida como processo de trabalho específico e, assim, decomposto em seus elementos constituintes, como o objeto de trabalho (recursos humanos e organização do trabalho), tendo como finalidade recursos humanos qualificados e trabalho organizado, para obter as condições adequadas de assistência e de trabalho, buscando desenvolver a 'atenção à saúde'.

Desse modo, os objetos de trabalho do enfermeiro no processo de trabalho gerencial são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Os meios/instrumentos são: recursos físicos, financeiros, materiais e os saberes administrativos. Esses instrumentos/ferramentas específicas compreendem o planejamento, a coordenação, a direção e o controle. (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Para atingir a competência "atenção à saúde", Berndt (2003) lembra que cabe ao enfermeiro planejar, junto à sua equipe, a evolução dos cuidados, programando o tempo, a metodologia, a melhor técnica. Felli e Peduzzi (2005) ao apontarem essas funções gerenciais como responsabilidade do enfermeiro, permitem vislumbrar caminhos para compreender, com maior clareza, que 'gerenciar' é ferramenta do processo de trabalho 'cuidar', ao exemplificar como o enfermeiro pode fazer uso dos

objetos de trabalho 'organização' e 'recursos humanos' no processo gerencial que, por sua vez, se insere no processo de trabalho 'cuidar', que tem como finalidade geral a atenção à saúde, evidenciada na forma de assistência: promoção, prevenção, proteção e reabilitação.

O caminho apontado pelas DCNs para assegurar a integração e a continuidade da assistência em todas as instâncias do sistema de saúde indica que o profissional enfermeiro precisa desenvolver competências apoiadas em base sólida de conhecimentos.

Dentre esses conhecimentos que, associados à aquisição de habilidades, permitem identificar e acessar informações determinantes para a atenção à saúde com padrões de qualidade reconhecidos para a fundamentação de suas atitudes, destacam-se como saberes da Administração: teorias administrativas, ferramentas específicas da gerência, processo de trabalho, ética no gerenciamento, cultura e poder organizacional, negociação, trabalho em equipe, qualidade de vida no trabalho, saúde do trabalhador, leis trabalhistas, gerenciamento de pessoas, dimensionamento de pessoal, gerenciamento de recursos materiais, custos, recursos físicos, sistemas de informação e processo decisório.

Ponderado isso, passaremos a discutir algumas das competências gerais indicadas pelas DCNs que se relacionam, diretamente, com a área de Administração em Enfermagem.

b) Tomada de decisão

A Administração, enquanto ciência, propôs etapas no sentido de indicar que o processo de tomada de decisão pode ser desenvolvido pelos gestores com maior qualidade, se estes seguirem um método. Para Ciampone e Melleiro (2005, p.38),

a análise de problemas constitui-se de uma série de processos, que podem ser aprendidos para serem utilizados como instrumentos do processo de trabalho gerencial e que ajudam a qualificar as decisões dos profissionais de saúde e seus gestores, de modo participativo, ouvindo todos os envolvidos na situação e escolhendo ações que obtenham o máximo sucesso na resolução do problema, com o menor custo e com o mínimo de desvantagens ou riscos para todos os envolvidos.

Assim, outra competência almejada para o profissional de saúde pelas DCNs é a tomada de decisão.

O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, eles devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2001, p.4).

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

Essa proposta de planejamento como base para o processo decisório pautava-se, fundamentalmente, na racionalidade e na eficiência. O planejador partia de um diagnóstico situacional em que previa, por meio de seu conhecimento técnico, como controlar todas as variáveis de um

ambiente estável, desconsiderando a esfera política e social (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005).

Nas últimas décadas, o planejamento estratégico como base para o processo decisório amplia a perspectiva do saber técnico e incorpora importantes dimensões, como a dimensão política e a dimensão social. Nesse sentido, o gestor trabalha em conjunto com os atores envolvidos na busca de estratégias que visem diminuir a rejeição, a indiferença ou a oposição e gerenciar os conflitos no sentido de obter maior governabilidade no processo decisório.

Para alcançar competência na tomada de decisão, algumas etapas precisam ser cumpridas. Conhecer a instituição e sua missão, avaliar as reais necessidades dos usuários e realizar o trabalho pautado em planejamento que contemple o detalhamento de informações referentes às idéias e formas de operacionalizá-las; aos recursos viáveis; à definição dos envolvidos e dos passos a serem seguidos; à criação de cronogramas de trabalho e ao envolvimento dos diversos níveis hierárquicos (MARX; MORITA, 2000).

A tomada de decisão na enfermagem subsidia a resolução de problemas relativos ao cuidado e ao gerenciamento. Segundo Berndt (2003), a responsabilidade pelas decisões e a agilidade delas é do enfermeiro.

O planejamento e a conseqüente tomada de decisão, como função específica do enfermeiro que desenvolve o gerenciamento do serviço, são reduzidos à dimensão técnica de compor apenas um conjunto de ações que

buscam colocar outra ação em prática, já que as questões ideológicas e de poder, intrínsecas ao planejamento, não são consideradas pelos enfermeiros, conforme alertam Ciampone e Melleiros (2005).

Marquis e Houston (1999) referem que a tomada de decisão é vista, freqüentemente, como sinônimo de administração e se apresenta como um dos critérios pelos quais a competência geral do gerente é julgada. Parcela expressiva do tempo do gerente é utilizada no exame crítico das situações e na tomada de decisão para a resolução de problemas.

Esse processo é composto de habilidades aprendidas que se baseiam nos conhecimentos para o estabelecimento de ferramentas, técnicas e estratégias a serem desenvolvidas na prática. Como exemplo voltado à assistência de enfermagem, Marquis e Houston (1999) lembram que o processo de enfermagem é um sistema que merece ser citado como efetivo para a tomada de decisão.

Contudo apreende-se que prevalece, principalmente no ambiente de gestão hospitalar, o raciocínio pautado no planejamento normativo, como base para os processos decisórios. Isto é, em geral estabelece-se um único plano de ação, sem que se faça previsão dos cenários de implementação, consistindo, assim, em proposta idealista.

As habilidades para a tomada de decisão compõem-se do pensamento crítico sobre as situações, com base em análise e julgamento das perspectivas de cada proposta de ação e de seus desdobramentos. O raciocínio lógico e intuitivo e a avaliação permeiam esse processo.

Dentre os conhecimentos da área de administração a serem adquiridos nesta temática estão: conhecimento da cultura e das estruturas de poder das organizações; processo gerencial da tomada de decisão composto pelo estabelecimento de objetivos, procura de alternativas, avaliação das alternativas, escolha, implementação e avaliação do resultado.

c) Liderança

As DCNs apontam a liderança como uma das principais competências a serem adquiridas pelo profissional de saúde, como mostra o enunciado.

No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001, p.4).

Segundo Gardner (1990), liderança é o processo pelo qual um grupo é induzido a dedicar-se aos objetivos defendidos pelo líder ou partilhado pelo líder e seus seguidores. Liderança e administração se sobrepõem, já que alguns aspectos da liderança poderiam ser descritos como gerenciamento. O autor cita a 'dama da lâmpada' como exemplo de líder.

Um dos exemplos mais puros do líder como preparador de agendas foi Florence Nightingale. Sua imagem pública foi e continua a ser a da dama piedosa, mas, por baixo de seus modos suaves, havia um espírito inflexível, uma lutadora, uma obstinada transformadora de sistemas. Ela nunca fez aparições públicas, nem discursos, e exceto pelos dois anos que passou na Criméia, não ocupou nenhuma posição pública. Sua força residia em ser uma autoridade formidável na questão dos males a serem remediados, em saber exatamente o que fazer a respeito, e em usar a opinião pública para instigar os dirigentes a usar sua agenda (GARDNER, 1990, p.31-32).

Na discussão sobre a liderança e como ela surge, se é inata ou aprendida, os estudiosos da temática elucidam, nos diferentes momentos históricos pelos quais passou a humanidade, como as diferentes culturas encaravam a figura do líder e o fenômeno da liderança. Desde a concepção de que a liderança seria hereditária, o líder como o escolhido pela vontade divina, a liderança como característica inata no ser humano e concepções que apostam na possibilidade de desenvolver competências para liderança, encontram-se, na literatura, exemplos de cada uma dessas abordagens (GARDNER, 1990; MARQUIS; HOUSTON, 1999).

Marquis e Houston (1999) acreditam que o julgamento gerencial profissional, o pensamento crítico e a capacidade de liderança podem ser aprendidos. As autoras citadas analisam como aconteceu a mudança histórica da liderança no século XX, desde a teoria aristotélica do ‘grande homem’, que aponta o caráter determinístico da liderança, em que alguns homens teriam nascido para liderar e outros para serem liderados, graças aos traços de suas personalidades.

Já no período de vigência da teoria das relações humanas, a partir da década de 30, o foco da liderança mudou das características do líder para a ênfase nas atitudes dele e a influência de seu estilo de liderança no clima e resultados do grupo de trabalho.

A teoria situacional, também referenciada como teoria contingencial da liderança, aponta que nenhum estilo de liderança é ideal para todas as situações e que os determinantes fundamentais do estilo de liderança devem

incluir tanto a natureza da situação, quanto a capacitação do gerente e as habilidades da equipe. Em uma visão de liderança interacional e transformacional contemporânea, a liderança eficaz depende também da cultura organizacional, dos valores do líder e da complexidade da situação (MARQUIS; HOUSTON, 1999).

É preciso lembrar que gênero, poder e liderança estão interligados. Pesquisas mostram que as mulheres vêem o poder diferentemente do homem, como forma de dominação em uma relação em que elas são freqüentemente as subordinadas, o que acarreta muitas dificuldades para perceberem que também possuem poder (MARQUIS; HOUSTON, 1999). Esses aspectos culturais da liderança influenciam também as relações de trabalho.

Como exemplo, a situação de subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina foi discutida por Lunardi Filho (1998), ao descrever as questões de poder que envolvem o gênero feminino, predominante no trabalho de enfermagem, em relação ao gênero masculino, que prevalece na classe médica; como agravante, esta classe ainda está imbuída de um poder delegado culturalmente.

Fernandes (2002) afirma, em seu livro, que mais de setenta por cento do sucesso de um sistema de liderança se fundamenta na habilidade de garantir a aderência dos liderados aos valores organizacionais, considerados os alicerces por meio dos quais as pessoas se apóiam para alcançar os objetivos das organizações. A importância dos atributos, como

visão do líder, capacidade de realização e comunicação, são essenciais para que se alcancem os objetivos apontados pela instituição.

Questões relacionadas ao poder na área de saúde (LUNARDI FILHO, 1998) e à influência da cultura organizacional na atuação do líder (FERNANDES, 2002), trazem à tona a necessidade de refletir sobre os rumos da formação e da atuação do enfermeiro. O exercício da liderança do enfermeiro deve estar associado à necessidade de apropriar-se da cultura organizacional, mas não de ser incorporado por ela, desvestindo-se de autonomia e poder transformador.

Ao enfermeiro cabe liderar a equipe de enfermagem, assumir suas próprias funções como profissional competente e autônomo na equipe de saúde, garantindo os espaços conquistados com o seu saber, saber fazer e saber ser, no convívio com os demais profissionais de saúde.

Entre os conhecimentos gerenciais que subsidiam o desenvolvimento da liderança são destacados: planejamento, estratégias gerenciais, estrutura organizacional, gerência de pessoas, processo decisório, administração do tempo, gerenciamento de conflito, negociação, cultura organizacional, poder e comunicação.

d) Educação permanente

O exercício da competência 'educação permanente' é citado nas DCNs como responsabilidade do profissional de saúde associada ao papel da universidade e de políticas institucionais.

Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e treinamento/estágios das futuras gerações profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmica/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2001, p.4).

Para cumprir com seu papel de facilitadora do processo ensino-aprendizagem, a universidade precisa favorecer o interesse do aluno pela busca constante do conhecimento científico, de forma autônoma, em conjunto com a sua formação profissional, para que não ocorra o total desligamento desse aluno ao sair da universidade. O comprometimento social do profissional de saúde fortalece a necessidade de envolvimento com um processo educativo constante (BACKES; NIETSCH; CAMPONOGARA, 2002).

A educação permanente é uma das modalidades de educação no trabalho. Segundo Mancia, Cabral e Koerich (2004), a educação permanente caracteriza-se por: possuir um público-alvo multiprofissional; ser voltada para uma prática institucionalizada; focar os problemas de saúde e ter como objetivo a transformação das práticas técnicas e sociais; ser de periodicidade contínua; utilizar a metodologia da pedagogia centrada na resolução de problemas e buscar como resultado a mudança no trabalho.

A educação permanente em saúde, trabalhada tanto pelo governo federal quanto pela UNESCO, é utilizada como política de formação e qualificação de recursos humanos, cujo processo educativo deve ser dinâmico, contínuo e trazer avanços sociais. A educação permanente deve

auxiliar os recursos humanos na adequação aos contínuos avanços tecnológicos e às mudanças socioeconômicas (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

A Enfermagem, enquanto ciência e arte, tem na produção do conhecimento sua base de sustentação, quer através de investigação dos fatos do seu cotidiano profissional, de indagações teórico-filosóficas, quer de sua organização profissional (PRADO, 2001).

O envolvimento do enfermeiro no processo de educação permanente se dá, portanto, na aquisição contínua de habilidades e competências que estejam de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários de saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas no processo de trabalho da enfermagem.

Sobre a educação permanente, como competência a ser adquirida pelos profissionais de saúde, ela pode ser viável sob o enfoque de atualização contínua que busca inovar e suprir as necessidades de atualização do trabalho, desde que a instituição de saúde se comprometa, juntamente com o profissional, facilitando o planejamento ou dele participando, e do desenvolvimento de ações de educação permanente.

No entanto, no que diz respeito ao cumprimento do texto das DCNs (BRASIL, 2001), quanto a assumir a educação, treinamentos e estágios das futuras gerações profissionais e dos profissionais de serviço, a formação proporcionada pelos cursos de graduação da área de saúde não capacitam para a função educativa.

Os profissionais de saúde tentam mascarar essa lacuna com uma prática de ênfase técnico-científica que desvirtua os caminhos propostos pelas políticas de saúde e de ensino. Nos cursos de enfermagem, que formam apenas para o bacharelado, as disciplinas que abarcam conteúdos da área da educação são trabalhadas com dificuldades em associar a educação como saber da Enfermagem.

Já os cursos de enfermagem que oferecem licenciatura precisam rever sua abordagem, ampliando-a para a capacitação do enfermeiro, que também precisa exercer o processo educativo informal, presente nas relações do dia-a-dia do trabalho em saúde. É preciso imprimir a esse processo a disposição para aprender a aprender constantemente, motivado para crescer como pessoa e cidadão.

Dentre os conhecimentos da área de Administração que permitem identificar e acessar informações para desenvolver a competência de educação permanente, destacam-se: planejamento, políticas de desenvolvimento de recursos humanos, organização da aprendizagem pautada em métodos ativos, conhecimento do processo de trabalho, cultura organizacional, negociação, trabalho em equipe, comunicação, qualidade de vida no trabalho, saúde do trabalhador, leis trabalhistas, gerenciamento de pessoas e educação continuada.

e) Comunicação

Comunicação é a troca de informações, fatos, idéias e significados. Entre os componentes de uma comunicação estão a mensagem, o

comunicador, o receptor, e o meio. Nos processos de codificação, decodificação e *feed-back* são sentidas as influências de seus componentes como: a urgência da mensagem, a experiência e a habilidade do emissor, e a imagem que este tem do receptor. Mas a maior interferência na comunicação ocorre por conta dos ruídos de interpretação, capazes de distorcer a mensagem durante o processo comunicativo (QUINN et al., 2003).

Na comunicação interpessoal, a capacidade que o comunicador deve possuir para expressar o que sente, pensa e precisa, aliada ao fato de o receptor ser bom ouvinte e estar aberto a escutar de fato seu interlocutor, facilita o sucesso da comunicação.

No entanto alguns empecilhos à comunicação merecem ser citados: a falta de articulação e compreensão do problema; o engodo nas relações, que acarreta falta de confiança e cooperação; a percepção de posição/*status* que podem distorcer a comunicação; fatores pessoais como irritação do receptor em relação ao transmissor; diferentes estilos de comunicação advindos de características pessoais, de gênero ou culturais (QUINN et al., 2003).

A comunicação também diz respeito ao ato de se comunicar fora ou dentro da instituição, com clientes e outros profissionais. O profissional de saúde precisa saber comunicar-se e gerenciar a comunicação (BERNDT, 2003).

Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confiabilidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio, de pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação (BRASIL, 2001, p.4).

Entre os fatores que impulsionam a necessidade de fortalecer os processos de comunicação na gerência em Enfermagem está a maior demanda da troca de informações entre serviços, instituições e população. Dois aspectos da comunicação são relevantes nas relações de trabalho dos profissionais de saúde: as informações que sustentam o trabalho em saúde e a comunicação interpessoal.

A importância da informação em saúde destaca-se pela visão epidemiológica de determinação social, que propicia ao enfermeiro identificar problemas individuais e coletivos na população. Os problemas, ao serem relacionados como elementos para a análise da situação encontrada, subsidiam a busca de possíveis alternativas de encaminhamento e planejamento para a sua resolução.

Essas informações abrangem os dados referentes ao processo saúde-doença do indivíduo ou população analisada que, transformados esses dados em conhecimento efetivo para a ação de cuidados de Enfermagem, instrumentalizam a implantação de uma metodologia da assistência. A padronização apresenta importância especial na representação e comunicação das informações de Enfermagem.

Os tipos de comunicação mais conhecidos e estudados são a comunicação verbal e a comunicação não-verbal. No entanto outra forma de comunicação surge e domina cada vez mais o ambiente de trabalho: a comunicação virtual.

O processo de comunicação das informações, organizado em sistemas de informações informatizados e com funções diversas, garante que as pessoas recebam informações com facilidades para quem as envia, já que o princípio utilizado é o da inclusão de nomes em listas. Essas inclusões transformam as listas em verdadeiras redes sociais de informação.

Nessa situação, os sistemas de informações potenciam o pensar, facilitam o fazer e motivam o comunicar-se na Enfermagem. Os sistemas de informação podem facilitar a troca de informações entre os diferentes níveis organizacionais, até mesmo colocando-os em contato direto com as necessidades da clientela de Enfermagem.

A utilização dos sistemas de informação na Enfermagem pode destinar-se: ao ganho de tempo no acesso às informações, que facilita o pensar; ao apoio operacional, que facilita o fazer; e ao apoio à gestão de pessoas, que auxilia no processo decisório e motiva a comunicação das equipes.

Dentre os motivos para melhorar o processo de comunicação virtual na enfermagem, Balduino, Peres e Carraro(2001) destacam a sua importância na transformação e inovação da assistência de Enfermagem; na redução do tempo e no desenvolvimento da metodologia da assistência de

Enfermagem; a facilidade em realizar os registros de Enfermagem; nas condições para o gerenciamento *on-line* pelo enfermeiro; e no armazenamento e disponibilização das informações para futuras consultas, auditorias e pesquisas.

A qualidade da comunicação da equipe de Enfermagem pode ser verificada: pelo tipo de utilização dos sistemas de informação; pelos registros das ações de Enfermagem; pelo envolvimento dos profissionais no processo comunicativo que aumenta o vínculo enfermeiro-paciente na comunidade; pela facilidade de acesso e socialização do conhecimento científico; e pela avaliação dos benefícios diretos e indiretos à clientela.

Essa agilidade na geração e disseminação do conhecimento fortalece a Enfermagem como ciência, e o papel do enfermeiro é potenciado enquanto gerente do processo. O enfermeiro, conhecedor das características do sistema de informações, consegue maximizar seu uso e orientá-lo para a prestação do cuidado, por meio de metodologia da assistência mais bem delineada. A comunicação virtual agrega valor à assistência, melhorando sua qualidade e, conseqüentemente, a diferencia, aumentando a autonomia e a visibilidade do enfermeiro.

Na comunicação verbal, o maior bloqueio entre duas partes acontece pela falta de habilidade para se ouvirem mutuamente com inteligência, compreensão e perícia (ARGYRIS et al., 1999). Já na comunicação não-verbal, a principal dificuldade está em não saber

interpretar o que é demonstrado pelos sentimentos das pessoas, especialmente por meio da face e do paraverbal (SILVA, 1996).

Em ambas as situações, o pré-julgamento da comunicação é uma barreira ao processo, pois a outra parte não consegue expressar-se livremente. Na comunicação virtual verbal, como no caso de videoconferências, transmissão de voz e *netmeetings*; ou não-verbal como nos *e-mails*, *chats* e hipertextos, o pré-julgamento torna-se necessário por motivos de segurança, já que as fontes nem sempre são confiáveis.

Voltada à vertente da comunicação interpessoal, Braga (2004) conceitua a competência em comunicação como processo interpessoal que deve atingir o objetivo dos comunicadores, pressupor conhecimentos básicos de comunicação, possuir consciência do verbal e do não-verbal nas interações, atuar com clareza e objetividade, promover o autoconhecimento na busca de uma vida mais autêntica.

Enfatiza ainda que a competência comunicativa é fundamental para que o enfermeiro conquiste relações profissionais e pessoais mais significativas, maior autoconsciência e aceitação das diferenças, ampliação dos caminhos de ensino e da pesquisa e conquista de bem-estar (BRAGA, 2004).

Na gerência, a competência comunicacional é essencial,

[...] visto que para organizar é indispensável comunicar-se – a fim de estabelecer metas, canalizar energias e identificar e solucionar problemas - aprender a comunicar-se com eficácia é crucial para incrementar a eficiência de cada unidade de trabalho e da organização como um todo (QUINN, 2003, p.42).

Os conhecimentos identificados como essenciais para o desenvolvimento da competência comunicacional incluem: conhecimento do próprio estilo de interação, administração de conflitos, negociação, escuta ativa, normas e padrões de comunicação organizacional, sistemas de informação, trabalho em equipe, metodologia da assistência, poder e cultura organizacional.

f) Administração e gerenciamento

O enfermeiro tem sido o responsável pela organização, coordenação e viabilização das atividades assistenciais dos hospitais, para que os demais profissionais da equipe de enfermagem e outros da equipe de saúde atuem, tanto no ambiente hospitalar quanto na saúde pública (LUNARDI FILHO; LUNARDI, 1996).

Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, quanto dos recursos físicos e materiais da informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (BRASIL, 2001, p.4).

Desde o advento da enfermagem moderna pode ser visualizada a dimensão prática do saber administrativo que resultou na divisão técnica do trabalho na enfermagem em que as '*nurses*', de nível social inferior, prestavam cuidado direto aos doentes, enquanto as '*ladies-nurses*' de nível social elevado, possuíam capacitação diferenciada e realizavam tarefas de supervisão e ensino (GOMES et al., 1997).

A constituição do saber de administração na enfermagem deu-se a partir da necessidade de organizar os hospitais. Em sua dimensão prática, o saber administrativo institucionalizou-se com a formação das primeiras alunas da Escola Nightingale, que buscava suprir a demanda de enfermeiras diplomadas para fundarem novas escolas, ao serem treinadas para o cargo de superintendente. A formação diferenciada as disciplinava para ocuparem a chefia de enfermarias e a superintendência de hospitais (GOMES et al., 1997).

Chama a atenção que na área da enfermagem o gerenciamento foi historicamente incorporado como função do enfermeiro. Portanto sempre houve no processo de formação desses profissionais um preparo “mínimo” para assumir esse papel.

Entretanto as DCNs estendem essa competência para os profissionais de saúde. Embora não seja objeto do presente estudo, empiricamente sabe-se que são poucas as carreiras da área de saúde que incluem disciplinas voltadas ao gerenciamento de serviços de saúde na graduação.

André (2006) aponta o desinteresse dos gestores dos serviços de saúde pela formação gerencial, no que diz respeito à escolha e desenvolvimento dos gerentes. Na amostra de seu estudo, dentre os atuais gerentes de unidades básicas de saúde de um município, apenas a metade obteve conhecimento acadêmico de gestão, durante a graduação ou em curso de especialização.

Para o desenvolvimento da competência administrativa e gerencial considera-se indispensável o conjunto de conhecimentos identificados para planejar, tomar decisão, interagir e gerenciar pessoal. Assim nas DCNs, com ênfase nas funções administrativas, destacam-se o planejamento, a organização, a coordenação, a direção e o controle dos serviços de saúde, além dos conhecimentos específicos da área social/econômica que permitem ao gerente acionar dados e informações do contexto macro e microorganizacional, e analisá-los de modo a subsidiar a gestão de recursos humanos, recursos materiais, físicos e financeiros.

Neste subcapítulo, foram descritas detalhadamente as competências gerais propostas nas DCNs (BRASIL, 2001) para a formação dos profissionais de saúde: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Elas foram relacionadas com o trabalho exercido e o perfil pretendido para o enfermeiro pelas DCNs, aproximando-os dos desafios da gerência. Puderam ainda ser relacionados os conhecimentos que precisam ser mobilizados no ensino de Administração em Enfermagem, para a formação dessas competências.

2.4.1 Os quatro pilares da educação

Para entender melhor como se incorporam as aprendizagens fundamentais às competências, será descrita a proposta de Delors. As diretrizes curriculares preconizadas pelo Parecer CSE/CNE 583/2001 para

as áreas de conhecimento, que integram a saúde, apontam a necessidade da construção de um perfil acadêmico e profissional com competências que englobam conhecimentos, habilidades e atitudes que promovam o aprender a fazer, a viver juntos e a conhecer nos diferentes cursos.

Delors (2001) apresenta no Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, a proposta de que a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais para a vida das pessoas: **aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser.**

Amplamente aceitos nas instituições de ensino brasileiras durante o processo de construção curricular por apontar como referência, para a formação do indivíduo do século XXI, os quatro pilares da educação foram sintetizados no texto a seguir.

Aprender a conhecer. Esse tipo de aprendizagem busca o domínio dos próprios instrumentos do conhecimento, para que cada um aprenda a compreender o mundo que o rodeia, favorecendo o despertar da curiosidade intelectual para buscar a autonomia e o discernimento. É preciso facilitar o acesso do aluno ao profissional, às metodologias científicas, instrumentos, conceitos e referências que facilitem a busca do saber. Cultivar a cultura geral vasta nos permite a comunicação com os outros, e a capacidade de aprofundamento em determinado número de assuntos. Exercitar a atenção, a memória e o pensamento facilitam a apreensão do conhecimento, assim como a combinação entre o método dedutivo e o indutivo no ensino, facilitam

o encadeamento do pensamento. O processo de aprendizagem nunca está acabado e é preciso transmitir às pessoas bases e impulsos, para que continuem a aprender ao longo de toda a vida, no trabalho e fora dele (DELORS, 2001).

Aprender a fazer. A relação entre o aprender a conhecer e o aprender a fazer é inquestionável. A aprendizagem aprender a fazer está relacionada com o colocar em prática os conhecimentos pela formação profissional e transformá-los constantemente por meio de inovações. Porém não deve estar voltada apenas à qualificação, mas para competências que tornem a pessoa apta a enfrentar situações e trabalhar em equipe, quer pelas oportunidades oferecidas pelo ambiente de ensino ou propiciadas por esse no ambiente de trabalho (DELORS, 2001).

Aprender a viver juntos, aprender a conviver. Esta aprendizagem representa um dos maiores desafios na educação. Busca resolver os conflitos, desenvolver o conhecimento dos outros, dirimir preconceitos. Para desenvolver essa aprendizagem, não basta agrupar os diferentes, é preciso trabalhar em contextos igualitários, com projetos comuns que favoreçam a cooperação. O reconhecimento do outro, seguido da valorização do que é comum entre todos, é o primeiro passo para a convivência e a interdisciplinaridade (DELORS, 2001).

Aprender a ser. Essa aprendizagem busca a realização completa do ser humano: espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade. Considera-o como indivíduo,

membro de uma família e de uma coletividade, capaz de elaborar pensamentos autônomos e críticos, formulando seus próprios juízos de valor, para decidir por si, como agir nas variadas circunstâncias da vida. Começa do conhecimento de si mesmo para se abrir à relação com o outro, numa maturação contínua da personalidade (DELORS, 2001).

Entretanto cabe lembrar que estudiosos do assunto que seguem os caminhos da dialética, como Ramos (2002), questionam os rumos que podem ser dados à aplicação dos quatro pilares da educação, já que essa abordagem tem sido utilizada pelo Banco Mundial para definir metas educacionais para os países sob sua dependência.

Especificamente para os cursos de graduação em Enfermagem, as DCNs (BRASIL, 2001) almejam a formação do enfermeiro generalista, crítico e reflexivo; capaz de intervir sobre as situações de saúde-doença mais prevalentes; com ênfase na sua região; identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes.

A responsabilidade das instituições educacionais de formar atores sociais com competências que gerem as transformações sociais necessárias é apontada por Roncaglio et al. (2004). Entretanto, em um país onde os interesses políticos e financeiros são fortes o bastante para influenciar a elaboração de leis educacionais que direcionam a vida das pessoas, as tendências educacionais, a linha filosófica e as propostas na elaboração dos projetos pedagógicos dos cursos podem ficar comprometidas na sua implementação.

2.4.2 O compromisso da avaliação curricular

Com a emergência de diferentes formas de pensar e construir competências, evidencia-se a necessidade de elaborar instrumentos e realizar estudos sobre o processo de sua avaliação. A avaliação curricular precisa acontecer processualmente: antes durante e depois da formação profissional.

Um exemplo de compromisso com a avaliação curricular em face do processo de construção do PPP pode ser identificado a partir do documento de avaliação institucional da EEUSP. Neste documento evidenciam-se os avanços do grupo docente em torno das discussões sobre as tendências educacionais, a linha filosófica e a consolidação de propostas na elaboração e implementação de um PPP (EEUSP, 2005*).

Como parte integrante do documento, foi elaborado pelo Grupo de Trabalho de Avaliação Curricular e Projeto Pedagógico da EEUSP um roteiro que pode contribuir para a avaliação de outros PPP. A avaliação curricular da EEUSP está sendo conduzida por um roteiro que busca caracterizar: o ideário da instituição; a vocação para a formação acadêmica; a estrutura pedagógica do curso; o perfil e competências esperados do egresso; a estrutura física e os recursos humanos para viabilizar o PPP (EEUSP, 2005).

Nesse processo, cada Departamento vem trabalhando no sentido de identificar as competências inerentes a cada área do conhecimento, de

*Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Avaliação institucional: roteiro para auto-avaliação. São Paulo; 2005.

modo a conformar o perfil almejado. A avaliação curricular da EEUSP conta com a assessoria externa de dois especialistas em Educação que atuam como facilitadores, a partir da vertente emancipatória.

Após realizar a análise curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da EEUSP, que identifica tanto os pontos positivos quanto as dificuldades encontradas, o grupo apresentou um plano de ação que propõe objetivos a serem alcançados com metas para cinco e dez anos respectivamente.

Entre os objetivos definidos estão: aumentar o número de vagas; manter a taxa de evasão baixa; reduzir o número de alunos que ultrapassam o tempo mínimo de formação; implementar o ensino a distância; flexibilizar o currículo de graduação com ampliação das disciplinas optativas e valorização das atividades complementares; ampliar a integração das atividades de ensino à pesquisa e extensão; incrementar a articulação institucional; implementar o programa de mobilidade estudantil (EEUSP, 2005).

O processo de avaliação curricular utilizado na EEUSP serviu como norte para a análise do PPP do Curso de Enfermagem da UFPR e, particularmente, para visualizar as competências gerenciais, apresentadas no Capítulo 4 desse estudo, a partir dos Planos de Ensino e da prática docente nas disciplinas que abordam, direta ou indiretamente, conteúdos de Administração.

2.5 Sobre o Ensino da Administração em Enfermagem

A administração dos serviços de saúde esteve presente como função do enfermeiro desde os primórdios da enfermagem moderna. A maioria das quinhentas enfermeiras formadas nos primeiros vinte e cinco anos da escola de enfermagem do Hospital Saint Thomas, fundada por Florence Nightingale na Inglaterra, foram trabalhar dentro e fora de seu país na direção ou organização dos serviços de enfermagem (OGUISSO, 2005).

Em Portugal, o ensino de enfermagem teve início no final do século XIX por iniciativa de administradores de hospitais de Coimbra, Porto e Lisboa. Surgiu com o objetivo de melhorar a instrução das enfermeiras, que tinham sua imagem associada ao domínio do lar (OGUISSO, 2005).

Nos Estados Unidos, com a adoção do sistema nightingaleano no Hospital Bellevue em 1873, rompendo com o modelo de ensino médico para enfermeiras, pretendia-se que o ensino de enfermagem, a direção das escolas de enfermagem e a direção dos serviços de enfermagem fossem realizados por enfermeiras (OGUISSO, 2005).

Somente no final do Século XX, a enfermagem brasileira se mobilizou para discutir, sistematicamente, questões relacionadas ao ensino. Destacam-se como experiências bem-sucedidas, as várias edições do Seminário Nacional sobre as Diretrizes Curriculares para o Ensino de Enfermagem, SENADEn. Desde o primeiro SENADEn, delinear-se

diretrizes para a educação em Enfermagem, levadas adiante pelas contribuições da enfermagem para a consolidação das DCNs.

No que se refere ao ensino de Administração em Enfermagem, organizaram-se encontros específicos com os docentes da área, durante os vários SENADEn, para a discussão sobre a condução da formação gerencial dos enfermeiros. Um dos resultados advindos desses encontros foi a elaboração de diretrizes para o seu ensino.

Com o decorrer dos anos, percebeu-se que a evolução no ensino de Administração em Enfermagem e as conseqüentes mudanças nos processos de trabalho de enfermagem, advindas da busca de melhorias para a formação e a atuação gerencial dos enfermeiros, surtem maior efeito, quando existe o envolvimento dos interessados nas discussões e elaboração de propostas que se sustentem agregadas às políticas de educação e saúde.

Na busca para a concretização de avanços, as instituições de ensino precisam voltar sua atenção aos diversos momentos constitutivos do processo educativo. A primeira etapa, a construção do PPP, traça os rumos que se pretendem tomar pela consolidação das bases filosóficas do curso e pela definição de como se dará sua viabilização.

Em outra etapa, é importante que sejam realizadas simulações da operacionalização do PPP com todo o corpo docente, para facilitar a compreensão docente sobre como deverão ser trabalhados os conteúdos de Administração em Enfermagem durante a formação, e promovida sua

interação com outros conteúdos para alcançar os resultados almejados pelo PPP. É preciso chamar a atenção para que a estruturação do projeto garanta sua viabilidade e propicie sua implementação com constante avaliação.

Experiências de sucesso foram descritas no decorrer das últimas décadas no Brasil. Ciampone et al. (1993) discorrem sobre a filosofia em que as docentes se basearam para o desenvolvimento da disciplina de Administração em Enfermagem e da relevância da reflexão crítica da realidade. Em outro trabalho, Ciampone, Leite e Gaidzinski (1996) apresentam a experiência dessa implementação, mostrando que o repensar e avaliar constantes são indispensáveis na prática pedagógica.

Em estudos da percepção de discentes e enfermeiros egressos sobre a disciplina de Administração em Enfermagem realizados por Kurcgant et al.(1994a, 1994b) e Gaidzinski, Leite e Takahashi (1998), pode-se apreender a evolução de conceitos e enfoques no ensino da gerência. Nos dois primeiros estudos citados, a administração era apreendida pelos alunos como burocrática, com visão funcionalista, centrada na tarefa.

Já no último trabalho citado, ficou evidenciada por parte dos egressos a importância da dimensão e profundidade dessa disciplina, principalmente porque havia permitido desenvolver com segurança, em campo de ação, uma atitude reflexiva para o enfrentamento de situações de trabalho.

Nimtz (1999), ao analisar as bases teóricas e metodológicas dos programas da disciplina de Administração em Enfermagem nas escolas privadas da Grande São Paulo, aponta a necessidade premente de rever conceitos que conduzam a novos paradigmas no gerenciamento de enfermagem.

Nesse estudo, que abrangeu dez escolas de enfermagem, apenas três apresentavam, com clareza, em seus programas, a convergência entre ensino e realidade, buscando preparar o aluno pelo reconhecimento das novas tendências gerenciais e para uma atuação transformadora. Os programas da disciplina, apresentados pela maioria das escolas estudadas, mantinham conhecimentos administrativos tradicionais e conservadores, a despeito das necessidades do mercado e da realidade social.

Para Felli (2002), o modelo educacional em enfermagem deve buscar uma reorientação na superação do tecnicismo. O desenvolvimento de habilidades sociais e da ação crítica, ética e responsável rompe com os atuais paradigmas de gestão.

Felli (2002) chama a atenção, ainda, para a necessidade da desmistificação do gerenciamento de enfermagem como uma 'disfunção' do trabalho assistencial, e para a importância de o enfermeiro se apropriar desse espaço como um dos processos de trabalho que se diferencia do assistencial, no contexto da produção em saúde.

É papel da universidade instrumentalizar o futuro enfermeiro para intervir na realidade, participando da transformação do modelo gerencial

vigente e diminuindo a dicotomia da teoria com a prática. Para isso é necessário que ocorram mudanças em diversas dimensões: transformações na dimensão técnica do gerenciamento; na dimensão política; na dimensão comunicativa; na dimensão do desenvolvimento da cidadania pelo gerenciamento (FELLI, 2002).

As tendências inovadoras da formação gerencial se dão pelo contato vivo com o sistema de saúde. A compreensão da gestão, como componente de mudança, possibilita um olhar mais abrangente ao aluno, pautado na melhoria constante dos processos de trabalho na prática de saúde.

Considerar importantes todos os espaços de atuação gerencial permite ao aluno vislumbrar os resultados almejados. A dimensão da realidade precisa ser sentida e trabalhada com o graduando como transformável, elevando seu compromisso com a sociedade.

A sociedade vem demonstrando suas necessidades, optando pela captação dos profissionais com formação mais completa e complexa. Rios (2002), ao apontar o caráter de mediação da dimensão ética na superação da dicotomia entre teoria e prática, também afirma que a ética está expressa nas dimensões técnica e política, ao desvendar a escolha dos conteúdos, métodos de ensino e avaliação, entre outros componentes pedagógicos.

O enfermeiro egresso nessa proposta educacional é capaz de provocar a interação das partes de um sistema, com competência para promover mudanças na comunidade em que atua, com capacidade de

análise crítico-reflexiva, considerando a complexidade dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

A possibilidade do desenvolvimento de competências, a partir da formação que contemple as dimensões técnica, ética e política, pode promover a inserção no mundo do trabalho de um profissional capaz de provocar mudanças condizentes com a realidade da comunidade em que atua, e de maior consistência e comprometimento com os processos de transformação social.

Ponderado isso, retomamos a questão de pesquisa já explicitada: como deve ser o processo de ensino no que se refere à formação de competências gerenciais do enfermeiro, considerando as convergências e divergências entre as expectativas do mercado de trabalho e as competências gerenciais enfocadas na IES?

Para ser respondida essa indagação, optou-se por determinado desenho metodológico, capaz de propiciar respostas que subsidiem intervenções.

3 O CAMINHO METODOLÓGICO

Gato, você poderia me dizer, por favor,
qual o caminho que devo tomar para sair daqui?
- Hum... Depende de onde você quer ir. - disse o gato.
- Não me importa exatamente para onde. - disse Alice.
Então, tanto faz o caminho a tomar - respondeu o gato".
Fonte: Alice no país das maravilhas

3.1 Metodologia

A explicitação do problema com maior familiaridade e a sua viabilidade para o aprimoramento de idéias são fatores importantes para a escolha do caminho metodológico (Gil, 1991).

Para Richardson (1999) e Goldenberg (2000), a pesquisa qualitativa serve para identificar conceitos e questões difíceis de quantificar, permitindo observar e compreender como cada grupo ou instituição experimenta, concretamente, a realidade pesquisada, até mesmo em situações complexas.

Por meio da pesquisa qualitativa pode-se compreender melhor a realidade que emerge da percepção e experiência dos informantes e, nesse sentido, não há preocupação com a quantificação e sim com a representatividade e dinâmica presente no material discursivo. Nesse caso, a pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2004a, p.134) é importante para:

(a) compreender os valores culturais e as representações de determinados grupos sobre assuntos específicos; (b) para compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; (c) para avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina.

Na busca de uma abordagem que possibilitasse responder à questão norteadora deste estudo, em consonância com minha visão de mundo, assim como Minayo (2004a) que considera a identidade e as determinações existentes entre sujeito pesquisado, objeto e investigador, escolhi a abordagem qualitativa na perspectiva do método exploratório-descritivo.

O método exploratório permite uma visão geral e aproximativa acerca de um fato ou tema pouco explorado. O descritivo permite realizar a descrição das características pela maneira como os dados são coletados. Enfim, ainda quanto à natureza da metodologia, esta é definida como descritiva, a partir de seus objetivos, proporcionando nova visão do problema, aproximando-a da pesquisa exploratória pela atuação prática, resultando no alcance do diagnóstico e da compreensão. (GIL, 1991).

Segundo Minayo (2004a), devido ao fato de a saúde ser socialmente determinada, a abordagem qualitativa torna-se adequada às pesquisas dessa área, porque, por meio das técnicas que lhe são peculiares, é possível apreender a percepção dos sujeitos que vivenciam dada experiência. No presente estudo, tanto a percepção dos docentes que formularam os documentos/PPP/planos de ensino, como dos gerentes quando expressam suas expectativas em relação ao perfil de competências dos egressos de escolas, para trabalharem nas instituições que chefiam, correspondem a um espaço mais profundo de relações e inter-relações que não podem ser reduzidos meramente à condição de variáveis.

Pela necessidade sentida de promover um diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento que se interligam nesse estudo e de analisar essas diferenças, considerando sua totalidade, historicidade, dinamicidade e *práxis*, a abordagem qualitativa mostra-se como uma alternativa viável, para que o objeto do estudo, o Ensino de Administração em Enfermagem, possa ser conhecido, descrito, analisado e interpretado.

No embate entre a corrente do conhecimento científico positivista, que procura trazer a explicação objetiva da realidade por meio da linguagem de variáveis, e a corrente da Sociologia Compreensiva, que busca compreender e explicar as dinâmicas sociais pela subjetividade, Minayo (2004a) aponta a Dialética como alternativa. A dialética trabalha o aspecto quantitativo como caracterizador de os fatos e fenômenos; esses por sua vez são entendidos levando em consideração também suas determinações, aliadas às transformações provocadas pelos sujeitos sem excluir a subjetividade que lhes é característica.

Sobre a classificação que serve para agregar os dados, permitindo melhor compreensão deles para sua análise, ao seguir a proposta de Minayo (2004a), o estudo foi composto por duas grandes vertentes de categorias. A primeira vertente traz as categorias analíticas: totalidade, *práxis*, historicidade e dinamicidade, que se complementam a partir da crítica dialética com a análise hermenêutica. A segunda vertente de análise apresenta as seguintes categorias empíricas que advêm dos discursos dos sujeitos: perfil do enfermeiro, para atender às necessidades institucionais;

expectativas dos gerentes, quanto às competências gerenciais dos enfermeiros; bagagem gerencial, no tocante ao que os enfermeiros levam da formação para a instituição, segundo a percepção dos gerentes.

Na 1ª fase, a coleta de dados foi baseada na análise documental do PPP da IES em estudo; das Diretrizes Curriculares Nacionais e dos planos de ensino das disciplinas de Administração. A pesquisa documental permite identificar e explorar temáticas específicas, podendo identificar impactos e tendências na área de conhecimento.

Esta etapa buscou levantar dados para identificar as competências gerenciais propostas nos planos de ensino das disciplinas que abarcam conteúdos de administração em enfermagem e reconhecer a relação entre o PPP e o perfil do egresso proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

A autorização para a coleta de dados, a partir das informações contidas nos documentos sob responsabilidade da Coordenação do Curso de Enfermagem, foi formalizada pela coordenadora do curso em resposta a uma carta de apresentação do projeto de pesquisa (APÊNDICE A). Entre os documentos analisados estão os planos de ensino, o Projeto Político-Pedagógico atual, as grades curriculares e as atas de reuniões do colegiado do curso de Enfermagem.

Outro órgão acionado para obtenção de dados dessa etapa foi o Núcleo de Assuntos Acadêmicos da UFPR (NAA), que disponibilizou, em resposta à solicitação expedida (APÊNDICE B), o perfil socioeconômico dos alunos ingressantes no Curso de Enfermagem.

Em uma 2ª fase, foram realizadas entrevistas com os responsáveis pelos Serviços de Enfermagem das principais instituições de saúde empregadoras da força de trabalho de enfermeiros em Curitiba. Nas entrevistas, pretendeu-se identificar as expectativas dos sujeitos em relação às competências gerenciais do enfermeiro ingressante no mercado de trabalho local.

Nessa fase a proposta foi operacionalizada pela realização de entrevistas semi-estruturadas, que são consideradas entrevistas em profundidade por Richardson (1999). As entrevistas visaram obter dos entrevistados sua percepção daquilo que consideram como aspectos mais relevantes sobre o tema, por meio de uma conversação guiada. Essas entrevistas foram gravadas com consentimento escrito, contendo esclarecimentos da pesquisa e garantia de sigilo e anonimato (APÊNDICE C), oficializados com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (ANEXO A) e autorização das instituições envolvidas (APÊNDICE D).

Com o objetivo de provocar reflexões e críticas sobre a adequação do instrumento de coleta de dados, realizei uma entrevista-piloto com uma gerente de serviço hospitalar de Curitiba, sem incluí-la na amostra estudada. A avaliação dessa entrevista-piloto foi realizada pela autora, orientadora e demais membros da Comissão Julgadora, no momento do exame de qualificação e permitiu tecer considerações acerca da pertinência das

questões propostas. A dinâmica utilizada permitiu a adaptação do roteiro de entrevista aos objetivos do estudo.

Como critério de inclusão, primeiramente foram levantadas as instituições de saúde de Curitiba e selecionadas as que possuem maior número de enfermeiros em seu quadro de pessoal, por meio de consulta solicitada ao cadastro do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Como nesta listagem constavam apenas instituições hospitalares e tendo constatado que duas instituições prestadoras de serviços de saúde coletiva abarcam em seu quadro de pessoal um contingente expressivo de enfermeiros, acrescentei-as ao grupo selecionado.

A princípio, as entrevistas previstas com os sujeitos responsáveis pelas equipes de enfermagem seriam em número de doze, sendo obedecida a ordem de importância definida no levantamento citado. Destas, a responsável pela direção de uma instituição de saúde classificada como hospitalar, filantrópica, prestadora de serviços de nível secundário e terciário, não autorizou a realização da entrevista e justificou sua recusa como falta de interesse devido ao fato de a instituição não realizar atendimentos pelo convênio de complementaridade com o SUS.

Com os que aceitaram participar, o tempo de entrevista variou de vinte minutos a uma hora e quinze minutos e todos os entrevistados concordaram com a gravação. As transcrições das entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora. Para facilitar a análise dos dados, foi elaborada uma tabela com duas colunas. Na primeira coluna ficaram

dispostas as falas dos entrevistados na íntegra, e na segunda coluna eram selecionadas as unidades de significado emergentes, de acordo com os tópicos orientadores da pergunta. Posteriormente, essas unidades de significado foram agrupadas em temas que constituíram as categorias empíricas do estudo.

As entrevistas foram identificadas pela ordem cronológica de sua realização, atendendo aos aspectos éticos definidos no trabalho para a garantia do anonimato e do respeito à privacidade, garantindo ainda, a liberdade de participar ou declinar desse processo no momento desejado, levando em conta o cumprimento da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

A técnica de análise de dados utilizada nas 1^a e 2^a fases foi a análise de conteúdo que, segundo Moraes (1994), serve para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos, bem como de material discursivo, auxiliando a reinterpretar as mensagens e a atingir a compreensão de significados para além da leitura do senso comum.

O tipo de Análise de Conteúdo a ser utilizada nesse estudo segue as recomendações de Minayo (2004a), que relaciona estruturas semânticas, consideradas como significantes, com estruturas sociológicas dos enunciados, consideradas significados. Significantes e significados são descritos e analisados pela articulação das seguintes variáveis: psicossociais; do contexto cultural; do contexto e do processo de produção da mensagem.

Minayo (2004a) apresenta as seguintes técnicas de Análise de Conteúdo para atingir os significados manifestos e latentes no material coletado: Análise de Expressão; Análise de Relações; Análise Temática e Análise de Enunciação. A Análise Temática foi escolhida como a técnica mais adequada para o trabalho em questão, por destacar o 'tema' como unidade de significação que permite descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem uma comunicação, caracterizados pela importância das unidades de significação encontradas.

Para Bardin (1977) e Moraes (1994), os principais passos que constituem a análise de conteúdo são os seguintes: preparo das informações; unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; categorização ou classificação das unidades em categorias; descrição; interpretação. Já para Minayo (2004a), as três etapas da análise de conteúdo são classificadas em: **pré-análise**, decomposta em leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação de hipóteses e objetivos; **exploração do material**, que consiste na operação de codificação; **tratamento dos resultados obtidos e interpretação** por meio de porcentagens ou análise fatorial para destacar as informações que propiciam inferências e interpretações em torno de dimensões teóricas sugeridas pelo material.

As categorias analíticas constituem pontos de referência gerais de uma análise dialética, mas "não necessitam estar presentes no discurso teórico que organiza o projeto de pesquisa. Dele devem constar definições

que se fazem necessárias para surgir do ‘caos inicial’ o objeto específico com seus contornos gerais” (MINAYO, 2004a).

Nesse sentido, as categorias analíticas estão presentes no referencial teórico/temático que fundamenta a análise das categorias empíricas que surgem dos discursos em função da pergunta norteadora da pesquisa. Assim, as categorias empíricas são identificadas a partir da análise documental e das entrevistas. As categorias analíticas definidas no estudo foram: historicidade, totalidade, dinamicidade e *práxis*.

Aqui a historicidade é entendida pela mobilidade constante da história, determinada continuamente pelas transformações sociais. Para Egry (1989) a historicidade pode ser expressa por meio da compreensão da superestrutura político-ideológica e das transformações do trabalho, emergindo constantemente as necessidades sociais. Desse modo, no referencial teórico a historicidade foi resgatada, no sentido de apreensão da noção de competência na perspectiva das políticas de saúde e educacionais, em seu recorte histórico; e da formação de competências na perspectiva da Administração geral, da administração em Enfermagem e do ensino do gerenciamento em enfermagem.

O plano da totalidade é apontado por Minayo (2004a) como um todo coerente que apresenta correlações entre a realidade objetiva e outras unidades ligadas entre si, direta ou indiretamente.

A contínua transformação da realidade social, modificada no seu tempo e espaço forma o conceito desejado de dinamicidade, no qual estão inclusos as instituições, sociedades e processos de trabalho diversos.

A *práxis* foi escolhida como categoria analítica nesse estudo por permitir caminhar da teoria à sua aproximação com a realidade. Segundo Minayo (2004a, p.232), isso acontece quando “o ato humano que atravessa o meio social conserva as determinações, mas transforma o mundo sobre as condições dadas”. Essa categoria analítica advém de saberes anteriores e exteriores ao material de análise e, no entanto, específicas sobre o objeto definido.

As categorias empíricas, construídas a partir do tratamento analítico dos documentos da 1ª fase e definidas com os discursos da 2ª fase, aumentam a visibilidade do objeto de estudo e norteiam o processo de análise, reflexão e síntese com a interligação dos dados na 3ª fase.

Assim, as análises das **1ª e 2ª fases** do estudo foram perpassadas pelo constante movimento de ir e vir entre os dados empíricos para a formulação das categorias empíricas; e da revisão teórica para o fortalecimento das categorias analíticas. Nessas fases foram abordados os contextos, tanto dos documentos analisados quanto dos sujeitos entrevistados, respeitando sua historicidade e dinamicidade, situando as descobertas nos seus *loci* e momentos próprios.

Em uma **3ª fase**, com base nas relações identificadas entre as competências gerenciais dos planos de ensino das disciplinas de Administração e o PPP do Curso de Enfermagem e também nos discursos dos enfermeiros gerentes sobre as expectativas do mercado local nas 1ª e 2ª fases, foram realizadas leituras norteadas pelo referencial teórico, procedendo-se à problematização das convergências e divergências e

assinalando conflitos e contradições que favoreçam intervenções no âmbito do ensino.

Minayo (2004b) conta que uma das principais críticas sofridas na atualidade pelos cientistas que utilizam a análise de conteúdo acontece pela pouca articulação da técnica de interpretação de textos com os contextos das mensagens. A pesquisadora citada apresenta um método de interpretação qualitativa de dados com a intenção de suprir a lacuna identificada.

Na busca de um referencial para a interpretação de dados que superasse os esquemas interpretativos formais e permitisse inserir o contexto estrutural que envolve o cenário do estudo em exame, encontrei subsídios na proposta de Minayo (2004a) que vieram ao encontro de minhas necessidades para preencher as lacunas dessa etapa de interpretação.

Minayo (2004a) reflete sobre o desafio da análise qualitativa em superar os esquemas interpretativos formais ou o funcionalismo, apresentando o método hermenêutico-dialético como o mais adequado para a interpretação aproximada da realidade, já que esse método busca contemplar, com base dialética, os conteúdos conflitivos e antagônicos presentes em nossa realidade social.

Entretanto, Minayo (2004a) chama a atenção para a dificuldade encontrada pelos pesquisadores sociais que fazem uso da interpretação marxista dos dados, que mesmo sendo a mais consistente forma de interpretação, devido a suas falhas, ao transpor do espaço macrossocial para o microssocial, podem confundir a análise dos dados ao inferir valores políticos à análise científica.

Rebatendo análises e interpretações simplistas com a Teoria da Complexidade e apontando trabalhos de ciências naturais que mostram a organização dos seres vivos para a transmissão de informações e recepção

delas, submetidos à entropia, Minayo (2002) traz à tona reflexões emergentes no século XX sobre um novo modo de pensar e fazer ciência.

A hermenêutica-dialética é um método de análise oriundo das ciências humanas e sociais que tem sua abordagem fundamentada na subjetivação do objeto e na objetivação do sujeito. A utilização da análise hermenêutico-dialética como metodologia de abordagem da comunicação foi proposta por Habermas que, no entanto, não se preocupou em apontar os recursos técnicos para a sua operacionalização, já que seu método “não determina técnicas de tratamento de dados e, sim, a sua autocompreensão” (MINAYO, 2004a, p.219).

A hermenêutica se move entre os seguintes termos: compreensão como a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação; liberdade, necessidade, força, consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes e significado, símbolo, intencionalidade e empatia como balizas do pensamento. A dialética, por sua vez, é desenvolvida por meio de termos que articulam as idéias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social (Minayo, 2002, p.83-84).

A hermenêutica é utilizada para a compreensão de textos, ao colocar-se no lugar do outro, tendo no cerne de sua fundamentação a noção de ‘compreender’ a partir da inter-relação entre quem emite a mensagem e quem a capta e interpreta. Considera-se como campo de análise da hermenêutica o indivíduo como ser histórico interpenetrado por todos os lados pela sua liberdade e necessidades, o senso-comum, a vivência e o símbolo.

A dialética considera como parte da realidade o conflito e a contradição. Busca nessa crítica, que pode advir de produtos sociais como no caso deste trabalho; da organização ou não de indivíduos na sociedade, de documentos e de instituições, as diferenciações que possibilitarão o dinamismo e a apreensão da totalidade do fenômeno estudado de modo a possibilitar transformações no cenário do ensino.

Enfim, uma interpretação que segue os princípios da hermenêutica-dialética busca apreender a prática social em seus movimentos contraditórios, levando em conta que esses indivíduos vivem em situações e contextos diferentes, condicionados por determinado momento histórico e que podem ter ao mesmo tempo, interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem.

Os passos da análise de conteúdo, segundo Minayo (2004a), seguidos nas 1ª e 2ª fases deste estudo, culminaram na interpretação dos dados na 3ª fase, conforme propõe o referencial da hermenêutica-dialética. Considero que os objetivos propostos na pesquisa foram atingidos, em sua maioria, graças à adequação metodológica aos objetivos do estudo.

O desenho investigativo apresentado na Figura 1 demonstra como foi realizado o delineamento geral da análise e interpretação dos dados para atingir os objetivos.

Figura 1 – Desenho investigativo.

3.2 O cenário do estudo

3.2.1 O cenário do estudo na 1ª fase

Com a intenção de conhecer melhor o contexto do presente estudo, passo a descrever, a seguir, algumas características da UFPR e do Curso de Enfermagem. Trata-se de uma instituição pública de ensino superior, localizada em Curitiba, Paraná.

A primeira universidade brasileira foi a Universidade Federal do Paraná, criada em 19 de dezembro de 1912 e reconhecida pela Lei nº1284 de 27 de março de 1913. Seu reconhecimento surgiu de uma articulação paranaense liderada por Victor Ferreira do Amaral e perdurou por pouco tempo, pois, ainda em 1913, o Decreto Maximiliano, que estabeleceu a reforma no ensino superior, impôs uma série de restrições à liberdade de ensino no país (WESTPHALEN, 1987).

Essas restrições fizeram com que a Universidade Federal do Paraná optasse pelo reconhecimento separado de seus cursos, desmembrando-se em três faculdades (Direito, Medicina e Engenharia) mantidas sob uma única diretoria. Para conceder o título de *Doctor Honoris Causa* ao Rei Alberto I da Bélgica, em 1920, foi criada a Universidade Federal do Rio de Janeiro, o que faz com que muitos a considerem a primeira universidade do Brasil (UFPR, 1998).

Na discussão sobre qual foi a primeira universidade do Brasil, encontram-se referências que indicam ter sido a Universidade de São Paulo, USP, já que teve em seu planejamento a real concepção de uma

universidade, pois suas antecessoras foram constituídas, inicialmente, “como aglomerados de escolas previamente existentes. A USP, instituída com as características próprias de uma universidade, foi criada oficialmente em 1934” (GUIMARÃES, 1996, p.9).

Houve, a partir dessa época, um crescimento acentuado no número de instituições de ensino superior, muitas delas transformando-se em universidades. As controvérsias apresentadas sobre qual teria sido a primeira universidade brasileira reforça a cultura de tradicionalismo da UFPR, que ofereceu entre outros, no período compreendido entre os anos de 1913 e 1951, o curso de Obstetrícia.

Com duração de dois anos, o curso citado conferiu o título de Enfermeira Obstétrica para 118 alunas e estava vinculado e subordinado à Faculdade de Medicina, fortalecendo, desde aquela época, a hegemonia da categoria médica na área de saúde da instituição. As aulas do Curso de Obstetrícia tiveram início em 24 de março de 1913, mas o curso só foi reconhecido ligado à Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná em dezembro de 1931, através do Decreto nº20865 no Diário Oficial da União de 12/01/1932 (UFPR*, 2003).

Ao realizar uma análise sobre o assunto, Seraphim (1996) afirma que, reforçando o exemplo do acontecido em outras faculdades, hospitais e

* Universidade Federal do Paraná (UFPR). Projeto Político-Pedagógico do Curso de Enfermagem. No prelo 2003.

maternidades do país, a Faculdade de Medicina foi a responsável pelo início do processo de ensino de enfermagem.

A administração dos hospitais e o atendimento direto dos clientes estavam na dependência da enfermagem. Anexar as escolas de enfermagem aos hospitais foi uma forma de facilitar a vida dos estudantes de medicina em troca de mão-de-obra barata e de qualidade (SERAPHIM, 1996).

Não foram encontrados registros que comprovam que as parteiras, como eram denominadas as enfermeiras obstetras, tiveram em sua formação, disciplinas relacionadas à área de administração. No entanto, em agosto de 1932, foi nomeada uma parteira, como chefe de administração da Maternidade Victor Ferreira do Amaral, principal campo de estágios da época (SERAPHIM, 1996).

Segundo Seraphim (1996), isso aconteceu porque os médicos queriam aproveitar as habilidades domésticas próprias do sexo feminino, assim como a abnegação e submissão desse gênero, para executar as atividades administrativas mais exaustivas de gerência de recursos humanos e materiais. Com essa estratégia, mantinham seu *statu quo* por meio de outras formas menos desgastantes que garantiam seu prestígio e poder.

Vale ainda lembrar que o Curso de Obstetrícia da UFPR iniciou suas atividades antes do advento da enfermagem moderna no Brasil, que tem como marco a chegada da Missão Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, financiada pela Fundação Rockefeller e chefiada por

Ethel Parsons (BARREIRA; SAUTHIER; BAPTISTA, 2001). Esse financiamento objetivou dar sustentação à reforma promovida por Carlos Chagas no Departamento Nacional de Saúde Pública.

Já o curso da UFPR, como foi relatado anteriormente, mantinha apenas o enfoque hospitalar, sem o envolvimento significativo e organizado de enfermeiros para assumir sua direção. Quando o Curso de Obstetrícia encerrou suas atividades em 1951, ainda não existia em Curitiba uma estrutura voltada à saúde pública que colaborasse para mudar os rumos dessa formação.

Em 1960, foi inaugurado o Hospital de Clínicas da UFPR, que tinha como principal finalidade ser campo de instrução dos alunos de cursos com atividades relacionadas à assistência médico-hospitalar, prevendo-se a inclusão, dentre esses, dos acadêmicos de enfermagem (UFPR, 2003).

Entretanto nesse momento a Universidade ainda não tinha um curso de graduação em enfermagem, e o corpo de enfermeiros contratados para o Hospital de Clínicas estava voltado às atividades gerenciais e assistenciais que proporcionavam a infra-estrutura para o ensino médico.

No intervalo de catorze anos entre a inauguração do Hospital de Clínicas e a aprovação do curso de graduação em enfermagem, um grupo de enfermeiras da instituição, egressas, em sua maioria, da então Faculdade Católica do Paraná, elaborou um plano estrutural para o seu funcionamento. Em 1974, foi criado o Curso de Enfermagem da UFPR pela Resolução 04/74 do Conselho de Ensino e Pesquisa (CEPE).

O quadro de pessoal do Departamento de Enfermagem chegou a possuir 33 professores efetivos na década de noventa, diminuindo para 25 professores em 2001 (PERES, 2002) e está ainda mais reduzido em 2006, contando com apenas 20 professores efetivos.

Contrapondo-se à redução de seu quadro, os professores de enfermagem envolvem-se em outras atividades na UFPR e apresentam um aumento considerável de produtividade com a organização e manutenção dos cursos de especialização, residência e mestrado, além do incremento das atividades de pesquisa e extensão.

Atualmente, todos os professores do Curso de Enfermagem da UFPR possuem carga horária de 40 horas semanais, em regime de dedicação exclusiva à instituição. No que se refere à titulação do corpo docente, 07 professores são doutores, 07 doutorandos, 05 mestres e um mestrando. Esses dados podem caracterizar os professores como persistentes em busca de sua qualificação, já que o Departamento dificilmente disponibiliza afastamento total das atividades como forma de liberação para o professor em qualificação.

Atualmente, existem 283 alunos matriculados no curso de graduação. No entanto não foram encontradas estatísticas na Coordenação do Curso de Enfermagem que mostrassem o perfil desses alunos.

Para caracterizar o corpo discente do Curso de Enfermagem, foram utilizadas, como fonte, as estatísticas do Núcleo de Assuntos Acadêmicos, NAA da UFPR, considerando o total de alunos aprovados no concurso

vestibular para ingresso no Curso de Enfermagem nos anos de 2002 a 2005. Até o ano de 2001, essas informações acadêmicas não eram desmembradas por curso, o que dificultava identificar o perfil desejado.

Os candidatos ao vestibular de Enfermagem da UFPR, para ingresso nos anos de 2002 a 2005, responderam a um questionário no momento da sua inscrição. Para compor o perfil foram selecionados os candidatos aprovados e foi calculada a média das respostas verificadas, nos respectivos anos. A caracterização dos alunos está representada nas Tabelas 1, 2, 3, 4, 5.

Tabela 1 – Caracterização por sexo dos aprovados no vestibular para o curso de Enfermagem da UFPR nos anos de 2002 a 2005

Sexo	Percentual
Masculino	10.91%
Feminino	89.90%

Tabela 2 – Caracterização por idade dos aprovados em vestibular para o curso de Enfermagem da UFPR nos anos de 2002 a 2005

Idade	Quantidade
Até 18 anos	35.53%
19 anos	18.66%
Entre 20 e 22 anos	31.61%
Mais que 23 anos	11.36%

Tabela 3 - Caracterização por renda familiar dos aprovados em vestibular para o curso de Enfermagem da UFPR nos anos de 2002 a 2005

Renda Familiar	Percentual
1 salário mínimo a R\$500,00	6.82%
Entre R\$ 501,00 e R\$ 1.000,00	26.36%
Entre R\$ 1.001,00 e R\$ R\$ 2.000,00	36.82%
Entre R\$ 2.001,00 e R\$ R\$ 3.000,00	15.91%
Entre R\$ 3.001,00 e R\$ R\$ 5.000,00	5.00%
Mais que R\$ 5.001,00	3.18%

Tabela 4 - Caracterização por necessidade de trabalho dos aprovados em vestibular para o curso de Enfermagem da UFPR nos anos de 2002 a 2005

Necessitara trabalhar	Percentual
Desde 1º ano período parcial	27.50%
Desde 1º ano período integral	4.55%
Não sabem se precisarão trabalhar	39.28%
Não precisarão trabalhar	22.73%

Tabela 5 - Caracterização por expectativa do curso dos aprovados em vestibular para o curso de Enfermagem da UFPR nos anos de 2002 a 2005

O que esperam do curso	Percentual
Formação profissional voltada ao trabalho	70.00%
Aplicação dos conhecimentos para melhorar o nível de instrução	9.55%
Aquisição de cultura e conhecimento	15.45%
Melhorar atividade prática	5.20%
Formação técnica voltada a pesquisa	0.91%

Atualmente, o Curso de Enfermagem tem 31 anos de funcionamento e formou, na graduação, 961 enfermeiros até fevereiro de 2006. Na apresentação dos dados da 1ª fase é mostrado o percurso histórico do curso no tocante às suas mudanças estruturais.

3.2.2 O cenário do estudo na 2ª fase

O cenário da 2ª fase do estudo é composto por instituições que participam do sistema de saúde, nas quais o enfermeiro é inserto e desenvolve suas funções. O município de Curitiba realiza gestão plena do

sistema de saúde e conta, em 2006, com 110 unidades de saúde e 58 hospitais.

Dentre as unidades de saúde, constam: 47 unidades básicas, 46 unidades de Programa de Saúde da Família, 06 unidades de atendimento ininterrupto, denominadas Unidades de Saúde 24 horas, e 13 unidades de atendimento especializado. Quanto à rede hospitalar de Curitiba, 29 hospitais são credenciados pelo SUS, 05 são públicos e 04 são universitários, perfazendo um total de 6.552 leitos cadastrados; destes, 3.565 são leitos disponibilizados para o SUS e 2.987 são leitos não-SUS (BRASIL, 2005b).

Na tentativa de caracterizar as instituições quanto ao sistema institucional, para facilitar no diagnóstico da amostra da pesquisa, conforme é mostrado no Quadro 1, seguiram-se os mesmos critérios de classificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES (BRASIL, 2005b) que visa trazer o conhecimento da realidade da rede assistencial de saúde brasileira e de suas potencialidades. No CNES as instituições pertencentes à amostra da pesquisa são classificadas quanto à natureza como: Administração Direta da Saúde (Secretarias de Saúde); Administração Direta de outros Órgãos (Ministério da Educação); Empresa Privada; Entidade Beneficente sem fins lucrativos; Fundação Privada. Quanto à atividade de ensino, consta a seguinte classificação: Unidade Auxiliar de Ensino; Unidade Universitária; Unidade Escola Superior Isolada.

As instituições de saúde ainda foram classificadas quanto ao nível de complexidade em atendimento primário, secundário e/ou terciário; quanto ao número de leitos em pequeno, médio ou grande porte; e quanto ao número de enfermeiros.

A caracterização dessas instituições parte da preocupação de ampliar o entendimento do ambiente no qual os gerentes estão inseridos. Dos onze gerentes de serviços de enfermagem entrevistados, dois deles pertencem a instituições que prestam serviços prioritariamente de atenção primária à saúde e nove pertencem a instituições hospitalares de atenção secundária e/ou terciária de saúde.

Quanto aos números de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, a classificação foi realizada via lista de pessoal de enfermagem fornecidas pelas instituições de saúde cadastradas no Conselho Regional de Enfermagem do Paraná e por informações das próprias instituições. Devido à rotatividade das equipes, alguns números podem estar desatualizados.

Com a intenção de manter o anonimato dos gerentes e das instituições que eles representam, as instituições foram identificadas com letras do alfabeto, e os gerentes com números arábicos. Manteve-se a correlação entre o entrevistado e a instituição. Como exemplo, o entrevistado 1 é gerente da instituição A, e assim, sucessivamente até o entrevistado 11, que pertence à instituição K.

Quadro 1 – Caracterização das instituições de saúde de Curitiba a que pertencem os gerentes entrevistados quanto ao nível de complexidade, número de enfermeiros, porte, atividade de ensino e natureza - 2005

Instituição	Nível de complexidade	Número de enfermeiros	Porte	Atividade de ensino	Natureza
A	Secundário e Terciário	32	Médio	Unidade Universitária	Entidade beneficente sem fins lucrativos
B	Secundário e Terciário	60	Médio	Unidade Escola Superior Isolada	Entidade beneficente sem fins lucrativos
C	Terciário	43	Médio	Unidade Auxiliar de Ensino	Entidade beneficente sem fins lucrativos
D	Secundário e Terciário	39	Médio	Unidade Universitária	Administração direta da Saúde ou outros Órgãos ou Adm. Indireta Autarquias
E	Secundário e terciário	237	Grande	Unidade Universitária	Administração direta de outros Órgãos
F	Secundário e terciário	28	Médio	Não existe	Empresa ou Fundação Privada
G	Secundário e terciário	47	Grande	Unidade Escola Superior Isolada	Entidade beneficente sem fins lucrativos
H	Secundário e terciário	20	Médio	Unidade Auxiliar de Ensino	Empresa ou Fundação Privada
I	Secundário e terciário	125	Grande	Unidade Universitária	Entidade beneficente sem fins lucrativos
J	Primário e secundário	432	Grande	Unidade Auxiliar de Ensino	Administração direta da Saúde
K	Primário e secundário	60	Grande	Unidade Auxiliar de Ensino	Administração direta da Saúde

4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS DA 1ª FASE – O PPP

Se deseja construir um barco, não comece por juntar madeira,
cortar tábuas e distribuir trabalho... mas desperte nas pessoas
a vontade e o gosto pelo mar aberto.
Antoine de Saint Exupéry

Neste capítulo são apresentados e discutidos os dados da análise documental que permitem a correlação entre a formação pedagógica tradicional e a abordagem por competências. Para tal são apresentadas as propostas curriculares do Curso de Enfermagem da UFPR por ordem cronológica.

É possível apreender, por meio das propostas curriculares vivenciadas no Curso de Enfermagem da UFPR, a estrutura e os processos de ensino, que dinamicamente caminham do pólo das propostas tradicionais, tendo como horizonte as propostas socioconstrutivistas previstas na LDB e nas DCNs. As mudanças nos planos de ensino das disciplinas de Administração são visualizadas a partir das alterações do currículo, porém discutidas em sua especificidade.

4.1 As divergências entre a formação pedagógica tradicional e a abordagem por competências

A apresentação das propostas curriculares do Curso de Enfermagem da UFPR admite, ao comparar as suas estruturas com as modificações ocorridas com elas, descobrir semelhanças e diferenças.

Vale ressaltar que as propostas curriculares foram submetidas, em seus momentos históricos, às políticas de educação e saúde vigentes nos diversos períodos. As mudanças constantes das referidas propostas, partícipes de um contexto maior, caracterizam suas relações com as categorias analíticas de historicidade, dinamicidade e totalidade, nesta análise.

A preocupação com a *práxis* é detectada nos documentos, mas aumenta e amadurece, à medida que as propostas curriculares se aproximam da concepção pedagógica socioconstrutivista. A análise documental, relatada na seqüência de seus acontecimentos, é apresentada a seguir.

Em 1974, mesmo ano da autorização para a criação e implantação do Curso de Enfermagem, foi apresentado pelos enfermeiros do Hospital de Clínicas um plano estrutural do curso que descrevia o conceito e funções da enfermeira, assim como os objetivos gerais da formação (UFPR, 2003, p.3):

Enfermeira – componente do sistema de saúde, participa nas atividades de desenvolvimento da saúde, prevenção das enfermidades, tratamento e reabilitação do enfermo.

Funções da enfermeira - assistência e atendimento de enfermagem às necessidades do paciente, família e comunidade; Educação em Enfermagem; Desenvolvimento de Enfermagem e Planejamento e Administração.

Objetivos gerais da educação de enfermeiros – formar profissionais que, através de uma compreensão do homem como ente biopsicossocial, em constante adaptação com o meio ambiente, estejam capacitados para atuar em todas as fases do ciclo saúde-enfermidade, exercendo as funções que demandam os programas de saúde.

A autorização para a criação e implantação do Curso de Enfermagem foi outorgada pela Resolução 04/74 do CEPE. Quanto à

atuação e influência exercida pela dimensão estrutural e analisada neste estudo, destacam-se as seguintes competências do referido Conselho, que interessam à temática (UFPR, 2005).

Aprovar: os programas anuais de trabalho dos Departamentos; os planos de novos cursos de graduação, pós-graduação, especialização, extensão e aperfeiçoamento.

- Opinar sobre a criação, transformação ou extinção de departamentos e lotação dos respectivos docentes.
- Aprovar os currículos plenos dos cursos e suas modificações, com as respectivas disciplinas complementares e eletivas, propostas pelos colegiados de cursos.
- Julgar os recursos em matéria de ensino, pesquisa e extensão.
- Opinar sobre a criação, transformação e suspensão de curso de graduação e pós-graduação.

Ainda quanto à implantação do Curso de Enfermagem da UFPR, sua efetivação aconteceu apenas após ser dirimido o primeiro conflito entre a proposta do Curso e o CEPE. A proposta contemplava a Resolução 04/72 do Conselho Federal de Educação, determinando um Currículo Mínimo com 3615 horas e 1/3 da carga horária do curso de estágio, mas o CEPE não previa quadro de professores para acompanhamento de turmas de estágio com número reduzido de alunos (UFPR, 2003).

Apreende-se que, desde essa época até o momento atual, a legislação interna da UFPR não atende à totalidade das vagas docentes

necessárias ao Curso de Enfermagem. O CEPE questiona o quantitativo de professores de enfermagem que é solicitado constantemente pelo Departamento de Enfermagem para as atividades supervisionadas.

Essa situação provavelmente deve-se ao desconhecimento das recomendações e critérios de avaliação do Ministério da Educação que apontam a importância da supervisão direta na formação do enfermeiro.

Ao iniciar, o curso oferecia 40 vagas, sendo 24 para a primeira turma e 16 para a segunda turma, que teve entrada no segundo semestre do ano de 1975. A criação do Departamento de Enfermagem só aconteceu em 10 de setembro de 1979 pela Resolução 08/79 do Conselho Universitário, que contou inicialmente com 17 professores. A Portaria nº 100, de 21 de janeiro de 1980, concedeu reconhecimento ao Curso de Enfermagem da UFPR, com habilitação em Enfermagem (UFPR, 2003).

Quanto ao ensino na área de administração, o primeiro currículo do curso continha as disciplinas MN013 – Administração Aplicada à Enfermagem que constava de 45 horas teóricas e tinha como pré-requisitos as disciplinas MN006 – História da Enfermagem e Legislação Profissional e MN010 – Enfermagem Obstétrico-Ginecológica. O conteúdo prático de administração era contemplado pela disciplina Estágio Supervisionado em Administração Aplicada à Enfermagem com carga horária de 225 horas.

De 1974 aos dias atuais, o Curso de Enfermagem da UFPR passou por sete reestruturações curriculares. Na última documentação do PPP

(UFPR, 2003) consta um breve histórico sobre as principais mudanças nesse processo de reestruturações.

O documento refere que a Resolução 52/79 do CEPE mudou o nome do curso de 'Enfermagem' para 'Enfermagem e Obstetrícia', para satisfazer as exigências legais em vigor na época, e diminuiu a carga horária para 3090 horas, com 1125 horas de estágio supervisionado obrigatório, distribuídas em 8 períodos e dividindo o curso em ciclo básico e profissionalizante.

A segunda alteração, pela Resolução 63/80 do CEPE, aumentou a carga horária do curso para 3225 horas e fez a adequação da Legislação do Conselho Federal de Educação à da UFPR. Nessa alteração, a disciplina MN213 – Administração Aplicada à Enfermagem ficou com 180 horas e tinha como pré-requisitos, as disciplinas MN210 – Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, MN211 – Assistência ao Recém-Nato e MN212 – Enfermagem Pediátrica. Os pré-requisitos não tinham conteúdos relacionados com a administração, mas esperava-se que o aluno possuísse uma vivência anterior na assistência de enfermagem e que a disciplina de administração fosse trabalhada somente no 8º e último período do curso.

A Resolução 34/82, CEPE, incluiu na carga horária total mais 450 horas para a Licenciatura e, assim, aumentou mais uma vez a carga horária do curso de bacharelado para 3315 horas. Não foram encontrados registros sobre mudanças no ensino de Administração nessa alteração curricular.

A quarta alteração foi realizada a partir da Resolução 23/87, CEPE, aumentando-se a carga horária total para 3660 horas. Incluem-se 90 horas de disciplinas optativas; diminuiu-se para 420 horas a licenciatura e reintroduziu-se o estágio supervisionado com 360 horas. Foi prevista a elaboração de monografia de conclusão de curso por meio da disciplina Enfermagem na Assistência à Saúde, que passou a trabalhar conteúdos de saúde coletiva.

A disciplina Administração Aplicada à Enfermagem apresentou nova redistribuição na grade com a criação das seguintes disciplinas: MN040 - Fundamentos de Administração Aplicada à Enfermagem, ministrada no 3º semestre em 45 horas; MN041 - Administração da Assistência de Enfermagem Materno Infanto-Juvenil, no 4º semestre com 75 horas; e MN049 - Administração da Assistência de Enfermagem à Saúde do Adulto e do Idoso, no 6º semestre com 120 horas. Entre as disciplinas optativas, as que agregam conteúdos relacionados à área de Administração são: Enfermagem em Saúde Ocupacional; Elaboração e Análise de Programas e Projetos de Enfermagem; Auditoria e Consultoria em Enfermagem.

A Resolução 08/93 do CEPE leva à quinta alteração curricular, que aumenta a carga horária de estágios supervisionados para 1350 horas divididas entre diversas disciplinas e incluindo nesta distribuição a disciplina de conclusão de curso denominada Estágio Supervisionado com 360 horas. Foi extinta a disciplina MN040 - Fundamentos de Administração Aplicada à Enfermagem, antes ministrada no 3º semestre e foram reestruturadas as

disciplinas MN071 - Administração da Assistência de Enfermagem Materno Infante-Juvenil, agora no 5º semestre; e MN049 - Administração da Assistência de Enfermagem à Saúde do Adulto e do Idoso no 7º semestre, cada uma com 120 horas.

O currículo vigente até o primeiro semestre de 2006 corresponde à 6ª reestruturação curricular e foi aprovado pela Resolução 12/96, CEPE, em resposta às solicitações para a implantação do Novo Currículo Mínimo de Enfermagem, etapa anterior às DCNs de 2001. Esse currículo está em vigência desde o primeiro semestre de 1997 e apresenta como principal característica a concentração de carga horária das disciplinas no período da manhã.

O curso passa a ter duração de 10 semestres letivos com a intenção de diminuir a evasão do aluno e facilitar-lhe o acesso a bolsas de pesquisa, extensão e monitoria. Esse currículo conta com 3600 horas de carga horária total, sendo 720 horas destinadas a estágios supervisionados e 660 horas dedicadas à licenciatura. Essa reformulação buscou a aproximação das disciplinas do ciclo básico com o ciclo profissionalizante, por meio de nova redistribuição de disciplinas nos semestres que compõem a grade curricular.

As disciplinas que trabalham conteúdos relativos à Administração foram assim estruturadas: MN083 – Fundamentos de Administração Aplicados à Enfermagem com carga horária de 165 horas, no 5º semestre; MN084 – Planejamento e Administração em Saúde com 180 horas e tendo como pré-requisito a disciplina MN078 – Semiotécnica de Enfermagem I, no

7º semestre; MN085 – Administração da Assistência à Saúde, com 180 horas, no 8º semestre.

Nesse momento, houve redução acentuada do número de professores. Entre os fatores determinantes, destacaram-se: a política educacional brasileira que, a partir de 1992, não garantia a reposição de vagas docentes; a saída de docentes para a qualificação no mestrado e/ou doutorado; a precarização do trabalho docente. Devido às dificuldades apontadas, já que do quadro previsto de cinco professores, a Área de Administração chegou a contar com apenas um professor efetivo em exercício; surgiu a necessidade de ajustes curriculares.

Com os ajustes propostos pela Resolução 84/99, CEPE, a disciplina MN083 – Fundamentos de Administração Aplicados à Enfermagem foi supressa e as outras duas disciplinas foram alocadas para o oitavo semestre do curso, mantendo-se a mesma carga horária.

Nessa proposta, vigente até o primeiro semestre de 2006, as disciplinas profissionalizantes foram distribuídas nas cinco áreas que integram o Departamento de Enfermagem: Administração, Fundamentos, Médico-Cirúrgica, Materno-Infantil e Saúde Coletiva. A área de Administração abarca as disciplinas de Planejamento e Administração em Saúde e Administração da Assistência à Saúde.

Ambas as disciplinas, com conteúdos de Administração em Enfermagem, eram ministradas no 8º semestre do curso, com carga horária de 180 horas cada uma. Em contradição à proposta curricular que previa

que a Administração em Enfermagem fosse ministrada em três disciplinas seqüenciais nos 5º, 6º e 7º semestres, conforme explicado no parágrafo anterior, optou-se por continuar concentrando as disciplinas de Administração no 8º semestre do curso.

Essa concentração das duas disciplinas que abarcam conteúdos de Administração em Enfermagem, sem interação com outros momentos da formação, voltou a acentuar a fragmentação do saber. A dissociação entre teoria e prática acontece também em outras disciplinas do curso e durante outros períodos da graduação.

Diante da avaliação do currículo vigente e visualizando os desafios inerentes à sua reformulação, os docentes perceberam-se ‘atropelados’ pelas mudanças que deveriam ocorrer em todos os cursos de graduação, em função das DCNs que configuram outros arranjos assentados em novos paradigmas. Desse modo, novos desafios surgiram juntamente com as exigências de implantação das DCNs de 2001.

4.2 A nova proposta do Curso de Enfermagem da UFPR

A necessidade de rever o Projeto Político-Pedagógico do Curso de Enfermagem culminou na elaboração de nova proposta de reestruturação curricular que será implementada a partir do segundo semestre de 2006.

Dentre os cursos do Setor de Saúde da UFPR – Farmácia, Nutrição, Enfermagem, Medicina, Odontologia e Terapia Ocupacional - os cursos de

Enfermagem e de Medicina foram os primeiros a envolver na discussão coletiva, a necessidade de levar em conta na formação, a contextualização dos departamentos de ensino com as políticas de ensino e de saúde vigentes.

O conteúdo da análise documental, objeto deste estudo, refere-se ao PPP que compõe a última proposta elaborada. A escolha recaiu sobre o citado PPP, mesmo considerando que este ainda se encontra em fase de discussão sobre sua viabilidade, de solicitação da aprovação do CEPE da UFPR e da liberação para sua implementação.

Esta elaboração se deu por um processo participativo, durante os anos de 2002, 2003 e 2004. De sua construção, participaram: docentes do Departamento de Enfermagem e dos outros departamentos de ensino que ministram disciplinas no Curso de Enfermagem, representantes discentes do Curso, dos serviços de saúde e funcionários da Universidade.

No que se referiu à duração do curso, as discussões sobre possíveis alterações giraram em torno de um dos princípios das DCNs (BRASIL, 2001), de que os prolongamentos desnecessários dos cursos de graduação devem ser evitados. Na tentativa de reduzir o tempo do curso, na proposta do PPP em exame a distribuição da carga horária tinha previsão para oito semestres, o que somente seria viável, se o curso fosse realizado em horário integral.

Entretanto os dados do Núcleo de Concursos da UFPR mostram que o interesse pelo Curso de Enfermagem, em turno único, mesmo em dez

semestres, aumentou em relação à época em que o curso era ofertado em turno integral durante oito semestres. As informações obtidas junto à Coordenação do Curso de Enfermagem mostram que diminuiu o percentual de evasão do curso, desde que este deixou de acontecer em turno integral.

Em uma análise sobre as vantagens e desvantagens de um curso com oito ou com dez semestres, o grupo envolvido com a discussão do PPP chegou à alternativa de continuar a distribuir em dez semestres a carga horária do curso. Assim, ele pode continuar sendo matutino, com a opção da licenciatura no turno da tarde.

Tal distribuição facilita ainda o acesso discente às atividades de pesquisa, extensão e monitoria que ocorrem prioritariamente no turno da tarde. A nova proposta de grade curricular encontra-se em fase final de elaboração.

Nessa proposta, a integralização do currículo pleno será feita em um mínimo de 4150 horas de atividades distribuídas em dez períodos semestrais. Os estágios curriculares, que acontecerão em dois períodos letivos, deverão ser desenvolvidos sob a supervisão docente com a efetiva participação do enfermeiro do serviço, tanto na supervisão quanto na avaliação do aluno.

Essa estratégia busca alcançar maior envolvimento entre ensino e serviço, pretendido pelas políticas de saúde e educação vigentes. Outra novidade surge pela proposta de implantar dez disciplinas de Seminário Integrado.

O Seminário Integrado tem a finalidade de garantir espaços para atividades que contemplem a interdisciplinaridade do currículo e a discussão dos temas transversais prioritários. Os seminários integrados contam com carga-horária de 15 horas cada e deverão ser desenvolvidos em todos os períodos do curso, objetivando aproximar horizontalmente as disciplinas ofertadas.

Quanto às disciplinas da área de administração, MN116 – Planejamento e Administração em Saúde, com 180 horas e MN117 – Estágio de Planejamento e Administração em Saúde, com 80 horas, acontecerão no 8º semestre do curso.

Entretanto visualiza-se que o reduzido número de docentes do Departamento de Enfermagem (20 efetivos e 15 substitutos) dificulta a implantação desse currículo. A nova proposta necessita de número maior de docentes para sua viabilização, e a transição curricular exige que o currículo anterior aconteça em paralelo com o currículo novo.

Manter dois cursos ao mesmo tempo praticamente inviabiliza a ação. É nesse momento que se enfrentam os conflitos e as contradições inerentes ao projeto da nova mudança.

Foram discutidas diversas alternativas de composição das disciplinas em face do novo Projeto Político-Pedagógico; e entre elas perdura a necessidade de trabalhar os conteúdos transversais em momentos variados do curso.

As dificuldades encontradas na prática docente tradicional, que não consegue integralizar disciplinas durante todo o curso e agrupá-las em projetos de trabalho interdisciplinares, devido ao fato de manter uma prática pedagógica dissociada, tentou ser superada, já em uma das propostas iniciais desse PPP.

Araújo e Barbosa (2004) relatam que a equipe pedagógica e docente de seu estudo, envolvidas na implantação de uma proposta curricular de avanço, não conseguiu trabalhar sem o norte da disciplina, omitindo e sobrepondo conteúdos nesse tipo de trabalho, principalmente no início, pelas dificuldades em trabalhar de maneira integrada e organizada.

No presente cenário, para evitar situações como a relatada acima, decidiu-se manter as disciplinas e tentar integrá-las com outras estratégias, como a participação dos professores de diversas áreas nos temas em que possam inserir-se e por meio da disciplina Seminário Integrado.

O conteúdo da análise documental, objeto deste estudo, refere-se ao PPP que compõe a última proposta elaborada. Esta elaboração deu-se por um processo participativo, durante os anos de 2002, 2003 e 2004.

De sua construção participaram: docentes e representantes discentes do Curso, dos serviços de saúde e funcionários da Universidade. A escolha recaiu sobre o citado PPP, mesmo considerando que este ainda se encontra em fase de discussão sobre sua viabilidade, de solicitação da aprovação ao CEPE da UFPR e da liberação para sua implementação.

Conforme foi apresentado anteriormente, os conceitos de Enfermeira, Funções da Enfermeira e Objetivos Gerais da Educação de Enfermeiros na época da criação do Curso de Enfermagem em 1974, pode-se perceber as mudanças quanto aos conceitos elaborados, se comparados com os conceitos atuais de Enfermagem, Ser Humano, Trajetória de Vida e Sociedade, a serem assumidos no atual Projeto Político-Pedagógico (UFPR, 2003, p.5-6):

ENFERMAGEM é uma profissão e disciplina que integra a ciência e a arte no cuidado ao ser humano, na dimensão individual e coletiva, mediadas pelas interações pessoais, científicas, estéticas, éticas, educativas, políticas nas diversas situações da trajetória de vida.

O SER HUMANO é um ser singular, multidimensional e integral que em sua trajetória de vida participa da realidade social, busca aprender e expressar-se na (re)construção de sua existência.

TRAJETÓRIA DE VIDA é o caminho percorrido pelo ser humano desde o nascimento até a morte.

SOCIEDADE é a expressão de diferentes espaços de interação individual e coletiva dos seres humanos.

Embora os conceitos versem sobre aspectos diferenciados, fica evidente a mudança de paradigma na leitura da realidade. Em 1974, a noção de processo saúde-doença, que estava em voga, era trazida pela Teoria da Multicausalidade, que alimentava uma visão biologicista e rudimentar de cadeia epidemiológica, ao considerar que as relações entre o hospedeiro, agente e meio ambiente formavam as causas envolvidas na saúde e na doença.

Essa noção do processo saúde-doença foi absorvida nos conceitos propostos pelo Curso de Enfermagem da época. Corroborando com a situação, a ditadura militar dominava o Brasil e a política de saúde vigente

apontava o tecnicismo e as especialidades, fator que também influenciou o ensino de enfermagem.

Já na proposta político-pedagógica atual, percebe-se a visão epidemiológica da vanguarda, em que os diversos determinantes do processo saúde-doença, advindos da realidade social, do indivíduo e da coletividade são abordados, assim como a necessidade de transformação na qualidade de vida individual e/ou coletiva.

O Curso de Enfermagem da UFPR tem como concepção pedagógica a formação generalista, humanista e crítico-reflexiva do enfermeiro

favorecendo o desenvolvimento das dimensões técnica, científica, ética, política, social, gerencial e educativa, com vistas à autonomia e sensibilidade. Inserida neste contexto, a concepção pedagógica articula-se ao **cuidado e à pesquisa de enfermagem**, relacionadas a todas as etapas da trajetória de vida do indivíduo, da família e da comunidade (UFPR, 2003, p.4).

O novo PPP do Curso de Enfermagem da UFPR, ao contemplar as exigências contidas na nova LDB e nas DCNs (BRASIL, 2001), explicita as competências e habilidades gerais a serem desenvolvidas durante o processo de formação para o perfil profissional esperado.

Como pressupostos metodológicos norteadores, destacam-se as mudanças de paradigmas na educação, com o sujeito participando ativamente do processo educativo. Esta participação permite que o sujeito conheça os processos de trabalho em saúde e se sinta capaz de transformar sua realidade. Conseqüentemente, poderá entender a organização do trabalho emancipador e dele participar.

A natureza da organização do processo de trabalho emancipador deve ter como fundamento a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A interdisciplinaridade se desenvolve a partir da integração de saberes. O sentido da intersetorialidade requer práticas integradas que incorporem os saberes técnicos de outros setores: educação, economia, agricultura, transporte, saneamento e populares, entre outros (UFPR, 2003, p.20).

O trabalho emancipador, nesse contexto, sugere a formação com participação ativa no sistema de saúde, permitindo ao aluno ser cidadão e exercer sua cidadania. Ao entender o controle social, o discente pode exercê-lo no seu papel de cidadão e abrir caminhos para que a sua clientela/população também ocupe seu espaço no sistema de saúde.

4.2.1 A definição das competências no PPP

Ao definir os conteúdos baseados em competências, o PPP (UFPR, 2003, p.16) aponta sete grandes competências a serem construídas durante o curso, que devem estar contempladas com a atuação das diversas disciplinas. As competências almejadas são:

- 1.Relacionar-se com a estrutura social e grupos sociais para reconhecer os problemas prioritários, analisar e refletir para a tomada de decisão.
- 2.Enfrentar as contradições do cotidiano profissional para estabelecer novas relações sociais.
- 3.Identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população para ser capaz de nele intervir, alterando os perfis epidemiológicos.
- 4.Desenvolver, participar, aplicar e socializar a pesquisa e/ou outras formas de produção de conhecimentos que objetivem o desenvolvimento e a qualificação da prática profissional.
- 5.Compreender o processo de trabalho e suas relações sociais de produção como princípio da prática profissional de Enfermagem.
- 6.Realizar o cuidado de enfermagem ao ser humano, integrando todas as áreas do conhecimento e utilizando os instrumentos técnico-científicos e ético-legais
- 7.Articular ao saber científico os demais saberes, sistematizando a construção de práticas educativas, de forma interdisciplinar.

No quadro a seguir são apresentadas as competências gerais almejadas pelo PPP; os conteúdos gerais propostos pelo Curso de

Enfermagem para atingir essas competências; as competências específicas explicitadas no Plano de Ensino das disciplinas de Administração que contribuem para alcançar as competências gerais do curso; os conteúdos programáticos específicos das disciplinas de Administração; outras disciplinas que possibilitam interfaces de seus conteúdos programáticos com os das disciplinas de Administração; e os pilares da educação na classificação proposta por Delors (2001) das quatro aprendizagens fundamentais para a vida das pessoas: *aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser*.

Na minha concepção, os quatro pilares da educação estão interligados uns aos outros. No entanto, por motivos didáticos, no Quadro 2 foram elencados os que mais se destacam em cada competência, sem que a ausência de outros pilares no referido quadro signifique a exclusão dos demais.

Em uma análise sucinta, o saber que surgiu com maior frequência no Quadro 2, foi *aprender a conhecer*, seguido dos demais saberes. Esta ênfase pode ser relacionada à valorização da construção do conhecimento dada pela instituição de ensino.

O caráter processual da construção de competências permite articulações em que reaparecem os conteúdos específicos no desenvolvimento de diferentes competências a serem desenvolvidas. Isso não implica repetição, mas a construção de inter-relações, a partir do resgate de pontos de essencialidade dos conteúdos ministrados, de modo

que não fiquem estanques em um ou outro módulo/bloco. A identificação das interfaces entre as disciplinas foi realizada pela análise de semelhança e aproximação dos conteúdos que constam das ementas das disciplinas, aprovadas nas reuniões do Colegiado do Curso de Enfermagem, ocorridas entre os meses de agosto e novembro de 2003, conforme documentadas em atas (UFPR, 2003).

As disciplinas de seminário integrado não foram citadas no Quadro 2, porque seu objetivo é realizar a interface com todas as disciplinas do semestre em que acontecem. Os professores das disciplinas de administração deverão participar dos diversos seminários integrados ofertados, e assumir a coordenação do Seminário Integrado VII, semestre de maior concentração dos conteúdos de administração.

Quadro 2 Competências e conteúdos gerais do Curso de Enfermagem da UFPR, competências e conteúdos específicos das disciplinas de Administração em Enfermagem e suas relações com outras disciplinas e pilares da educação segundo Delors (2001) **continua**

Competências gerais do Curso	Conteúdos gerais do Curso	Competências específicas das disciplinas de Administração em Enfermagem	Conteúdos Específicos das disciplinas de Administração em Enfermagem	Interface da Administração com outras disciplinas	Pilares da educação
1- Relacionar-se com a estrutura social e grupos sociais para reconhecer os problemas prioritários, analisar e refletir para a tomada de decisão.	-Estrutura social, contexto em social, grupos sociais; o homem social, sociedade, trajetória de vida. -Diferentes visões do humanismo: clássico ao contemporâneo; correntes de pensamento sociológico-antropológico. -Ciências sociais na saúde e na enfermagem; determinantes sociais na saúde, problemas prioritários da saúde.	- Correlacionar as influências da evolução do pensamento administrativo na prática do sistema de saúde e de enfermagem; - Analisar as políticas de saúde e sua influência na organização da atenção à saúde.	O sistema político, econômico e social vigente e sua influência no sistema de saúde. Organização e estruturação do sistema de saúde e suas relações com as instituições de saúde, com os trabalhadores e com os usuários.	-Sociologia Geral -Saúde, Sociedade e Meio Ambiente -Enfermagem em Saúde Coletiva I - Epidemiologia	Aprender a conviver

Quadro 2

Continuação

Competências gerais do Curso	Conteúdos gerais do Curso	Competências específicas das disciplinas de Administração em Enfermagem	Conteúdos Específicos das disciplinas de Administração em Enfermagem	Interface da Administração com outras disciplinas	Pilares da educação
2- Enfrentar as contradições do cotidiano profissional para estabelecer novas relações sociais.	Dimensão histórica, ética, política e social: determinantes, perspectivas e contradições; áreas de atuação, força de trabalho, equipe de enfermagem, divisão social e técnica. Relações de poder e trabalho emancipador. Construção do conhecimento na enfermagem. Desenvolvimento e qualificação profissional da força de trabalho da enfermagem. Processo de trabalho; relações interpessoais no trabalho. Associações de classe; questões ético-legais no exercício profissional. Bioética, ética e pesquisa com seres humanos.	- Analisar as políticas de saúde e sua influência na organização da atenção à saúde; -Planejar e avaliar ações de educação dos trabalhadores de enfermagem como espaço de aprendizado contínuo; - Analisar os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde e na enfermagem no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde;	- Organização e estruturação do sistema de saúde e suas relações com as instituições de saúde, com os trabalhadores e com os usuários. -Planejamento: princípios teóricos e modelos. O planejamento e a política de saúde. Dimensões sociais, econômicas, políticas, organizacionais e educacionais do Planejamento em Saúde. - O processo de trabalho e a racionalidade administrativa do trabalho.	-Sociologia Geral -Saúde, Sociedade e Meio Ambiente Metodologia do Conhecimento Metodologia da Pesquisa em Enfermagem -Enfermagem como profissão -Ética aplicada à Enfermagem e Legislação profissional -Deontologia aplicada à Enfermagem -Seminário I	Aprender a conviver Aprender a conhecer

Quadro 2

continuação

Competências gerais do Curso	Conteúdos gerais do Curso	Competências específicas das disciplinas de Administração em Enfermagem	Conteúdos Específicos das disciplinas de Administração em Enfermagem	Interface da Administração com outras disciplinas	Pilares da educação
3- Identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população para ser capaz de nele intervir, alterando os perfis epidemiológicos.	Determinação no processo saúde-doença: introdução ao estudo da epidemiologia; método científico clínico e/ou epidemiológico; indicadores Quantitativos e qualitativos de saúde; determinação das doenças.	<ul style="list-style-type: none"> Planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem na unidade/campo de prática com base nos determinantes do processo saúde-doença e no perfil da população epidemiológico. 	<ul style="list-style-type: none"> Planejamento: princípios teóricos e modelos. O planejamento e a política de saúde. Dimensões sociais, econômicas, políticas, organizacionais e educacionais do Planejamento em Saúde. Planejamento e avaliação diagnóstica de processos e resultados 	<ul style="list-style-type: none"> Saúde, Sociedade e Meio Ambiente Enfermagem em Saúde Coletiva I Enfermagem em Saúde Coletiva II Epidemiologia Estatística II Metodologia da Pesquisa em Enfermagem 	Aprender e conhecer

Quadro 2

Competências gerais do Curso	Conteúdos gerais do Curso	Competências específicas das disciplinas de Administração em Enfermagem	Conteúdos Específicos das disciplinas de Administração em Enfermagem	Interface da Administração com outras disciplinas	Pilares da educação	continuação da
4-Desenvolver, participar, aplicar e socializar a pesquisa e/ou outras formas de produção de conhecimentos que objetivem o desenvolvimento o e a Qualificação da prática profissional.	Pensamento reflexivo; teorias do conhecimento, epistemologia; evolução do pensamento humano; exercício reflexivo, dialética; formas de produção do conhecimento. O nascimento da clínica, o hospital; a institucionalização da doença; o homem e a finitude.	-Planejar, desenvolver, avaliar e socializar práticas assistenciais e gerenciais de enfermagem utilizando princípios científicos.	-Planejamento e avaliação diagnóstica de processos e resultados	-Filosofia para as ciências da vida -Sociologia Geral Metodologia do Conhecimento Metodologia da Pesquisa em Enfermagem Estatística II	Aprender a conhecer	

Quadro 2

Continuação

Competências gerais do Curso	Conteúdos gerais do Curso	Competências específicas das disciplinas de Administração em Enfermagem	Conteúdos Específicos das disciplinas de Administração em Enfermagem	Interface da Administração com outras disciplinas	Pilares da educação
5– Compreender o processo de trabalho e suas relações sociais de produção como princípio da prática profissional de Enfermagem.	Processo de trabalho, processo decisório; organização/flexibilização do trabalho; estrutura institucional; teorias administrativas, relação com a enfermagem e historicidade; planejamento do trabalho; gerência e instrumentos gerenciais; recursos humanos e dimensionamento de pessoal; métodos e tecnologias; políticas do trabalho em saúde; políticas públicas; relações sociais de produção; processo de cuidar e metodologia da assistência; administração do cuidado; trabalho em equipe/grupo. Qualidades a desenvolver: autonomia, postura; responsabilidade; comprometimento; liderança; motivação; disponibilidade; solidariedade; compromisso; sensibilidade; criticidade de forma reflexiva e ativa.	- Analisar os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde e na enfermagem no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde; - Correlacionar as influências da evolução do pensamento administrativo na prática do sistema de saúde e de enfermagem - Reconhecer as políticas de recursos humanos e seus determinantes, definidos a partir da reforma sanitária como setor estratégico para mudança do modelo de atenção à saúde; - Compreender o processo de dimensionamento de pessoal de	- O processo de trabalho e a racionalidade administrativa do trabalho. - Administração e gerência de recursos humanos. Política de desenvolvimento de recursos humanos: objetivos, sistemas e funções. Dimensionamento de pessoal. Recrutamento, seleção, educação continuada, planejamento de carreiras e avaliação de desempenho. - Gerência – Conceito de gerência, o ciclo gerencial, habilidades gerenciais básicas, eficiência e eficácia gerencial. Novos paradigmas gerenciais. Os desafios gerenciais na atualidade. - Instrumentos gerenciais – Liderança e motivação. O trabalho em equipe. Comunicação. Supervisão. Administração de	- Sociologia Geral - Saúde, Sociedade e Meio Ambiente - Enfermagem como profissão - Ética aplicada à Enfermagem e Legislação profissional - Deontologia aplicada à Enfermagem - Enfermagem em Saúde Coletiva I	Aprender a conhecer Aprender a fazer Aprender a conviver Aprender a ser

Quadro 2

Continuação

Competências gerais do Curso	Conteúdos gerais do Curso	Competências específicas das disciplinas de Administração em Enfermagem	Conteúdos Específicos das disciplinas de Administração em Enfermagem	Interface da Administração com outras disciplinas	Pilares da educação
		<p>enfermagem;</p> <p>-Planejar e avaliar ações e estratégias de enfrentamento dos</p>	<p>conflitos/negociação.</p> <p>Administração do tempo.</p>		
		<p>Problemas nos serviços de saúde e de enfermagem considerando o custo benefício das ações e procedimentos;</p> <p>-Analisar criticamente a estrutura física e organizacional dos serviços de saúde e de enfermagem, verificando suas condições e relações de trabalho.</p>	<p>-Estratégias gerenciais – Gerência estratégica, prospectiva e participativa.</p> <p>-Estrutura organizacional das instituições de saúde. Organização interna e suas relações.</p> <p>- Administração e gerência de recursos físicos, tecnológicos, e de informação. Custo e produtividade.</p> <p>-Controle – Controle de gestão; Controle de Qualidade da Assistência. Auditoria.</p>		

Quadro 2

Continuação

Competências gerais do Curso	Conteúdos gerais do Curso	Competências específicas das disciplinas de Administração em Enfermagem	Conteúdos Específicos das disciplinas de Administração em Enfermagem	Interface da Administração com outras disciplinas	Pilares da educação
6- Realizar o cuidado de enfermagem ao ser humano, integrando todas as áreas do conhecimento e utilizando os instrumentos técnico-científicos e ético-legais.	Técnicas e tecnologias para o cuidado; cuidados de enfermagem: sociais, biológicos, psicológicos e espirituais; consulta de enfermagem: exame físico, sinais vitais. Cuidado nas situações agudas e crônicas; exames diagnósticos complementares. Aspectos de promoção à saúde na trajetória de vida; agravos de saúde. Imunologia: reação imunológica; análise de interpretação; sorologia. Parasitologia: enfoque em morfologia, ciclo de vida, formas infectantes, onde é encontrado, sintomatologia, prevenção e profilaxia. Microbiologia: ciclo vital do microorganismo, diferenças entre	Planejar e avaliar estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde visando as medidas de promoção/prevenção/prontidão e recuperação da saúde de indivíduos, família e comunidade;	-Metodologia da assistência. Processo de cuidar de enfermagem	Ética aplicada à Enfermagem e Legislação profissional Deontologia aplicada à Enfermagem Fundamentos de Enfermagem I Fundamentos de Enfermagem II Cuidados de Enfermagem ao Adulto e Idoso I Cuidados de Enfermagem ao Adulto e Idoso II	Aprender a fazer

Quadro 2

Continuação

Competências gerais do Curso	Conteúdos gerais do Curso	Competências específicas das disciplinas Administração Enfermagem	Conteúdos Específicos das disciplinas de Administração em Enfermagem	Interface da Administração com outras disciplinas	Pilares da educação
	microorganismos, processo infeccioso, sintomatologia; desinfecção, esterilização. Patologia: neoplasias, hiperplasias, aplasias e displasias; processo infeccioso, de cicatrização.			Cuidados de Enfermagem à mulher Enfermagem em Emergências Enfermagem em Saúde Mental Enfermagem em Saúde Coletiva I e II Cuidados de Enfermagem à criança Estágio Supervisionado I – Enfermagem	

Quadro 2

Conclusão

Competências gerais do Curso	Conteúdos gerais do Curso	Competências específicas das disciplinas de Administração em Enfermagem	Conteúdos das disciplinas de Administração em Enfermagem	Interface da Administração com outras disciplinas	Pilares da educação
7- Articular ao saber científico os demais saberes, sistematizando a construção de práticas educativas, de forma interdisciplinar.	Construção de práticas educativas: na prática profissional; educação em serviço e educação continuada; pedagógico para a educação em saúde; sistemática de avaliação diagnóstica, de processo e de resultados. Metodologia da pesquisa, investigação. Psicologia: o adulto e o idoso; estabelecer relações interpessoais; alcançar as dimensões do indivíduo, subjetivas e psicológicas.	- Planejar e avaliar ações de educação permanente dos trabalhadores de enfermagem como espaço de aprendizado contínuo; - Promover a interação humana nas relações de trabalho; -Planejar e avaliar estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde visando as medidas de promoção/prevenção/pr oteção e recuperação da saúde de indivíduos, família e comunidade;	-Administração e gerência de recursos humanos: educação continuada -Planejamento e avaliação diagnóstica de processos e resultados - Administração e gerência de recursos humanos. Política de desenvolvimento de recursos humanos: objetivos, sistemas e funções. Dimensionamento de pessoal. Recrutamento, seleção, educação continuada, planejamento de carreiras e avaliação de desempenho. -Instrumentos gerenciais – Liderança e motivação. O trabalho em equipe. Comunicação. Supervisão. Administração de conflitos/negociação. Administração do tempo.	Metodologia do Conhecimento Metodologia da Pesquisa em Enfermagem Estatística II Psicologia aplicada à saúde Enfermagem na Educação em Saúde	Aprender a conhecer Aprender a conviver

Para entender melhor como foi pensada a estrutura que estabelece a rede de formação de competências, pretendida na proposta educacional desse PPP, seguem em maiores detalhes algumas questões pedagógicas que permitem identificar o ideário do grupo que elaborou o PPP, composto pelos docentes e funcionários da Universidade, representantes discentes do Curso e dos serviços de saúde.

Os temas horizontais são reconhecidos nesse estudo como aqueles que buscam garantir a aquisição de competências ao serem abordados em todas as disciplinas, atuando como seus norteadores. No PPP do Curso de Enfermagem foram definidos como temas horizontais: trajetória de vida; método de trabalho; ética; ser humano; instrumentos básicos.

Sobre a transversalidade, Rey (2002, p.55) afirma que “ela não é o que seria comum a diversas disciplinas, mas o que, em cada uma, as excede e que poderia servir além dos muros da escola”. Na dimensão particular do PPP são apontados como temas transversais: gênero e poder - violência; cidadania; sexualidade; emancipação – autonomia; processo decisório; mudança; trabalho em equipe; comunicação; interdisciplinaridade.

A listagem das competências, realizada pelos elaboradores das DCNs, conforme se posiciona Rey (2002), ao citar o trabalho dos formuladores de políticas educacionais, atende ao propósito de listar competências úteis, principalmente ao trabalho multidisciplinar. Na dimensão estrutural das políticas educacionais, as competências que devem compor o

perfil dos profissionais de saúde são consideradas nessa análise como competências transversais: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

Durante a leitura dos documentos que compuseram a base para a análise proposta nesse capítulo, chamou a atenção um texto elaborado pelos grupo que elaborou o PPP, contendo o esboço das competências e conteúdos gerais, temas horizontais e temas transversais a serem contemplados e temas não contemplados. Os temas não contemplados identificados pelo grupo foram empreendedorismo e *marketing*.

A meu ver, a exclusão dos temas empreendedorismo e *marketing* da centralidade do ensino de enfermagem nessa discussão deve-se à coerência que o PPP tentou manter com a concepção pedagógica do curso, que objetiva formar um profissional generalista, humanista e crítico-reflexivo capaz de transformar sua realidade e participar da organização do trabalho emancipador (UFPR, 2003).

Nessa lógica, empreendedorismo e *marketing* profissional poderiam ser vistos como temas gerados pelos interesses competitivos do mercado do trabalho e não voltados ao mundo do trabalho, para o qual o grupo elaborador do PPP pretende concentrar seus esforços na formação do enfermeiro.

No entanto a escolha deste grupo não significa que os temas citados acima não serão abordados durante a formação do enfermeiro, mas que, ao

trabalhar os temas empreendedorismo e *marketing* profissional, os professores utilizem o enfoque do fortalecimento da autonomia do enfermeiro em relação à sua atuação profissional.

4.3 As mudanças no ensino de Administração em Enfermagem em face das novas propostas do Curso de Enfermagem da UFPR

O ensino de Administração em Enfermagem da UFPR passou por diversas transformações desde o início do curso. As alterações acentuaram-se após a 6ª reestruturação curricular, aprovada pela Resolução 12/96, CEPE e vigente desde o primeiro semestre de 1997, que visou atender às políticas educacionais que instituíram o Currículo Mínimo para os Cursos de Enfermagem.

A partir de então, o ensino de Administração em Enfermagem mudou para buscar a aproximação entre professor-aluno, aluno-usuário e com o campo de atuação do enfermeiro. Outra característica do ensino advindo dessa época está na busca do desenvolvimento do aluno no formato de aulas teóricas e práticas, que buscam complementaridade, favorecendo a *práxis* e o ensaio da abordagem das competências, ainda informalmente, durante o processo ensino-aprendizagem.

O Quadro 2 mostra as relações existentes entre as competências específicas para as quais se voltam as disciplinas de Administração e como essas competências compõem as sete competências gerais pretendidas para alcançar o perfil de enfermeiro desejado pelo curso. O exercício facilita

ainda a compreensão do quanto e em que momentos do ensino de enfermagem os conteúdos específicos de cada disciplina contribuem para a formação de competências específicas e qual sua parcela no âmbito da formação das competências gerais.

Novamente, as quatro categorias analíticas desse estudo vêm à tona: a historicidade mostrada pela progressão e determinação histórica do ensino de Administração em Enfermagem; a totalidade almejada na formação do enfermeiro em contraposição à fragmentação e distanciamento do sub-processo de trabalho gerenciar da assistência de enfermagem; a dinamicidade do ensino de Administração de Enfermagem, atento às necessidades de conhecimentos, habilidades e atitudes para compor o perfil profissional pretendido; a *práxis*, pela esperada articulação da teoria com a prática, que busca a formação do enfermeiro/ator social.

Ao analisar os planos de ensino das disciplinas Planejamento e Administração em Saúde e Estágio de Planejamento e Administração em Saúde com foco nas competências gerenciais propostas, é possível relacionar o proposto no PPP ao perfil do egresso sugerido nas DCNs.

No tocante às interfaces entre as diferentes disciplinas mostradas no Quadro 2, as mesmas deverão acontecer por meio da articulação dos conteúdos em caráter de complementaridade e não de sua repetição, como propõe o conceito de transversalidade.

Como exemplo, no conteúdo que consta no plano de ensino de uma das disciplinas de Administração - o sistema político, econômico e social

vigente e sua influência no sistema de saúde; organização e estruturação do sistema de saúde e suas relações com as instituições de saúde, com os trabalhadores e com os usuários - a interface com a disciplina Sociologia Geral se dá pelo conteúdo desta sobre os conceitos operacionais da análise sociológica: estrutura, organização, integração e funcionamento da sociedade. Com a disciplina Saúde, Sociedade e Meio Ambiente existe articulação com o histórico das políticas de saúde no Brasil, controle social, o contexto internacional e avaliação da conjuntura. A disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva I ao trabalhar as práticas sanitárias e sua relação com o modo de produção no capitalismo e a disciplina de Epidemiologia com o diagnóstico de saúde através dos indicadores de morbi-mortalidade, recursos e atividades de saúde participam dessa proposta em interface com os conteúdos de Administração, promovendo a transversalidade.

4.4 O processo pedagógico na nova proposta do Curso

O PPP do Curso de Enfermagem da UFPR aponta como abordagem pedagógica escolhida a abordagem sociocultural, assim como foi identificada na classificação de Mizukami (1986). Nessa abordagem, a verdadeira educação consiste na educação problematizadora, que busca a superação da relação entre opressor x oprimido pelo desenvolvimento da consciência crítica. O ensino assume um significado amplo, pois parte das necessidades e valores de um povo e não se limita às situações formais de instrução.

A classificação da abordagem pedagógica proposta no parágrafo anterior justifica-se pelo seguinte texto destacado da análise documental.

“A perspectiva pedagógica concebida pelo Curso de Enfermagem da UFPR é aquela que questiona a forma das relações do ser humano com a natureza e com os outros seres humanos, visando sua transformação. Nela, os conteúdos serão trabalhados através da identificação dos aspectos de maior relevância presentes na realidade, produzidos pela **problematização** da prática, e assim estabelecendo uma nova relação com a experiência vivida” (UFPR, 2003, p.17).

Para Mizukami (1986), a metodologia de ensino na abordagem sociocultural implica um diálogo sobre alguma coisa em que reside o conteúdo programático da nova proposta educativa com a garantia da relação horizontal de pessoa a pessoa. Na abordagem sociocultural a palavra é vista nas dimensões da reflexão e da ação.

Em consonância com o conceito apresentado, a metodologia de ensino que concretiza a abordagem pedagógica do PPP do Curso de Enfermagem da UFPR se desenvolve basicamente por meio do diálogo professor-aluno-usuários. O processo educativo passa pelas seguintes etapas: compreensão do vivido; problematização da situação; e análise crítica, que passa pelo processo de reflexão e ação. Como resultado, pretende-se atingir um nível mais crítico do conhecimento (UFPR, 2003).

As categorias analíticas caracterizadas nesse estudo se coadunam com a metodologia de ensino proposta no PPP e estão presentes no documento. A seguir são destacadas, do texto documental, as situações que apresentam interfaces ou se relacionam com as categorias analíticas: historicidade, totalidade, dinamicidade e *práxis*. A primeira categoria analítica, a historicidade, está inclusa nesta passagem.

Os seres humanos fazem história transformando a natureza, e neste processo produzem a sua própria consciência e os novos conhecimentos. O processo de produção da vida material, cultural e social identifica no cotidiano as necessidades que precisam ser satisfeitas, o que permite afirmar que a essência do problema são as necessidades humanas. A busca da satisfação dessas necessidades é que provoca a reflexão, ativando o movimento da consciência sobre o problema e produzindo conhecimento que leva à sua superação (UFPR, 2003, p.21).

A totalidade está presente na crítica à fragmentação do conhecimento sobre a sociedade e da necessidade da formação do enfermeiro com visão mais ampla.

A concretização de práticas transformadoras para nossa sociedade exigem que se conheça como se dá na sociedade capitalista a organização do trabalho: fragmentária, precarizada, parcializada, tornando o trabalhador alienante e alienado. Particularmente para a Enfermagem, além disso, importa conhecer como são os processos de trabalho em saúde, para poder formular, a partir deles, o trabalho emancipador (UFPR, 2003, p.21).

A dinamicidade pode ser percebida no seguinte trecho.

O princípio de que o sujeito participa ativamente no processo educativo indica o método de investigação e de conhecimento a serem considerados, para uma formação criadora construída com base na ligação orgânica entre a escola e o dinamismo social. Assim, as práticas de educação não devem ser de adaptação à realidade tal e qual, mas serem construções intelectuais que possibilitem a transformação requerida (UFPR, 2003, p.20).

A *práxis* é identificada no texto abaixo.

A identidade da formação deve ser construída a partir do princípio educativo da integração entre a teoria e a prática, entre a ética e a política, tanto no plano metodológico como no epistemológico. E para superar a lógica hegemônica é preciso dispor de instrumentos lógico-metodológicos que superem a concepção dominante – e de saúde e educação. Nesta direção, a construção do pensamento parte do empírico/concreto, elabora as abstrações teóricas a ele relacionadas e retorna ao ponto de chegada, que é, agora, o concreto pensado. O concreto é histórico e se expressa na e por meio da *práxis* (UFPR, 2003, p.20).

A abordagem pedagógica do PPP é compatível com a noção de competência, pois pretende: o desenvolvimento do espírito investigativo (aprender a conhecer); o entendimento da subjetividade, dos processos sociais e psicológicos envolvidos no processo saúde-doença, estreitar a relação professor-aluno (aprender a conviver); envolver o usuário no cuidado à sua saúde (aprender a fazer); transformar o aluno em sujeito ativo do processo (aprender a ser).

Para tal utilizam-se as seguintes práticas pedagógicas como meios para alcançar as competências: seminários, leituras, elaboração de trabalhos e ensaios científicos, atividades de campo, inter-relação grupal, participação em eventos e núcleos de pesquisa, grupos de estudo, entre outros.

Uma das estratégias de ensino propostas no PPP para aumentar a interação professor-aluno é a tutoria, que busca o acompanhamento do aluno pelo tutor/professor durante todo o curso, atuando como facilitador das relações do aluno com o processo educativo. Este é um exemplo de inovação presente na dimensão particular do PPP e que a IES, como representante da dimensão estrutural, não contempla.

Para garantir a qualidade da tutoria, o professor inicia seu envolvimento ao assumir a responsabilidade pela disciplina Seminário Integrado, ministrada durante uma hora semanal em todos os períodos do curso, com o número máximo de vinte alunos por professor. Para o acompanhamento do aluno, será adotada uma ficha individual que oferece

subsídios para o diagnóstico do seu processo de formação, incluindo a participação em estágios voluntários, bolsas acadêmicas e atividades extra-curriculares de ensino, pesquisa e extensão (UFPR, 2003).

Nas DCNs (BRASIL, 2001), as competências propostas buscam a promoção da capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente do profissional de saúde. Na análise documental do PPP (UFPR, 2003) foram identificadas as mesmas tendências apontadas pelas DCNs, quando ele aponta a importância de práticas educativas embasadas na emancipação do aluno, para que esse aluno se torne sujeito emancipado e sujeito de um processo de trabalho emancipador e autônomo, construído por meio de processo educativo constantemente avaliado e melhorado.

Pode ser percebido que a vertente pedagógica emancipatória participa da ancoragem da proposta pedagógica do PPP do Curso de Enfermagem da UFPR considerando sua historicidade, totalidade, dinamicidade e *práxis* e mostra sua convergência filosófica entre as DCNs e o PPP.

4.5 As dimensões do processo avaliativo

4.5.1 A avaliação do PPP

Seguindo a classificação conceitual de Mizukami (1986), a avaliação na abordagem sociocultural consiste na auto-avaliação e/ou na avaliação

mútua e constante da prática educativa pelos envolvidos no processo educativo.

A discussão sobre a avaliação do PPP e do aluno nesse documento é apresentada considerando as três dimensões que se inter-relacionam e interferem no processo avaliativo: a dimensão estrutural engloba as políticas de educação e de saúde; a dimensão particular, de que participam a instituição de ensino e os serviços; e a dimensão singular, em que estão o professor, o aluno e o enfermeiro/gerente.

Iniciando a discussão pela avaliação do PPP em dimensão estrutural, as DCNs (BRASIL, 2001) apresentam-se com o papel de orientadoras para a concepção dos PPPs, e conseqüentemente, dos currículos dos cursos de enfermagem. A avaliação da implantação e desenvolvimento desses currículos não traz critérios facilitadores para esse trabalho, apenas aponta a necessidade de acompanhamento com avaliação permanente, permitindo ajustes necessários durante o processo.

Enfocando a dimensão particular do PPP, o Curso de Enfermagem da UFPR compromete-se a realizar uma avaliação “gradativa, contínua, processual e transformadora, com a participação individual e de grupo, sendo sistemática e abrangente” (UFPR, 2003, p.24). A visão crítica e reflexiva que alimenta a proposta do PPP é aplicada nessa etapa, que busca sua sustentação e retroalimentação pela própria avaliação.

Na dimensão singular do PPP, o professor de administração insere-se no contexto da dimensão particular ao participar das discussões enquanto

grupo institucional. No entanto não foram encontrados, na coleta de dados documental, esclarecimentos específicos de como acontece a avaliação do ensino de administração no PPP.

4.5.2 A avaliação do aluno

Voltando o olhar da discussão sobre avaliação do aluno, em dimensão estrutural foram encontrados dois enfoques que se complementam legalmente, mas apresentam divergências conceituais: o das DCNs e o da UFPR. As DCNs afirmam que a avaliação do aluno deve basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos conforme sua orientação, e que os critérios e metodologias a serem aplicados pelo curso de enfermagem devem seguir o sistema de avaliação e dinâmica curricular definidos pela IES a que pertence.

Quanto à avaliação da aprendizagem discente, a UFPR posiciona-se pela Resolução 37/97, CEPE. Em seu Capítulo X, versa sobre a verificação do aproveitamento do aluno e apresenta as seguintes normas gerais de avaliação.

Art. 92 – A avaliação deve ser conduzida na perspectiva pedagógica e não punitiva da verificação da aprendizagem.

Art. 93 – Ressalvados, quanto ao número, os casos de que dispõem os artigos 98 e 99 desta Resolução, toda disciplina deverá ter, no mínimo, duas (2) avaliações formais por semestre, sendo pelo menos uma (1) escrita, devendo, em caso de avaliações orais ou práticas, ser constituída banca de, no mínimo, dois (2) professores da mesma área ou área conexas do mesmo departamento (UFPR, 1997, p.23).

As inovações pretendidas com o novo PPP entram em conflito com o sistema de avaliação institucionalizado pela UFPR que, mesmo caracterizando-se como “numa perspectiva pedagógica” subentendida

emancipatória e colocada contrária à pedagogia de prática punitiva, impõe critérios avaliativos quantitativos inflexíveis, que seguem até mesmo recomendações normativas do Ministério da Educação. Nesse caso, a dimensão estrutural limita avanços advindos das demais dimensões, dificultando que o processo avaliativo possua caráter formativo e somativo. Como pode ser observada, apenas a modalidade de avaliação do aluno pelo professor é contemplada na dimensão estrutural pela Resolução 37/97, CEPE (UFPR, 1997).

Na dimensão particular da avaliação do aluno, os docentes por meio do PPP, apontam que a avaliação visa acompanhar o processo ensino-aprendizagem do aluno, permitindo a tomada de decisão e a intervenção para que alcance as habilidades e competências propostas. As técnicas, instrumentos e momentos de avaliação são vistas como processo interativo e dinâmico. Como modalidades avaliativas propõem: a auto-avaliação e a avaliação interpares do aluno pelo professor e do professor pelo aluno. O PPP não especifica que o enfermeiro do campo da prática esteja inserto no processo avaliativo. Uma das hipóteses para essa exclusão é a de que as instituições de saúde e a própria universidade consideram que a avaliação do processo ensino-aprendizagem seja atribuição exclusiva do professor.

Na dimensão singular, estão explicitadas as seguintes modalidades de avaliação do aluno no plano de ensino das disciplinas de administração: prova; avaliação de desempenho das aulas teóricas e práticas; relatório do projeto de serviço de enfermagem; apresentação de seminários. Da maneira

como estão apresentadas essas formas de avaliação, não há possibilidade de esclarecer se a metodologia adotada para a avaliação acompanha a proposta inovadora do PPP ou se é tradicional.

Segundo Deluiz e Ramos (2001), para que a avaliação não perca seu potencial formativo, a construção em processo precisa evidenciar os avanços do aluno ao longo do curso. A lógica formativa não toma as situações avaliativas pela sua quantidade e sim pela sua apropriação do processo de construção das competências, seguindo a mesma lógica que orienta as atividades de ensino-aprendizagem.

Neste momento, surge outro desafio: superar os instrumentos avaliativos até então utilizados. Em proposta de ensino que se diferencia da tradicional, torna-se necessário que seu processo de avaliação seja condizente com ela. Já que as competências são processuais, é importante que sejam elaborados, testados e validados novos instrumentos avaliativos.

Ao buscar uma análise mais aprofundada dos resultados do ensino por competências, De Domenico (2003) elaborou referenciais de competências segundo os níveis de formação superior em enfermagem, para promover a caracterização da construção de competências em cada nível de formação: graduação, especialização, mestrado e doutorado em enfermagem.

A autora preocupou-se em analisar, no âmbito do trabalho, a ressonância causada com o exercício dessas competências pelos egressos em estudo; e em identificar, no âmbito do ensino, quais são os investimentos

didático-pedagógicos utilizados para o desenvolvimento das competências durante essas formações.

O estudo de De Domênico (2003) permitiu o mapeamento de famílias de competências, com as suas respectivas competências específicas para cada nível de titulação, tanto no grupo dos egressos quanto no âmbito do ensino. Esse mapeamento traz pontos fortes e pontos fracos que evidenciam as convergências e divergências entre os ideários da formação e os dispositivos do mercado.

Em outro estudo sobre a avaliação do ensino de Enfermagem, Cunha (2004) utiliza o tripé: avaliação institucional, realizada por uma instituição privada de ensino; avaliação externa, realizada com os critérios utilizados pelo Ministério da Educação; e avaliação participativa, com a participação de educadores, egressos, formandos, empregadores e comunidade usuária dos serviços de enfermagem. Aponta que, graças à cultura de pouca participação dos envolvidos, ficou patente a dificuldade em obter a sua participação.

Como proposta de superação para essa situação, a autora propõe uma avaliação que contemple os processos de trabalho e sua organização, as necessidades do mercado em saúde em uma discussão dentro da universidade, possibilitando uma inter-relação com as práticas e a identidade da Enfermagem.

Apresenta a dificuldade encontrada pelos formadores para a avaliação de competências e que essa deve dar-se nos campos da prática e

em sala de aula, com periodicidade programada e considerando-se sua subjetividade. Com os resultados da avaliação surgem subsídios para o fortalecimento do PPP avaliado, já que ela descreve a realidade e faz sua crítica defendendo “a criação coletiva de uma nova forma de pensamento” (CUNHA, 2004, p.146).

O modelo de avaliação utilizado pela administração pública municipal de Curitiba também merece ser mencionado no presente estudo por avançar na proposta de avaliação de competências, mesmo que voltada ao desempenho profissional.

O Sistema de Mapeamento de Competências (CURITIBA, 2005) é instrumento de gestão de pessoas, utilizado especificamente para a avaliação de desempenho que contempla os momentos de auto-avaliação do funcionário, avaliação da chefia e de resultado da negociação funcionário-chefia. Os servidores são avaliados em dez competências elaboradas especificamente para os grupos de trabalhadores dos níveis de escolaridade básico, médio e superior.

As competências, neste tipo de avaliação de desempenho, são assim distribuídas: organizacionais específicas, organizacionais comuns a todos, éticas, sociais e humanas. As chefias são avaliadas em suas competências gerenciais, caracterizadas como competências específicas, mais as competências comuns a todos: organizacionais, éticas, sociais e humanas (CURITIBA, 2005).

Conforme foi apontado no Capítulo 2 do presente estudo e evidenciado neste capítulo, com a emergência de diferentes formas de pensar e construir competências, sinaliza-se a necessidade de estudos do processo de avaliação.

Tais estudos precisam acontecer antes, durante e posteriormente à formação profissional e subsidiar o acompanhamento do aluno e egresso por meio de processos avaliativos que rompam com os paradigmas atuais de avaliação da aprendizagem e se pautem no desenvolvimento e fortalecimento das competências pretendidas.

5. APRESENTAÇÃO DOS DADOS DA 2ª FASE – ENTREVISTAS COM GERENTES EMPREGADORES DE ENFERMEIROS

Este capítulo é destinado à organização e análise temática dos dados coletados por meio das entrevistas com os gerentes de enfermagem dos estabelecimentos de saúde que empregam o maior contingente de enfermeiros de Curitiba. Assim, conforme foi explicitado no Capítulo 3 referente ao caminho metodológico, a análise dos dados da 2ª fase do estudo ocorreu conforme a técnica de análise de conteúdo, em consonância com o que preconiza Minayo (2004a).

Na análise, são apresentados os recortes das unidades de significado selecionadas dos discursos dos entrevistados. Dessas unidades emergiram conteúdos que foram agrupados em temas, originando as categorias empíricas.

Perfil do enfermeiro – trata do perfil profissional almejado pelos gerentes de enfermagem para atender às necessidades institucionais.

Competências gerenciais – apresenta as expectativas dos gerentes de enfermagem quanto às competências gerenciais dos enfermeiros.

Bagagem gerencial – reflete a bagagem de gerência que os enfermeiros levam da formação para a instituição, segundo a percepção dos entrevistados.

Para ilustrar o procedimento de análise dessas categorias empíricas, construímos a figura, mostrada a seguir, que representa, graficamente, como estão relacionadas as categorias e subcategorias empíricas com as categorias analíticas do estudo.

Figura 2 - "Roda" da inter-relação entre as categorias analíticas e empíricas

5.1 Perfil do enfermeiro

Em relação à categoria empírica perfil do enfermeiro, resgatamos que na Administração geral, especificamente na área de recursos humanos, o termo 'perfil profissional' é utilizado como:

Conjunto de habilidades que devem nortear o exercício de uma profissão. Inclui-se neste conjunto, qualidades pessoais, conhecimentos, habilidades, papéis e valores, atribuídos pela sociedade, em resposta à atuação de um profissional. Neste sentido, o conhecimento do perfil tem grande influência sobre o rendimento do trabalho e nas relações do colaborador com seus colegas de trabalho (MORAES, 2002, p.74).

O perfil de gerente almejado pelas organizações contemporâneas demanda um profissional que possua solidez no conhecimento específico de gestão e desenvolva habilidades e competências para detectar, analisar e propor alternativas aos problemas organizacionais. Compondo esse perfil, o enfermeiro na função administrativa utiliza as habilidades de liderança, comunicação, supervisão, avaliação e delegação (WILLIG, 2004).

Como conhecimentos técnico-científicos podem ser considerados: as habilidades técnico-assistenciais; os conhecimentos das normas institucionais como habilidades conceituais e o domínio das teorias administrativas como habilidades técnico-administrativas (WILLIG, 2004).

A assistência, prestada sob a forma de cuidado, e a administração, que busca organizar o cuidado pela utilização das funções administrativas, podem ser consideradas como os dois eixos principais de atuação do enfermeiro, relacionados à especificidade do seu trabalho. Percebe-se uma

dicotomia entre o administrar, reservado às enfermeiras, e o cuidar, destinado a toda a equipe de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Contudo ressaltamos que, segundo as DCNs, a educação, enquanto processo de desenvolvimento de pessoas no trabalho e como educação em saúde, é apontada em outro eixo de atuação, não só para os profissionais de enfermagem, mas também para os demais profissionais de saúde.

No entanto questionamos como acontece a formação profissional do enfermeiro-educador, quando este não opta pela habilitação em licenciatura ou não tem disponibilizadas, no seu curso de graduação, disciplinas da área de educação. Esse questionamento se estende, principalmente, aos outros cursos da área de saúde, até então desvinculados de qualquer formação pedagógica.

As DCNs citam a preocupação com a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência e alerta para que se estimule a realização de experimentos e/ou projetos de pesquisa, socializando o conhecimento produzido. Entre os trinta e três itens presentes nesse documento, e que são classificados como competências e habilidades específicas a serem desenvolvidas na formação do enfermeiro, apenas um está relacionado diretamente à pesquisa (BRASIL, 2001).

No texto citado, a pesquisa surge vinculada à qualificação da prática profissional: “desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional” (BRASIL, 2001, p.3).

Na Enfermagem, o conceito de perfil profissional do enfermeiro adotado no presente estudo, por ser o que mais encontra aderência e aceitação formal em nossos meios, foi o delineado pelas DCNs, no Parecer CES/CNE 1.133/01 e se encontra descrito no Capítulo I do presente estudo.

Ao tentar caracterizar o perfil do enfermeiro que atende às necessidades institucionais, conforme os discursos dos entrevistados, foram identificadas as seguintes subcategorias: perfil assistencial e administrativo com ênfase na gerência; perfil assistencial e administrativo, com ênfase na assistência.

Foram indicadas, concomitantemente às subcategorias já citadas, as necessidades institucionais de um profissional com perfil acadêmico, com perfil de ensino, com perfil político, com perfil espiritual e com perfil de conhecimentos específicos voltados à área de atuação. Percebemos, ainda, pelas falas dos gerentes, que os objetivos e a missão institucional também influenciam na preferência pelo perfil.

O enfermeiro precisa perceber quais as novas competências (momento institucional) para se adequar e se inserir. Construir um novo perfil para atingir os objetivos da instituição. E9

A nossa missão tem uma visão assistencial para não perder sua essência e assumir outras responsabilidades: organizar, administrar, supervisionar (...). As premissas da mudança de direção do hospital são: 1º assistência integral; 2º normatização de processos; 3º cuidando do cuidador. Incluem a enfermagem e o paciente, o relacionamento entre pessoas como nos primórdios da enfermagem (assistência, administração, cuidado, equipe). Para a enfermagem, a missão envolve: 1º assistência; 2º atualização; estudo; 3º afeto com paciente e equipe. Para a instituição: 1º humanismo, assistência humanitária; 2º Ciência; 3º Afeto. E8

Dos entrevistados que apontaram a necessidade de enfermeiros com perfil assistencial e administrativo, com ênfase assistencial, dois deles afirmaram que atividades administrativas distanciam o enfermeiro do paciente.

Quando se volta mais para a autogestão, prejudica a assistência e se volta para a administração. E4

Já na locução abaixo, esse entrevistado mostra que possui outro entendimento sobre o assunto:

A pressão burocrática afasta-o (o enfermeiro) da gerência e da função técnica. E5

Kalinowski (2000), ao refletir sobre a prática profissional do enfermeiro nas unidades de saúde, indica os eixos assistência e administração como complementares entre si. Relata, ainda, que o gerenciamento do cuidado e dos serviços de enfermagem é percebido pelos enfermeiros como desvio da finalidade do seu trabalho, quando as tarefas administrativas são atividades burocráticas que ninguém deseja executar e quando não estão relacionadas, diretamente, à organização da assistência ao paciente, como, por exemplo, a organização do ambiente.

As seguintes falas ilustram essa situação.

Não podemos confundir gerência administrativa com gerência do cuidado. Precisamos trabalhar em duas vertentes: constituir enfermeiros administrativos e gerentes do cuidado. Atualmente a sobrecarga de trabalho causa confusão de papéis. O enfermeiro se perde no processo de enfermagem (assistencial) e acumula funções (administrativas) para atender a demanda. E9

Ideal é ter pessoas suficientes voltadas ao ensino e assistência mais a rede de coordenadores voltada para o controle, administração e cumprimento dos passos para os títulos. E4

Em seu trabalho sobre a realidade cotidiana do processo de trabalho de enfermeiras que atuam em clínicas de hemodiálise em Curitiba e sua leitura sobre gerenciamento, Willig (2004) aponta a existência de conflitos entre enfermeiras idealizadoras e executoras do trabalho e busca possibilidades de convergência entre o cuidar e o gerenciar. Sugere estratégias, como a formação de grupos de convivência para aproximar os enfermeiros da discussão, reflexão e planejamento a respeito de como desenvolver atividades gerenciais centradas no paciente.

Para Willig (2004) o cuidar, pela enfermagem, precisa ser realizado contemplando a individualidade e a integralidade do ser humano, para se diferenciar de outras formas de cuidar. O gerenciamento no processo de trabalho da enfermagem busca a organização do processo de cuidar.

A seguinte fala, que corrobora as idéias da autora citada no parágrafo anterior, é de um gerente que apontou a necessidade institucional de enfermeiros com perfil assistencial e administrativo, com ênfase na gerência.

Precisa ser gerente, além de saber cuidar. Ver além do cuidado. E6

Mesmo uma gerente que enfatizou a assistência na atuação do enfermeiro percebe a necessidade de complementar essa atuação:

No perfil desejado é interessante a bagagem técnica para prestar assistência e o norte administrativo para o direcionamento do trabalho. E11

Entre as demais classificações de perfil de enfermeiro desejado, o interesse de que o enfermeiro possua perfil acadêmico pode ser observado nos seguintes depoimentos.

Buscamos o perfil acadêmico. Acompanhar estágio, estudar e participar, querer passar isso para a frente. E4

Que goste de acompanhar estágio, estudar e participar, querer passar isso para a frente. E8

Goste do que faz, de estudar, de aprender, de ensinar. Faz com que a equipe aprenda com ele e com outros. E6

Acima, dois dos entrevistados (E4, E8) são de hospitais filantrópicos vinculados ao ensino; e o outro entrevistado, que destacou a importância do enfermeiro ser voltado à aprendizagem, é de uma instituição privada sem vínculos com o ensino formal (E6). Percebe-se, com clareza, que essas instituições apresentam o mesmo discurso das 'organizações de aprendizagem' (SENGE, 1999) e buscam enfermeiros que se atualizem e propiciem a atualização de sua equipe.

Segundo o idealizador das organizações de aprendizagem, estas possuem em seu *staff* indivíduos que desejam aprender para inovar. São organizações em que as pessoas aprendem continuamente em grupo, tornando-se mais eficazes para alcançar os valores essenciais do próprio indivíduo, grupo social ou comunidade (SENGE, 1999). A participação de todos no processo de aprendizagem permite aumentar a sinergia do grupo e diminuir as resistências às mudanças, já que há envolvimento de todos e da organização para tal proposta.

A necessidade do enfermeiro com perfil de ensino foi apontada por gerentes de apenas duas instituições. Este dado chama a atenção, porque fazem parte da amostra quatro instituições que são hospitais universitários, e seis instituições que são campos de prática para atividades de ensino.

Ideal é ter pessoas suficientes voltadas ao ensino e assistência mais a rede de coordenadores voltadas para o controle, administração e cumprimento dos passos para os títulos. E4

Ao considerar o ambiente para delinear o perfil do enfermeiro, apenas dois gerentes, entre dez, mostraram-se preocupados com a característica de ensino em suas instituições. Essa situação nos faz refletir sobre o foco do trabalho desses enfermeiros e sobre o tempo disponível para exercer a função de ensino, assim como o seu preparo para acompanhar as ações dos alunos nos campos de prática de saúde pública ou hospitalar. Desse modo, embora o ensino constitua um dos eixos das competências destacadas nas DCNs, na prática mostra-se como dimensão esquecida.

O perfil político, apontado como desejado por dois entrevistados, surgiu nas seguintes falas.

Perfil para saúde pública: conhecer os programas, o SUS, protocolos, direcionamentos na escala Federal, Estadual Municipal. E5

Deve ter conhecimento dos programas, visão do todo (instituição, mundo, município). E11

A formação pessoal, cultura, estilo de vida e formação espiritual são outros critérios que, relacionados à missão institucional, aparecem como integrantes do perfil classificado como espiritual.

Quem tem um compromisso com Deus, facilmente é um compromisso com o ser humano. Pode até ter alguma deficiência acadêmica (...). O erro está na pessoa (indivíduo) e em como ela vive como cidadão, como cristão, na questão de um ser humano mais perfeito. Perfil que buscamos: pessoas idealistas, que enxergam muito mais que o visível. E4

A necessidade de um perfil voltado à especificidade do atendimento prestado no ambiente de trabalho foi destacada por quatro dos gerentes entrevistados.

O ideal seria que nosso COREn, sindicato, tem que voltar mais para esse lado, do enfermeiro mais especializado. Hoje tem umas especializações em auditoria, UTI, CC. Em UTI e CC é fácil, porque trabalham ali. E os nossos enfermeiros de unidade? E1

Conhecimentos de pediatria, ser ex-auxiliar ou técnico devido habilidade. E2

Perfil para saúde pública: conhecer os programas, o SUS, protocolos, direcionamentos nas escalas Federal, Estadual Municipal. E5

Perfil para trabalhar com oncologia, se integrar ao campo do hospital. E8

Qualificação técnica e 'feeling' para urgência e emergência é o diferencial. Interesse na área. E11

O PPP do Curso de Enfermagem da UFPR e as DCNs (BRASIL, 2001) acenam, positivamente, para o perfil de enfermeiros com formação generalista, capazes de atuar e intervir nos problemas ou situações de saúde/doença de maior prevalência.

As divergências com as expectativas dos gerentes dos serviços de enfermagem que preferem enfermeiros com formação específica, para as necessidades de seus serviços, nos levam a subentender que o conhecimento e o desempenho técnico-científico específico é mais

valorizado no mercado de trabalho local de enfermagem, situação que contradiz as tendências nacionais das políticas de educação e de saúde.

Gostar de atender o paciente e se afinar com a área em que atua; prestar assistência de qualidade; dar atenção diferenciada ao paciente e familiar, já que os convênios são caros e o grau de exigência é alto; conviver com a complexidade da estrutura assistencial que demanda muito tempo para o desenvolvimento das ações e onde prevalece número reduzido de funcionários; ser produtivo para atender à demanda assistencial; ter condições de canalizar o seu *stress*; são expectativas dos gerentes em relação ao perfil do enfermeiro que podem ser expandidas para o restante da equipe de enfermagem.

Entre as atividades assistenciais exclusivas do enfermeiro foram identificadas nos discursos: passar visita diariamente; planejar a assistência; responsabilizar-se pela realização do processo de enfermagem e pela avaliação do paciente; priorizar a consulta de enfermagem; realizar algumas atividades técnicas como passagem de sonda vesical, enteral, curativo de subclávia e procedimentos mais complexos. A seguinte fala destaca uma atividade assistencial que diferencia o trabalho do enfermeiro.

Eu luto para que pelo menos visita o enfermeiro passe todo dia. Ele passa, mas pára no curativo que tem que trocar, eu peço que o procedimento mais complexo, mais invasivo, ele faça. Passagem de sonda, vesical mesmo, enteral tem que ser o enfermeiro, até troca de curativo de subclávea. Mas, infelizmente a cobrança está grande. Eu vejo que elas se matam para dar conta. Tem gente que faz seis horas, tem que dar conta do serviço pela manhã, ao menos prescrever de manhã. Os enfermeiros da tarde evoluem. E1

Quanto às características desejáveis no enfermeiro, foram destacadas.

Ser ágil, pensar rápido, ter domínio da situação toda, ser dinâmico, possuir boa memória, ter controle, se relacionar com os outros setores. Pela falta de comunicação entre os setores, o enfermeiro assume a função dos outros e se sobrecarrega (passa a manhã inteira correndo atrás dos exames). E1

Possuir conhecimento associado à habilidade técnica prévia para desenvolver o gerenciamento e/ou uma complementação. E2

Perfil humano acima das habilidades técnicas para lidar com equipe de colaboradores e motivá-la para o trabalho. Perfil de valorizar o ser humano, suas crenças e cultura. Ser líder. Ser extremamente flexível, com visão ampla do negócio. E3

Implantar ações básicas que se aprende na escola e que naturalmente já deviam existir (humanização, qualidade da assistência) ao invés de tocar serviço. E4

Liderança. Comprometimento com a instituição. Interesse pelas especialidades do hospital, iniciativa e disponibilidade de horário. E7

Ter liderança, maior envolvimento com o grupo, ser tranquilizadora, comunicação adequada. Habilidade de comunicação para que o canal esteja livre para todos. Ter autonomia. Percepção da mudança, difícil num contexto de muitos anos. E9

Habilidade embasada em conhecimentos para refletir sobre a ação, seu papel de enfermeiro na instituição pública e que atitudes precisa ter. Resgatar seu papel constantemente frente às muitas demandas. E10

Perfil: condição de liderança, interessante a bagagem técnica para prestar assistência. Que tenha condições de canalizar o seu stress para atender na especialidade. E11

As características acima, são características gerais do enfermeiro, o que as diferencia das competências gerenciais esperadas pelos gerentes e apresentadas na próxima categoria empírica da presente pesquisa.

5.2 Competências Gerenciais

Antes de apresentar as expectativas dos gerentes de enfermagem quanto às competências gerenciais dos enfermeiros, optamos por retomar um dos conceitos apontado no Capítulo 2 do estudo, e que foi escolhido para fundamentar a análise da presente categoria empírica.

Assumimos que competência consiste em uma noção que atende ao pensamento pós-moderno, como mecanismo de adaptação dos indivíduos à instabilidade da vida e que formar profissionais competentes permite uma atuação emancipatória, definida e construída na prática social conjunta, entre as instituições de ensino e de serviço, entre alunos, educadores e profissionais.

Para conceituar competência como ‘saber fazer bem’, Rios (2002) realiza uma análise das dimensões ética, política e técnica da competência profissional. A idéia de responsabilidade, ligada à noção de compromisso, está articulada à de liberdade como eixo central da dimensão ética.

A perspectiva política também possui conotação ética e o componente técnico da competência está interligado ao ‘saber fazer técnico’, porque é base do ‘querer político’. Pensar em mudança é pensar politicamente, quando se pensa em *para que mudar*. Assim, as dimensões da ética, da técnica e da política podem ser consideradas indissociáveis (RIOS, 2002).

Não poderíamos superar a dicotomia técnica x política se apenas articulássemos a ética à política, e mantivéssemos a

técnica como um campo autônomo, que de fora recebe as benesses, os benefícios de uma política fertilizada pela ética. É preciso garantir a idéia de que a dimensão técnica também carrega a ética. O que temos é competência técnico-ético-política (RIOS, 2002, p.67).

Em uma análise das dimensões da gerência, Mishima et al.(1997) apresentam as seguintes dimensões: técnica, política, comunicativa e do desenvolvimento da cidadania.

Segundo Mishima et al.(1997), a dimensão técnica está calcada na racionalidade instrumental, que diz respeito ao conjunto de saberes gerais e específicos, assim como habilidades necessárias para alcançar os objetivos que direcionam o processo de trabalho.

A dimensão política articula o trabalho gerencial ao projeto que se tem a empreender; implica as determinações a que estão submetidos os diferentes atores em suas realidades, internas ou externas ao setor saúde e à busca por espaços, resolução dos conflitos e contradições, para realizarem seus projetos (MISHIMA et al., 1997).

A dimensão comunicativa da gerência está ligada à ação comunicativa que promove o consenso entre teoria e prática, por meio do diálogo que permite aos envolvidos no processo de trabalho exteriorizarem suas idéias e interesses. Está presente nas relações de trabalho com a equipe de saúde, com os usuários dos serviços ou nos diversos níveis do relacionamento organizacional (MISHIMA et al., 1997).

A dimensão gerencial do desenvolvimento da cidadania encontra-se intimamente articulada com a dimensão comunicativa e diz respeito à

emancipação dos sujeitos sociais envolvidos no processo de trabalho em saúde. Articula-se ainda, com as dimensões técnica e política pela idéia de compartilhamento do poder técnico, administrativo e político, com a expectativa de que os sujeitos sociais atuem de forma emancipadora, com intervenções mais decisivas na construção do SUS (MISHIMA et al., 1997).

Para apresentar os dados relativos às competências gerenciais, segundo as percepções dos sujeitos entrevistados (gerentes de enfermagem), optamos por construir um quadro que reunisse a essencialidade do que estes consideraram como expectativas para a contratação de enfermeiros. As competências foram desmembradas em conhecimentos, habilidades e atitudes.

Os trechos ilustrativos dos discursos dos entrevistados foram organizados neste quadro (QUADRO 3) e elencados em conhecimentos, habilidades e atitudes, de modo que pudessem ser visualizados em sua correlação com os saberes prioritários, apresentados como os quatro pilares da educação paralelamente às dimensões das competências.

As dimensões das competências, adaptadas da classificação de Rios (2002) e das dimensões da gerência de Mishima et al.(1997), são: dimensão técnica, dimensão política, dimensão ética, dimensão comunicativa e dimensão do desenvolvimento da cidadania.

Quadro 3 – Competências gerenciais, saberes prioritários e dimensões das competências gerenciais do enfermeiro
continua

Competência saberes e dimen- sões Uni- dades de signi- ficado/ entrevistados	CONHECIMENTOS	HABILIDADES	ATTITUDES	SABERES PRIORITÁ- RIOS	DIMENSÕES DA COMPETÊN- CIA
E1	<i>Eu acho que o fundamental para o enfermeiro é ter liderança. Tem que saber tudo do que acontece.</i>	<i>Não deixar passar nada em relação a convênios.</i>	<i>Ter o enfermeiro por completo, descansado, dedicado à instituição.</i>	Saber fazer	Técnica
E2.	<i>Conhecer as atividades de cada funcionário (divisão do trabalho). Recursos materiais. Ter metas de trabalho para conseguir modificar resultados.</i>	<i>Definir atividades à equipe, coordenar, distribuir o trabalho. Improvisar, lidar com dificuldades. Ter habilidades prévias para desenvolver outras.</i>	<i>Querer coisas diferentes, buscar um diferencial para não perder campo para outros profissionais na gerência. Gerenciar as necessidades do momento</i>	Saber fazer	Técnica Comunicativa
E3.	<i>Ter conhecimentos sobre a instituição, sua área de atuação, buscar aperfeiçoamento de pessoas, legislação. Conhecer necessidades e expectativas do cliente. Ter conhecimento de: atendimento Qualificado; mercado, fazer um benchmarking na instituição, interno e externo.</i>	<i>Diplomacia, saber como e quando falar e lutar; trabalhar em grupo; agir com sua inteligência emocional; visão empreendedora. Atuar com excelência; inovar; muita criatividade; ser um pesquisador, mas falta tempo para a pesquisa. Comunicação como chave de tudo, para disseminar informações, as rotinas de enfermagem, para o funcionário saber o que é importante. Ter poder de convencimento embasado</i>	<i>Ética, atitude coerente com valores morais e estruturais da instituição e da sociedade. Valorização do ser humano. Atitude flexível para tratar o colaborador, não desmonta a equipe. Proporcionar o bem-estar o bio-psico-social, o enfermeiro é líder nessa estratégia. Comprometimento;</i>	Saber ser Saber fazer Saber conviver	Ética Comunicativa

Quadro 3

Competência saberes e dimen- sões Un- dades de signi- ficado/ entrevistados		CONHECIMENTOS	HABILIDADES	ATTITUDES	SABERES PRIORITÁ- RIOS	DIMENSÕES DA COMPETÊN- CIA
E4.		Buscar o conhecimento constantemente. *Pessoas que se interessam pelo conhecimento desenvolvem habilidades e atitudes que chamam a atenção. *Quanto mais habilidades e conhecimentos, maior o poder para atingir e modificar o ambiente e as pessoas. *A motivação deveria vir da sede de conhecimentos, de ser um diferencial na vida das pessoas e da		tecnicamente. Habilidade gerencial é liderar com criatividade e ousadia. Realizar um planejamento organizacional.	<i>Dinâmico; persistente, é o que mais compete à enfermagem, vender idéias, persistir para valorizar o paciente, para ter um produto melhor, para valorizar o cuidado. Ser um educador, disseminador do conhecimento para ter um grupo coeso, padronizado na sistematização da assistência.</i>	
			Habilidade: aplicar o conhecimento.	Gerenciar pessoas na enfermagem é fundamental, como se lida com pessoas e buscar resultados.	Saber Saber fazer	Técnica

Quadro 3

Competência Unidades de signi- ficado/ entrevistados		CONHECIMENTOS	HABILIDADES	ATITUDES	SABERES PRIORITÁ- RIOS	DIMENSÕES DA COMPETÊN- CIA
		<i>instituição. Conhecimento de gerenciamento, marketing, administração de conflitos, administração de pessoas, administração de insumos, equipamentos, tudo. Ter conhecimento bom de enfermagem, da categoria, da profissão e trabalhar isso (políticas) na equipe, unidade, instituição.</i>				
E5		<i>. Visão do todo, políticas de saúde, processo de enfermagem – traz uma visão administrativa e assistencial mais ampla. O enfermeiro tem acesso à informação e a um leque de discussão maior: reuniões das AIHs, da reorganização da regionalização das ações, dos fóruns de educação permanente.</i>	<i>Realizar o planejamento e a gerência das ações do PSF, assume todos os programas. Fazer técnico da profissão (consulta de enfermagem, procedimentos) como subsídios para gerenciar outro tipo de serviço.</i>	<i>Envolvimento, participação, proximidade do paciente e de seu ambiente. Ocupar o espaço da gerência. Quanto mais ele se envolver com o que acontece nas relações políticas e de trabalho, será melhor gerente.</i>	Saber fazer Saber conviver	Política Comunicativa
E6		<i>. Visão (conhecimento) de qualidade. Saber planejar, saber priorizar, saber administrar o seu trabalho e o tempo.</i>	<i>Gerenciar custos. Cuidar tem custo. Saber treinar e reconhecer se o funcionário tem o perfil da instituição. Saber negociar com convênios.</i>	<i>Querer saber, ser pró-ativo. Gostar do que faz, querer aprender e crescer</i>	Saber fazer Saber ser	Técnica

Quadro 3

Competência Unidades de signi- ficado/ entrevistados		CONHECIMENTOS	HABILIDADES	ATTITUDES	SABERES PRIORITÁ- RIOS	DIMENSÕES DA COMPETÊN- CIA
E7.		Conhecimento específico de cada unidade. Interesse pelo desenvolvimento e educação continuada da equipe.	Agilidade, rapidez na tomada de decisão	Liderança. Perceber as dificuldades e somar. Postura adequada na equipe multiprofissional, saber lidar e ter bom entrosamento com os outros serviços da instituição.	Saber fazer Saber conviver	Técnica Comunicativa
		Visão do futuro, conhecimento embasado na ciência, no avanço, no planejamento da instituição. Noção de administração: dimensionamento de pessoal dentro das características da instituição. Visão educacional: é hospital de ensino e precisa motivar a equipe para a educação continuada.	Habilidade da comunicação	Bom relacionamento. Boa educação, bom-senso, companheirismo, trabalho em equipe. Motivar a equipe, ser líder, representante, chamar para si as responsabilidades, ser facilitador.	Saber Saber conviver	Comunicativa Ética
E9.		Trazer conhecimentos aos outros para ampliar	Comunicação adequada. Delegar atividades.	Mudança de comportamento, de atitudes para melhorar o que já tem de competência gerencial. Ter autonomia.	Saber fazer Saber conviver	Comunicativa Ética
E10		Conhecimento como base das atividades: conhecimento clínico, conhecimento político. Falta linha mestra, diretrizes.	Habilidades devem permear as ações assistenciais, gerenciais e educativas aos usuários e funcionários (cuidado domiciliar,	Capacidade de repassar informação, cobrar e organizar o processo de trabalho	Saber fazer	Técnica

Continuação

Quadro 3

Competência saberes e dimen- sões Uni- dades de signi- ficado/ entrevistados	Conclusão			
	CONHECIMENTOS	HABILIDADES	ATITUDES	SABERES PRIORITÁ- RIOS
	Conhecimento de ética, estética (perguntar), política, e parte humana (relações) permeia as competências assistenciais e no gerenciamento.	educação em saúde, cuidado de si e da qualidade de vida). Habilidade embasada em conhecimentos para refletir sobre a ação, seu papel de enfermeiro na instituição pública Resgatar seu papel constantemente frente às muitas demandas.	<i>Atitudes: atuar da melhor forma (qualidade) com responsabilidade individual</i>	
Ell.	Conhecimentos para trabalhar com a gestão de pessoas.	Habilidades para trabalhar com a gestão de pessoas.	<i>Liderança. Aumentar a confiança no trabalho do grupo de enfermagem. Direcionar o grupo intermediando as metas institucionais e do grupo. Ter sensibilidade para ouvir os olhos das pessoas, ouvir o silêncio.</i>	Técnica Comunicativa

Na análise do Quadro 3, identificamos, nos depoimentos dos entrevistados, a preferência por enfermeiros que desenvolvem suas competências gerenciais calcadas no pilar *saber fazer*. Seguindo essa forma de classificação dos discursos, quando foram enfatizados o *saber* e o *saber ser*, estes pilares subsidiavam o desempenho do enfermeiro ligado ao *saber fazer*.

Os dados encontrados e a experiência nos levam a concordar com a afirmação de Cassiani, Ricci e Souza (1998) de que as instituições de saúde em que os enfermeiros realizam sua prática assistencial não possuem sua missão atrelada ao *saber* como produção de conhecimentos. Por tal razão, as pesquisas de enfermagem ainda estão restritas às escolas e aos cursos de pós-graduação.

Para reverter tal quadro, não basta apenas a capacitação dos profissionais em pesquisa; é necessário ainda a criação de departamentos de pesquisa nas instituições, tanto para dar suporte técnico aos profissionais, quanto para propiciar a formação de uma cultura intelectual no ambiente de trabalho (CRUZ, 2000).

Essa situação tende a corroborar o conceito de competências apresentado por Le Bortef (2003, p.38), voltado ao ‘saber agir’ e, conseqüentemente, ao atendimento das necessidades do mercado de trabalho, em que a competência está diretamente relacionada ao “saber administrar uma situação profissional complexa”.

O “saber administrar uma situação profissional complexa” é equivalente à necessidade apontada nas entrevistas pelos gerentes dos serviços de que o enfermeiro esteja voltado ao *saber conviver* com a equipe de enfermagem, com a instituição e com a sua clientela. Na expectativa de desenvolver competências gerenciais sob esta ótica, pelo *saber conviver* o enfermeiro deveria assumir principalmente os papéis de mentor, monitor, diretor e coordenador, conforme a classificação de Quinn et al. (2003).

O papel de mentor caracteriza-se pela compreensão de si próprio e dos outros, pela comunicação eficaz e desenvolvimento dos empregados. O monitor faz uso do monitoramento do desempenho individual, do gerenciamento do desempenho e processos coletivos, e da análise de informações com pensamento crítico. O papel de diretor busca desenvolver e comunicar uma visão, estabelecer metas e objetivos, planejar e organizar. O papel de coordenação da gerência caracteriza-se pelo gerenciamento de projetos, planejamento do trabalho e gerenciamento multidisciplinar (QUINN et al., 2003).

Pela lógica do mercado de trabalho, não interessa investir em capacitação. A capacitação para o saber-fazer é a que traz retorno mais imediato para as instituições, com menor dispêndio de tempo dos envolvidos e menor utilização de recursos financeiros destinados para esse fim. Pelos discursos dos entrevistados, as instituições preferem capacitar/treinar o enfermeiro no próprio ambiente de trabalho por meios de atividades programadas do serviço de educação continuada, programas *trainee*, ou

ainda, após o reconhecimento inicial do ambiente de trabalho, alocando o enfermeiro em outro setor, com acompanhamento de um enfermeiro mais experiente na instituição.

No que se refere às dimensões das competências gerenciais mais enfocadas nos discursos dos entrevistados, há domínio da dimensão técnica, seguido pela dimensão comunicativa. A ênfase dada a essas dimensões justifica-se com os mesmos argumentos utilizados para explicar a presença constante dos pilares do *saber fazer* e do *saber conviver* nos discursos dos entrevistados. Isso pode significar que o profissional precisa ‘agir’ com prontidão em seu ambiente de trabalho para resolver problemas.

No entanto, como afirma Rios (2002), somente com a associação das várias dimensões, a competência se torna mais ampla e completa. A ênfase dada a uma dimensão, em detrimento de outra, deixa à mostra suas lacunas. No caso da ênfase à dimensão comunicativa, esse ‘agir’ com prontidão conduz o enfermeiro a soluções imediatistas e restritas.

Somando-se ainda, existe a representação de que o bom gerente é aquele que mantém um ambiente de trabalho harmônico, evitando conflitos. Essa perspectiva foi endossada pelas teorias administrativas apresentadas até a década de 80, em que o conflito era sinônimo de má administração (CIAMPONE; KURCGANT, 2005). Daí a ênfase atribuída pelos entrevistados à competência comunicativa do gerente, no sentido de esclarecer, mediar ou abafar os conflitos entre as equipes.

A dimensão ética chama a atenção, já que foi abordada nas entrevistas, levando em consideração apenas o profissional enfermeiro em sua singularidade. Foram esquecidas as dimensões particular e estrutural que envolvem e, muitas vezes, determinam o comportamento do sujeito diante das questões da ética.

A abordagem reduzida do significado da dimensão política e a ausência de discursos que contemplassem a dimensão do desenvolvimento da cidadania merecem uma análise mais detalhada. Comparando as características da dimensão política da competência gerencial, composta pelas idéias apresentadas por Mishima et al.(1997) e Rios (2002), às falas dos entrevistados, estas podem ser consideradas restritas, se considerarmos o significado dado pelas autoras para a dimensão política.

A dimensão política, em conceito mais amplo, demanda ação social, articulação política com a capacidade de compreender a dinâmica em que estas se processam e seus limites. A gerência, nesse contexto, é instrumento poderoso a ser utilizado para a efetivação de políticas.

A dimensão do desenvolvimento da cidadania implica

tomar a gerência como uma atividade que contém e está contida numa perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais, quer sejam eles os agentes presentes no processo de trabalho, como os clientes que se utilizam dos serviços de saúde (MISHIMA et al., 1997, p.290).

Acreditamos que essa dimensão exige grau de maturidade ainda não alcançado pela falta de articulação e domínio das outras dimensões. A dificuldade que o profissional apresenta em identificar-se como cidadão, amplia-se para suas relações de trabalho, por meio dos obstáculos que não

consegue remover ou impõe à equipe de enfermagem e aos usuários dos serviços de saúde, no caminho que leva à cidadania emancipatória.

Durante as entrevistas, os gerentes de enfermagem apontaram algumas dificuldades estruturais para o desenvolvimento das competências gerenciais dos enfermeiros nas suas instituições.

É muito cobrado, stress elevado, tem muita responsabilidade e pouco reconhecimento. Tudo gira em torno do enfermeiro. O salário é baixo, todos têm dois empregos. Não tem o enfermeiro por completo, descansado, dedicado à instituição. E1

O estímulo é fraco, pois falta um plano de carreiras, acaba tendo que puxar pelo amor ao próximo, pelo lado cristão, pela realização pessoal. E4

Seu diferencial está no acesso à informação, mas o status de doutor (do dentista) convence os prefeitos. E5

Dificuldades classificadas como referentes à singularidade do enfermeiro, relacionadas à particularidade do ambiente de trabalho, também foram citadas.

O processo de seleção é caro, o enfermeiro é um profissional muito caro e subtilizado. Não procura o seu espaço. E6

A contradição existente entre o discurso dos sujeitos que representam o mercado de trabalho e o texto das DCNs merece análise mais detalhada no próximo capítulo. Do enfermeiro com formação crítico-reflexiva, preparado para ser agente de mudança (BRASIL, 2001) às necessidades do mercado de trabalho, apresentadas no presente capítulo pelas expectativas dos entrevistados, onde predomina o *saber fazer*, surge o hiato que polariza as duas vertentes.

5.3 Bagagem gerencial

Bagagem gerencial assume, neste estudo, o seguinte conceito: conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, advindos da formação, que são mobilizados pelo enfermeiro para o exercício das funções gerenciais exigidas em sua atuação profissional.

A análise desta categoria empírica, emergente da fala dos sujeitos entrevistados, busca ampliar a reflexão sobre a bagagem gerencial que os enfermeiros levam da formação para o contexto institucional do serviço de saúde. As subcategorias identificadas nos discursos dos gerentes de enfermagem e que buscam facilitar a compreensão da questão foram explicitadas pelas falas dos entrevistados.

As competências gerais do profissional de saúde - definidas pelas DCNs (BRASIL, 2001) e apresentadas no 1º Capítulo deste estudo: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, educação permanente, e administração e gerenciamento; o ensino de administração; a contratação do enfermeiro.

5.3.1 Competências gerais do profissional de saúde

A competência para a atenção à saúde, considerando a interação necessária entre o processo de trabalho cuidar e o sub-processo gerenciar, são postas pelos gerentes da seguinte forma.

Tem que ter olhos e ouvidos para o paciente, uma assistência mais completa. Não precisa tecnicamente ser tão bom, mas ter uma visão ampla, o lado técnico se recupera. E4

Às vezes o enfermeiro acha que vai ficar passeando com uma prancheta, mas vai cuidar do paciente, conversar, pegar na sua mão e não no pé (visão distorcida). E8

A falta de bagagem gerencial do enfermeiro para a tomada de decisão é reconhecida no seguinte depoimento:

Não sabe tomar decisão, lidar com situações inesperadas. Perde seu precioso tempo. E2

As dificuldades para desenvolver a competência da comunicação do enfermeiro e de relacionar-se com o paciente, equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, são vistas, pelos entrevistados, como lacunas da formação que interferem em seu trabalho.

...não tem que se intimidar com funcionário, tem que ser aberto para ouvir crítica e também ser avaliado. Tem enfermeiro que não consegue trabalhar em instituição pequena, porque em instituição grande ele desaparece, ninguém vê.(...) Tem enfermeiro que não consegue trabalhar, porque ele têm medo de aparecer, ele não quer ser notado, não consegue. E1

O recém-formado vem com dificuldades técnicas e sem habilidades de relacionamento com a equipe e instituição, influenciando a qualidade. E2

Não sabe trabalhar com o grupo. Não tem experiência com a técnica. Sai perdendo no mercado. A faculdade proporciona pouco tempo com o paciente. Vem com medo de conversar com o paciente e família. E3

Visão de equipe multiprofissional e não só da enfermagem para trabalhar em conjunto. Deveria brigar só pelo paciente. Trâmite perfeito na equipe multidisciplinar, que se faça conhecer e conheça o trabalho de outras áreas. Parceria. Tem faculdades que formam o enfermeiro olhando só para sua profissão. E4

A ação comunicativa, apontada por Mishima et al.(1997), como ligada à dimensão comunicativa da gerência, diz respeito ao caráter de negociação presente, constantemente, nas relações interpessoais: com a equipe de saúde, instituição e comunidade.

Ainda sobre a competência da comunicação, a dificuldade que o enfermeiro possui para transformar dados em informação e interpretá-la, vem à tona pela seguinte crítica.

Não sabe o que fazer com os dados do sistema de informação. Falta o olhar gerencial para racionalizar, economizar, investir. A instituição traz pessoas e faz reuniões, mas o enfermeiro não usa a informação inteira. A escola é carente nisso. E2

A liderança é considerada competência essencial para o enfermeiro, segundo os entrevistados.

Precisa ter iniciativa, tem que ver tudo, saber mandar, chamar atenção, saber elogiar, saber distribuir, não ter medo do funcionário. Não ser bravo, mas firme. O enfermeiro não conhece seus pontos fortes. Falta de liderança é o mais grave, a universidade tem que ver isso no primeiro estágio. E1

É difícil ter um enfermeiro com condição de liderar o grupo, trabalhar com problemas dos funcionários: cultural, financeiro, comportamental, de pessoa, sem surtar junto. E3

Os acadêmicos têm a visão de que vão chegar e mandar em alguém, mas têm dificuldade de fazer. E8

A formação está muito complicada, saem despreparados. Falta postura técnica, gerencial e de liderança. Precisa ser preparado para ser líder de uma equipe. E11

O controle como elemento presente no gerenciamento em saúde é freqüentemente delegado, pelas instituições, para o enfermeiro e recai sobre a responsabilidade individual de quem exerce essa atividade, em detrimento da responsabilidade coletiva. Ao assumir o papel de responsável pela equipe de enfermagem e fazer uso da autoridade de forma centralizadora, muitas vezes o enfermeiro, imbuído de poder restrito, apresenta lacunas na competência de liderança, como a falta de capacitação para trabalhar o

diálogo existente entre a subjetividade e a objetividade, presentes nos processos relacionais (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

No concernente à competência de educação permanente, foram apontados dois aspectos. No primeiro, sobre a participação do enfermeiro no processo educativo da própria equipe; e, no segundo, sobre a competência do profissional para buscar sua própria atualização.

O enfermeiro não quer ser educador porque não sabe fazer e acha que o auxiliar tem que saber. E3

Os enfermeiros têm buscado mais conhecimentos e cursos repercutindo na gerência. E10

O hospital tem programa trainee para suprir as lacunas da formação com 400 horas de administração. E4

O grande número de cursos de especialização *lato sensu* ofertados e o aumento da procura por parte dos enfermeiros podem estar ocorrendo pela excessiva competitividade do mercado de trabalho que exige profissionais cada vez mais qualificados. As lacunas deixadas pela graduação, ou o descaso e descomprometimento das instituições com a educação permanente, fazem com que o profissional tente supri-las com tais cursos.

Por outro lado, questionamos: as instituições que desenvolvem programas *trainee* o fazem para adaptar o enfermeiro ao ambiente de trabalho, preencher as lacunas de sua formação, ou para formar o profissional na cultura da organização?

Se a última parte da pergunta for respondida positivamente, pode significar que o profissional de formação crítica-reflexiva, conforme preconizam as DCNs (BRASIL, 2001), não se adapta à instituição, que não se interessa por posturas divergentes à sua cultura organizacional.

Kurcgant e Massarollo (2005), ao discorrer sobre cultura e poder nas organizações de saúde, lembram que tanto os eventos científicos organizados pelos profissionais nas instituições, quanto os temas de estudos e a participação dos profissionais em eventos e cursos externos acontecem ligados aos interesses e valores organizacionais. O estímulo à aquisição do conhecimento científico nessas instituições de saúde ainda está voltado a saberes específicos e ao desenvolvimento e apropriação de novas tecnologias.

Sobre a competência de administração e gerenciamento, os comentários sobre o que é ensinado nas disciplinas de administração em enfermagem e sua relação com a prática profissional trazem à tona, segundo a percepção dos entrevistados, a necessidade de rever os conteúdos e metodologias de ensino.

A formação para o gerenciamento é pobre. O ensino (que conheci) era focado na unidade e a instituição quer que tenha o horizonte do hospital como unidade inteira de negócios. Colaboração, deixar a macrocompetitividade. A instituição quer conhecimento de administração de custos, planos de saúde, cobrança. Ajudá-la a ganhar dinheiro. E2

Muito ruim, péssima. Tecnicamente sem conhecimento básico, não consegue unir o técnico com o operacional e o administrativo. Na faculdade, não sabe atuar. Depois não se adapta ao dia-a-dia porque não tem tempo para pesquisar como fazia. E3

Dificuldade de associar conhecimento da prática com gerencial. E6

Precisa de conhecimento, muitas vezes ele vem com a idéia de que é fácil de que o enfermeiro vai seguir a prescrição e não é. Nunca imaginei, por exemplo, que precisasse orientar a equipe para utilizar corretamente a roupa, que tem que cuidar da dieta do paciente. Se eu instalo uma parenteral errada, quem vai pagar? Se eu não pontuar o crítico na minha ala, vou atender uma parada, abro o carrinho e não tem o material que preciso. Tem idéia da complexidade do trabalho do enfermeiro? E6

A percepção dos entrevistados, quanto ao que é necessário aprender sobre o assunto, reflete sua própria vivência e entendimento da gerência, assim como captam as necessidades institucionais do trabalho gerencial do enfermeiro. Essa comparação entre o que é propiciado pela formação e o que interessa à instituição mostra o interesse por um produto: o enfermeiro pronto e moldado às necessidades do mercado, de certa forma descartável, já que as intempéries às quais esse mercado está sujeito provocariam mudanças no rol de conhecimentos, habilidades e atitudes desejadas.

No que as universidades têm contribuído? Em estimular o profissional a usar sua criatividade, sua reflexão, ser crítico enquanto serviço, não só crítica pela crítica, ser crítico, mas também buscar a solução. Organizar o serviço sustentado por habilidades e conhecimentos (...) a gente percebe que eles têm se preocupado com isso, com a questão que envolve o outro, o contexto, a complexidade. A gente percebe que tem mexido com alguma coisa.E10

O recorte apresentado traz esperanças de que o profissional crítico-reflexivo, agente de mudanças, seja visto positivamente pelas instituições de saúde. Esta percepção tende a se repetir com a utilização de estratégias com sucessivas aproximações entre o ensino e o serviço.

5.3.2 O ensino de administração

Foram indicadas, pelos entrevistados, as seguintes lacunas de conteúdos no ensino de administração em enfermagem a serem preenchidas para que o enfermeiro adquira competências gerenciais.

Não apenas a cuidar, mas o ensino não prepara para o cuidado gerencial, falta o foco gerencial no ensino. O ensino vê satisfação dos serviços, carga-horária, folgas. Mas falta formação em custos, venda do cuidado, negócios. E2

Conhecimento gerencial específico que falta: fazer escala, conhecer leis, CLT, código de ética, convenção dos hospitais; situação do SUS, códigos de procedimentos, pacotes. Materiais, economia, calcular indicadores (nunca trabalhou para entender), taxa de ocupação, saídas, óbitos, transferências, tem que explicar tudo. E3

A escola nem sempre prepara para regulamentações, exigências institucionais, ações governamentais, vigilância, Hospital Amigo da Criança e Hospital Sentinela. E4

Traz pouca bagagem para atuar no âmbito gerencial. A formação é mais voltada à saúde pública e PSF, onde o enfermeiro é menos importante, poderia delegar mais e valorizar o profissional caro. A bagagem tinha que se voltar para a administração hospitalar. Ter visão do hospital como empresa, mesmo o público. Não sabe sobre qualidade, acreditação, avaliação, auditoria, metas, indicadores, fazer plano de ação, gerenciar o planejamento. Organização, supervisão, ser educador. Não tem noção de custo, de equipamento, gerenciar diagnóstico. Interfaces com equipes, controles de material, equipamentos, roupa. E6

A instituição tem um custo, um gasto, tem que ter uma noção. E8

Não vi até hoje nenhuma faculdade que preparasse para as situações gerenciais. Precisa de pós e vivência do dia-a-dia. Falta na faculdade: planejamento, planejamento de escala, aquisição de equipamentos, distribuição de cirurgias, materiais (quanto, tipo). As pessoas tem que aprender na prática, uma enfermeira ensinando a outra. E7

A gerência se aprende com a prática e a realidade de cada lugar. Há diferenças entre gerenciar um hospital particular, uma instituição pública com muitas unidades ou só uma equipe, mas a bagagem pode ser pequena até para gerenciar uma equipe. E10

Do conjunto de saberes citados como relevantes, não são listados saberes como antropologia, sociologia, filosofia, pedagogia, entre outros

saberes gerais, e sim, os conteúdos clássicos de administração hospitalar. A ênfase, mais uma vez, foi dada à dimensão técnica da gerência.

O perfil da atuação gerencial do enfermeiro contemplado em sua formação com o rol de conteúdos identificados como lacunas e que deveriam ser priorizados na formação, na opinião dos entrevistados, permite-nos formar a imagem de um enfermeiro executor das vontades e exigências do mercado de trabalho, em contraposição ao que trazem as tendências políticas educativas atuais: um profissional formulador de políticas, capaz de projetar e se localizar na construção do sistema de saúde.

Na busca de um meio-termo, as idéias de Willig (2004) tentam compatibilizar o ensino de enfermagem com as expectativas do mercado e com as necessidades sociais do enfermeiro. Argumenta que, ao ingressar no mundo do trabalho, o enfermeiro encontra uma realidade adversa àquela que espera e idealiza.

Acreditamos que alguns cuidados devem ser tomados, ao se pretender atender, prioritariamente, às expectativas do mercado de trabalho e que a formação das competências gerenciais precisam ser sólidas, para que as mudanças causadas pelas intempéries do mercado não as inutilizem.

Os profissionais de enfermagem também observam e avaliam a instituição formadora, o professor e o aluno durante as atividades práticas e estágios em seus serviços. Os reflexos do ensino, no campo de ação são relatados abaixo pelos gerentes de enfermagem das instituições.

Várias faculdades fazem estágio no hospital. Os professores estão despreparados ou pouco exigentes. O estagiário não ajuda, chega tarde, sai cedo, faz muitas visitas fora. Alguns conseguem trazer novidades na administração, mas a maioria não está interessada. Falta maturidade aos alunos. Falta o exemplo e a presença do professor. Falta dedicação, a enfermagem está lidando com vidas, exige mais das pessoas. E1

A gente percebe que com essa abertura de faculdades, diminui a qualidade da formação, antigamente tinha uma ou duas. Hoje você tem muitas, as que fazem o curso à noite. Como é que um aluno vai aprender gerência, se o hospital de dia é um e de noite é outro? E6

É nítido o reflexo da formação: no processo de enfermagem, o lado científico, a assistência, o perfil administrativo (liderança, esquema de supervisão, controle administrativo da equipe, escala). Não é questão individual, é da escola mesmo. O profissional é triado quanto às habilidades da formação, dependendo da vaga. Tem formação que a gente evita. E4

Faltam conhecimentos, habilidades e atitudes. Falta apoio para que a formação subsidie coragem. Falta a condução do mestre na aprendizagem. O professor repassa sua responsabilidade de pesquisar para universitários imaturos que não conhecem o campo de ação. E11

Antigamente, a gente conseguia definir quem era aluno da faculdade A e da B. Agora tem a C, depois veio a D, depois a E, agora a F. Hoje, no hospital a gente tem a A, B, C, e D. Eu sou professora também, e a gente consegue definir quem é de cada instituição. Porque um a gente vê que prevalece muito o estudo, o científico, a ciência, a evolução, a produção de artigo, a enfermagem como ciência. Outro, predomina muito a assistência, o enfermeiro não tem tanto a visão gerencial, mas tem a visão de assistência ao paciente, e esses até vão um pouco com a linha do hospital. Só que quando é para essas pessoas assumirem um cargo que requer um toque maior, que vá para a supervisão, a gente encontra dificuldade. Só casa quando essa pessoa tem uma maturidade dela, nata dela, que não veio da faculdade. A gente vê bem essas diferenças. E8

Na locução dos gerentes de enfermagem percebe-se que algumas de suas concepções sobre a competência para o gerenciamento e administração apontam-na como competência 'nata', índole ou que o 'dom' da gerência é parte da personalidade. Nessa perspectiva, negam-se as possibilidades de construção das competências durante a formação e afasta-se a ciência da Administração, aproximando-a do empirismo.

A gente acaba buscando os assistenciais com maturidade e potencial para desenvolver a visão administrativa. O enfermeiro assistencial não tem a visão gerencial, a não ser que seja nato dele. E8

É da personalidade da pessoa, é da índole, não tem como. E o que gosta de estar cuidando, como seria bom se pudesse direcionar os nossos enfermeiros para o que eles têm dom, para o que têm facilidade. Tem um que no procedimento, tudo, a maneira como ele acolhe, como ele faz, é perfeita. E outro aquele que para organizar um setor, deixar prontuários, auditar tudo. E1

Pelo desenvolvimento do processo de trabalho em enfermagem, seja na parte ambulatorial, hospitalar, de um centro cirúrgico, uma UTI, você faz o processo de trabalho do que executa com o cliente, analisando-o como um todo, a família, o meio, com uma visão administrativa e assistencial mais ampla. Tem a parte assistencial, a política. Você tem uma coisa, vamos dizer assim, é o dom. Mas basta cada um de nós trabalhar esse dom. Isso a gente já tem como se fosse uma coisa nata. E5

Quanto aos saberes que compõem ainda a dimensão técnica do gerenciamento, assinalam que a influência do sistema de saúde no trabalho gerencial do enfermeiro é abordada e justificada pelas instituições que identificam a necessidade de o profissional conhecer melhor e interagir com ele.

Precisa entender a trajetória de sofrimento do paciente (70% SUS) até chegar ao hospital, receber com amor, dedicação, atendimento de qualidade. E3

No PSF, se não tiver o perfil, a rotatividade é grande (contrato temporário). E5

O enfermeiro faz as compras de almoxarifado e farmácia. Precisa ampliar os conhecimentos de como a saúde funciona, a instituição. E4

A faculdade não forma, não prepara para planejamento, política. E7

Não consigo entender o que acontece e nem o contexto. Há falha na bagagem, não percebem a mudança de mercado, de estrutura que o MS propõe e outras mudanças. E9

No trabalho em saúde, a produção e o consumo acontecem praticamente ao mesmo tempo, já que o resultado da intervenção, principalmente no âmbito hospitalar, é percebido imediatamente pelo indivíduo que a recebe. Essa situação reforça a visão da prática com enfoque estritamente técnico, deixando de lado o 'resultado verdadeiro' que advém da subjetividade. A racionalidade instrumental que embasa algumas correntes teóricas da Administração torna-se instrumento de poder que garante essa situação de passividade do indivíduo em relação ao profissional de saúde (MISHIMA et al., 1997).

A visão limitada pelo poder técnico das práticas de saúde que não as compreende enquanto práticas sociais, estruturadas historicamente e articuladas socialmente, dá ênfase à dimensão técnica do gerenciamento, sem perceber que o próprio gerenciamento é uma atividade meio para transformar o processo de trabalho e também passível de mudanças mediante suas próprias determinações. A falta de entendimento da importância da dimensão política da gerência dificulta o caráter articulador e integrativo que faz da ação gerencial determinada e determinante do processo de organização dos serviços na efetivação das políticas sociais (MISHIMA et al., 1997).

5.3.3 A contratação do enfermeiro

A escolha do enfermeiro a ser contratado gera conflitos entre a preferência por profissionais experientes ou por profissionais recém-formados. São apresentados, a seguir, os pontos positivos e os pontos negativos identificados pelos gerentes de serviços de enfermagem.

Como pontos positivos do recém-formado, foram destacados pelos entrevistados: o interesse em crescer, a garra e o potencial; o pensar na Enfermagem como ciência, a fidelidade e estar pronto para mudanças. A motivação para o trabalho detectada nos discursos interessa ao mercado de trabalho, que precisa inovar constantemente.

Entre os pontos negativos enfatizados pelos entrevistados sobre o recém-formado estão: a insegurança, a inexperiência técnica e/ou administrativa, dificuldades para enfrentar resistências, a falta de bagagem de conhecimento e as dificuldades de abordagem. Nos discursos são sentidas principalmente as lacunas nas competências da dimensão técnica e da dimensão comunicativa, necessidades compatíveis com a realidade do mercado de trabalho atual.

Eis os fatores que independem da situação de recém-formado: visão ampla, competência e habilidade (também podem ser adquiridas com o tempo), comprometimento e vontade de realizar um bom trabalho.

A realidade traz um número reduzido de funcionários, tem que ser operacional também e não quer. Os imaturos, com pouco amor na profissão, não contrato ou não ficam.E3

O recém-formado interessado e que quer crescer, não tem dificuldade. Aquele que vem primeiro, que é o primeiro emprego dele, tem aquela grande paixão, é difícil te deixar. E1

Não viu na faculdade questões técnicas ou administrativas com que se depara. Tem insegurança até identificar-se com o trabalho. E10

Não precisa tecnicamente ser tão bom, mas ter uma visão ampla, o lado técnico se recupera. E4

Equipe jovem, 70% com menos de 5 anos de formada. O recém-formado tem uma vontade muito grande de fazer alguma coisa, quer mudar e encontra resistência no grupo de trabalho. Pouca bagagem para enfrentar a resistência da equipe. Precisa de bagagem extra-curricular, só estágio curricular não dá. E11

Bagagem não se mede, a mudança se dá pela vontade de crescer. Tem competência (potencial), falta habilidade, destreza, bagagem de conhecimentos e abordagem, isso é o tempo. Habilidade: ninguém vem com habilidade. Competência se adquire. E5

Mas tem muita gente nova com garra e potencial, enxergando a enfermagem como ciência, pensando na instituição e no paciente. E8

A bagagem é importante, mas não é tudo. Comprometimento e vontade de fazer um bom trabalho independe da bagagem. Na UTI geral os recém-formados realizaram um trabalho modelo de sistematização da assistência, nesse caso é bagagem. E7

Da fala dos entrevistados foram identificadas as seguintes preferências para a contratação de enfermeiros que foram auxiliares ou técnicos de enfermagem antes de realizar a graduação.

Tem mais experiência, entra mais rápido na rotina, é mais tranquilo, tem uns vícios, mas isso a própria faculdade procura dar uma burilada. E1

O enfermeiro que fez auxiliar ou técnico anteriormente, que tem uma bagagem, esse enfermeiro responde melhor para a gente porque já tem habilidade. É importante que já tenha uma habilidade só para aprender essa complementação (gerência). O recém-formado sem experiência parte do zero e se perde em qualidade. E2

Experiência técnica devia ser pré-requisito. Tinha que ter curso de auxiliar ou técnico antes. Não para ser técnico, mas para saber fazer para supervisionar. E3

Os comentários acima promovem a competência restrita à dimensão técnica no trabalho. Percebemos ainda que esses enfermeiros sofrem de exclusão, quanto à valorização do trabalho gerencial mais amplo, justamente pela falta de competências em outras dimensões que o completam, conforme está explícito nos seguintes relatos.

Há preferência quando o enfermeiro toca o plantão na unidade, traz habilidades técnicas, é visto com bons olhos. Sai com espírito mais crítico se recebeu conhecimentos na formação e foi se modificando. Por outro lado, para outros cargos, um profissional mais puro às vezes é melhor. É um critério para a seleção. E4

Os que fizeram a faculdade só para melhorar a remuneração mantêm as características mais operacionais e menos administrativas. Não conseguem enxergar a unidade e a ala como um todo, vêem só o paciente e o cuidado dele ainda. E8

As duas situações que são apresentadas a seguir surgem com o intuito de alertar e provocar reflexões sobre a contribuição que o enfermeiro, com experiências anteriores, pode trazer ao sistema de saúde.

Tende a atuar como técnico ou auxiliar, e não ser responsável por um serviço e delegar atividades. Contraponto do que consegue ser enfermeiro e quer avançar. Há o auxiliar ou técnico que trabalha como enfermeiro lá fora e atua com dois comportamentos diferentes. Poderia contribuir mais, ele é enfermeiro no outro emprego, mas aqui a competitividade do colega enfermeiro não permite que ele construa. E9

Tinha o preconceito de que esse enfermeiro não muda. Mas mudou a sua forma de olhar, muitos têm uma visão muito ampla. Já tem bagagem de atuação e juntando o conhecimento teórico, consegue atuar melhor (sem generalizar). E10

Dificuldades para gerenciar podem advir das experiências vivenciadas em outra situação de trabalho na enfermagem. Cuidados precisam ser tomados no sentido de que esse enfermeiro não reproduza um modelo de poder centralizador em relação à sua equipe e de subalternidade no convívio com outros profissionais de saúde.

6. CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE O PPP E AS EXPECTATIVAS DOS GERENTES EMPREGADORES DA FORÇA DE TRABALHO DO CENÁRIO DE ESTUDO

Este capítulo visa apontar as convergências e divergências entre as expectativas do Projeto Político-Pedagógico de um curso de graduação em enfermagem, suas interfaces com as DCNs e as expectativas dos gerentes empregadores da força de trabalho no cenário de estudo.

No capítulo 4^o foram apresentados e discutidos os dados da análise documental que permitem o confronto entre a formação pedagógica tradicional e a abordagem por competências com informações sobre a estrutura, processos e resultados de avaliação do ensino nas propostas tradicionais e nos modelos inovadores. A análise dos depoimentos dos gerentes empregadores de enfermeiros foi apresentada no capítulo 5^o e trouxe à tona o que representantes do mercado de trabalho têm encontrado e anseiam encontrar, quanto ao perfil geral e gerencial do profissional enfermeiro.

Na intenção de seguir a metodologia proposta para esta etapa do estudo, que inclui a hermenêutica-dialética (MINAYO, 2004b), buscou-se interpretar, qualitativamente, os dados obtidos e apresentados anteriormente, com base nas relações identificadas entre as competências gerenciais dos planos de ensino das disciplinas de Administração e do PPP do Curso de Enfermagem e também nos discursos dos enfermeiros gerentes

sobre as expectativas do mercado local já apresentados. Para tal, procedeu-se à problematização das convergências e divergências; e foram assinalados os conflitos e as contradições que, ao serem identificados, podem favorecer intervenções no âmbito do ensino.

Para inserir a metodologia escolhida na presente análise, cabe lembrar alguns dos seus aspectos fundamentais. A hermenêutica-dialética pauta-se pela busca da compreensão de sentidos da hermenêutica, que esclarece as condições cotidianas, do contexto e as estruturas profundas da realidade; complementada pela dialética da razão que compreende, esclarece e reúne, mas também contesta e dissocia, ao analisar o mundo real marcado pelo caráter ideológico das relações de trabalho e poder (MINAYO, 2004b).

A interpretação dos dados com a utilização da hermenêutica-dialética aproxima-se da realidade, quando considera os aspectos extradiscursivos que constituem o espaço sociopolítico e econômico do contexto. A análise final deve dirigir-se para um trabalho que ofereça pistas e indicações de propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades (MINAYO, 2004b).

Os eixos norteadores escolhido para a análise dos dados nesta etapa do estudo foram:

- os **determinantes da dimensão estrutural**, que conformam as políticas de saúde e as políticas de educação;

- os **determinantes da dimensão particular**, representados pelas condições locais do mercado de trabalho em enfermagem e pela instituição de ensino;
- os **determinantes da dimensão singular**, relacionados no âmbito do ensino de administração de enfermagem na referida instituição de ensino.

6.1 Determinantes da dimensão estrutural

A dimensão estrutural, que abarca as políticas de saúde e as políticas de educação, tem como determinantes fundamentais os valores e interesses sociais que regem tais políticas. De um lado, a historicidade e dinamicidade dos diferentes momentos histórico-sociais que conformaram o sistema de saúde brasileiro, definindo a trajetória de discussões coletivas, redundando na participação de gestores e trabalhadores dos serviços públicos de saúde, intelectuais e movimentos populares na construção do SUS, voltados para a lógica da epidemiologia. De outro lado, a dinâmica da globalização, movida pelos interesses capitalistas, que na história da saúde brasileira são representados por uma grande parcela dos serviços de saúde privados, instituições privadas de ensino da área de saúde e por diferentes segmentos assistenciais e gerenciais que defendem os modelos hegemônicos voltados para a lógica do mercado.

Sobre a dimensão estrutural, Bonetti e Kruse (2004) mostram pela interpretação dos relatórios referentes à formação de recursos humanos das 8^a, 9^a, 10^a, 11^a e 12^a Conferência Nacional de Saúde, em uma retrospectiva

histórica do período de 1986 a 2003, quais foram as políticas construídas para formar os profissionais que trabalham no Sistema Único de Saúde no panorama da situação de saúde brasileira.

As informações obtidas, a partir desses relatórios, alertam para o descompasso existente entre a formação acadêmica e a realidade social do país e criticam a maneira desarticulada com que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação conduziram as questões que envolvem as políticas de recursos humanos em saúde (BONETTI; KRUSE, 2004).

Quanto à configuração política do setor saúde no que tange aos recursos humanos na década de 90, todas as modalidades de prestação de serviços - pública, privada e do terceiro setor, foram redefinidas, nesse período, pela regulação do Estado e seu financiamento nas formas de subvenções, incentivos fiscais, convênios, planejamento e gestão, ditada por uma coesão política que exige negociação permanente com as instituições e corporações profissionais. Nesse contexto, o desenvolvimento de recursos humanos para o SUS precisa abarcar um escopo maior que o tradicional cenário dos funcionários públicos da área de saúde e ampliar a sua abrangência para os recursos humanos vinculados às outras modalidades de prestação de serviços presentes no cenário nacional. O planejamento, implementação e avaliação dessas ações necessitam ainda do estabelecimento de ações conjuntas com os setores de educação e trabalho (NOGUEIRA, 2002).

Nesse âmbito apreende-se que existem dois paradoxos: o primeiro, que tenta harmonizar os interesses do público e do privado em um mesmo sistema de saúde; e o segundo, que busca a articulação entre os responsáveis pela formação e pelo trabalho em saúde, norteadas pelas necessidades da população adscrita em cenários locais.

Os gestores e trabalhadores dos serviços públicos de saúde, ao serem fortalecidos por competências construídas nas dimensões técnica, comunicativa, ética, política e de desenvolvimento da cidadania, poderão compartilhar poder e responsabilidades, até então retidas nas ações típicas e exclusivas da dimensão técnica da competência, expandindo-as às suas equipes de trabalho e à comunidade.

Aliar o fazer gerencial voltado essencialmente à racionalidade instrumental que enfatiza a dimensão técnica, à racionalidade possível diante do paradigma da complexidade e incorporar ao processo de trabalho em saúde as outras dimensões que permitem aos sujeitos sociais atuarem em seu papel relevante de transformação, é essencial para construir um modelo de assistência à saúde alicerçado no SUS (MISHIMA et al., 1997).

No que se refere ao segundo paradoxo, este se expressa pelas dificuldades de comunicação entre os formuladores e os executores, nos diversos níveis das políticas de educação e das políticas de saúde e destes entre si, confirmado pelas expectativas conflitantes na prática assistencial de saúde, em que o mercado de trabalho aponta as lacunas dos profissionais no que diz respeito à autonomia e ao seu poder decisório. A análise do PPP

sinaliza o distanciamento entre o projeto de autonomia e tomada de decisão ampliadas, e a formação que não facilita a aquisição de competências nas diversas dimensões almejadas.

Na dimensão estrutural em que são demarcadas as diretrizes curriculares nacionais que conduzem o planejamento, propiciam as condições e os recursos para a sua implementação, também são realizadas avaliações quanto ao processo de formação profissional em saúde. No entanto as dicotomias existentes entre educação e saúde, formação e prática assistencial, acentuam-se cada vez mais pela falta de diálogo entre os dois setores.

A divisão formal desses setores deveria otimizar o potencial de ação de cada um e o aprofundamento dos seus saberes específicos. Mas, ao invés de facilitar a gestão das questões da educação e da saúde, os determinantes que influenciam as duas instâncias fazem com que elas definam políticas que respondem a projetos distintos, que não se cruzam, tampouco se aproximam ou se articulam, no sentido de ouvir e atender às necessidades da população.

6.2 Determinantes da dimensão particular

A dimensão particular pode ser apreendida no âmbito da dinâmica das instituições concretas: escola e serviço de saúde. Enquanto a instituição de ensino superior, analisada no presente estudo, por meio de seu PPP, pretende formar o enfermeiro prioritariamente para a dimensão política,

comunicativa e de desenvolvimento da cidadania, o mercado de trabalho em enfermagem, representado pela fala dos gerentes, almeja absorver profissionais com ênfase na competência técnica.

Ao demandar o desempenho da escola no que diz respeito às lacunas que se identificam na dimensão técnica do egresso, os porta-vozes do mercado trazem pontos que precisam ser melhorados no ensino, que não contradizem, necessariamente, os interesses da escola.

A intencionalidade de ambos converge para a busca da formação de profissionais tecnicamente capazes e competentes. Entretanto a ênfase pretendida pelo empregador na construção dessa competência técnica, que ocupa o lugar de sobreposição às demais dimensões, diverge do foco central do ensino proposto no PPP *sub judice*.

Na visão da instituição formadora, os conteúdos técnicos também são importantes. Entretanto, com a utilização de metodologias mais ativas no ensino de enfermagem, como a prática da problematização, os esforços estão voltados para o fortalecimento de outras dimensões das competências: ética, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania.

Ao focar a realidade do mercado de trabalho local, a posição almejada pela escola encontra respaldo no argumento de que as informações que subsidiam o desenvolvimento de competências da dimensão técnica, de per si, tem sido as mais enfatizadas e continuam

sendo, em função do contexto dinâmico e complexo, imposto pela globalização na era da Informação.

A necessidade de atualizações constantes gera outros tipos de dificuldades que surgem, quando o profissional, formado a partir de referenciais pedagógicos conteudistas com características voltadas a suprir necessidades imediatas do mercado, se torna rapidamente obsoleto, sendo descartado por ele.

Uma divergência encontrada na interpretação dos dados obtidos na revisão teórica do presente estudo aponta que as instituições de ensino, orientadas pelas DCNs, de maneira geral pretendem contribuir para uma visão mais politizada do mundo do trabalho. Mas essa não é uma situação desejável para o mercado, pois desestabiliza o *statu quo*, quando nele lança profissionais críticos e reflexivos que interrogam a realidade.

A dinâmica produzida pela cultura da globalização não permite questionamentos e exige profissionais aptos a atuar nesta 'roda' que gira permanentemente e prioritariamente no mesmo sentido. Uma parada para refletir e mudar os rumos poderia significar o descompasso da linearidade produtiva almejada pelos empregadores.

As peculiaridades percebidas no âmbito da academia, durante a pesquisa documental, apresentam divergências em diversas instâncias dos discursos dos gerentes enfermeiros entrevistados. Esta análise mostrou que as diferenças são marcadas inicialmente pelo foco para o qual cada um está voltado, seus valores e interesses e, posteriormente, pelo distanciamento

advindo da falta de articulação e má comunicação entre a academia e os serviços.

Um exemplo de dificuldade para a articulação ensino/serviço aconteceu de 2002 a 2004, durante a discussão do PPP. As relações entre a escola e os enfermeiros do serviço foram estreitadas em alguns momentos, em função do convite aos serviços de saúde para comporem o grupo de planejamento participativo e para definir os rumos da formação do enfermeiro à luz das DCNs.

Nesse momento, o objetivo era elaborar o PPP do curso de enfermagem. Mas, provavelmente, devido às muitas reuniões exigidas para o detalhamento na fase de elaboração e em função das demandas advindas, concomitantemente, do próprio ambiente de trabalho, os enfermeiros do serviço tiveram dificuldades em dar continuidade à participação e foram espontaneamente excluindo-se e afastando-se do processo. Isso comprova que os tempos de elaboração, na academia e nos serviços, são diferentes.

Quanto à representação dos usuários dos serviços de saúde no processo de elaboração do PPP, no sentido de atender ao discurso da participação coletiva, merecem ser realizadas algumas reflexões sobre o papel da Universidade. Na relação ensino-serviço-comunidade na área de saúde, o serviço atua como interlocutor dos usuários dos serviços de saúde junto à universidade.

Já na relação direta da Universidade com a comunidade, sua finalidade principal é o ensino e, mesmo considerando o trinômio ensino-

pesquisa-extensão, o usuário direto da Universidade é o aluno. Na minha concepção de educação, é responsabilidade da Universidade voltar-se para a formação do aluno como cidadão-profissional que atenderá às necessidades de saúde do usuário-cidadão e não para a formação profissional restrita ao mercado de trabalho.

Na relação com os usuários de saúde, a Universidade precisa construir, implementar e avaliar os projetos de extensão em parceria com os serviços e em conjunto com a comunidade. A articulação permite: o embasamento de propostas que respondam às necessidades detectadas; e identificar e considerar os interesses que mobilizam os serviços para a consolidação dos projetos.

As transformações possíveis do espaço social, em que se dá a prática de saúde, advém da efetiva comunicação entre universidade, comunidade e serviço. O papel dos serviços de saúde, neste contexto, é o de dar continuidade ao trabalho, visto que as ações consideradas positivas precisam ser incorporadas à prática assistencial.

Uma das possibilidades vislumbradas para mudar a perspectiva atual de distanciamento entre ensino e serviço, buscando uma transformação nessas relações, está na aproximação da escola com a comunidade de enfermeiros e com os usuários. Tal movimento compõe-se de um ir e vir constante, mas é papel da escola facilitar a articulação entre um e outro, engajando-se nos serviços para que ambas (escola e serviço) se

qualifiquem e encontrem os caminhos alternativos para suprir suas dificuldades.

Para solidificar a parceria com os serviços de saúde, a universidade precisa cumprir seu papel social de levar conhecimentos e facilitar a apreensão do saber. Compor em conjunto o planejamento das disciplinas é outra estratégia a ser adotada.

É preciso que o serviço compreenda que o saber técnico sozinho não é suficiente, precisa ser reforçado com o desenvolvimento de outras competências. O mercado quer uma prontidão do profissional em relação às competências técnicas; nos discursos dos gerentes entrevistados não foram evidenciadas a importância da problematização na formação do enfermeiro.

Na dimensão particular, especificamente no PPP, onde se encontram expressas as propostas da escola para formar o perfil do enfermeiro, chama a atenção o interesse, desta, pela formação em pesquisa, com a intenção de que o egresso da escola tenha competência para “desenvolver, participar, aplicar e socializar a pesquisa e/ou outras formas de produção de conhecimentos que objetivem o desenvolvimento e a qualificação da prática profissional” (UFPR, 2003, p.18).

Sem dúvida, a pesquisa representa avanço na formação do enfermeiro, mas desenvolvê-la e aplicá-la pode ser interpretado como desvio do papel do generalista no âmbito da graduação, existindo aí uma possível contradição com o preconizado nas DCNs.

Nas entrevistas com os gerentes dos serviços de enfermagem, também pôde ser identificado que, na opinião da maioria, não interessa ao mercado o perfil do enfermeiro pesquisador. A produção de conhecimentos é vista como um fator que consome tempo do profissional e recursos da instituição.

O mercado de trabalho prefere adquirir o conhecimento acabado e profissionais que já venham com o conhecimento aplicável, a ser consumido no momento da sua produção, sem que se façam investimentos institucionais no processo de capacitação. Em geral, não se compromete com a educação permanente, prefere receber o conhecimento e repassá-lo adaptado para o fazer, sem mais reflexões.

6.3 Determinantes da dimensão singular

Os determinantes da dimensão singular, considerados nesse estudo como aqueles que interferem no ensino de Administração em Enfermagem, estão representados pelo discurso dos sujeitos gerentes de enfermagem e nos documentos do PPP pelos planos de ensino das disciplinas que abarcam conteúdos da área de Administração.

Ao analisar três disciplinas da área de Administração de um curso de enfermagem do estado do Ceará, Forte e Pagliuca (2001) relacionaram conteúdos dessas disciplinas com o padrão cultural dominante das linhas filosóficas presentes na vertente tradicional da Administração. Chegaram à

conclusão de que a ancoragem do conhecimento nessas disciplinas era realizada de forma conservadora, negando a necessidade de mudanças, provavelmente por preconceito ou medo de exposição à inovação.

Cabe aí assinalar que a mudança no ensino dessas disciplinas é necessária, mas estas devem ser identificadas e analisadas à luz dos determinantes e das conseqüências dessas mudanças no cotidiano da escola, de professores e alunos. É preciso estar atento aos padrões culturais norteadores da vida e missão social das categorias de enfermagem como política de vivência vitoriosa no mercado de trabalho em constante mudança, buscando a dimensão mental do *fazer* para *ser* significativo nesse mesmo mercado (FORTE; PAGLIUCA, 2001).

O reconhecimento dos padrões culturais presentes no ensino atual permite diagnosticar as lacunas da formação, tanto no contexto interno organizacional quanto em relação às pressões externas que possam desprestigiar os interesses da categoria profissional dos enfermeiros nas relações com o mercado e as políticas sociais.

Forte e Pagliuca (2001) recomendam que o processo ensino-aprendizagem da Administração em Enfermagem ofereça “tecnologia afetiva” e de sobrevivência para o novo mercado de trabalho do enfermeiro, mantendo o desenvolvimento da cidadania entre usuário e profissional como valor que governa o comportamento da categoria. Propõem ainda que os conteúdos das disciplinas sigam uma seqüência lógica, do simples para o complexo, evitando sua repetição, aumentando a inserção de aulas práticas

para favorecer a *práxis*, agregando diferentes pensamentos filosófico-científicos.

Como os conteúdos administrativos permeiam todas as disciplinas do currículo, sua inserção deve acontecer em toda a grade curricular. Conteúdos relacionados a temas, como ética, também constituem eixos horizontais e devem ser discutidos com todos os docentes do curso, já que docentes das diversas áreas precisam buscar fundamentação epistemológica para fomentar o ensino da ética, integrá-lo com a realidade nos diversos níveis de ensino. Sua pedra angular precisa ser os direitos humanos (FERREIRA, 2004).

A enfermagem é o curso da área de saúde que mais trabalha com temas relacionados à gestão e um grande número de enfermeiros ocupa cargos de chefia. No entanto, questionam-se os modelos de gestão que esses enfermeiros desenvolvem e se não mantêm a dicotomia entre o que o mercado de trabalho solicita e os conceitos de saúde defendidos atualmente (BONETTI; KRUSE, 2004).

No tocante à dimensão singular na área do ensino, as propostas tradicionais, que estão representadas pelos currículos anteriores ao aprovado pela Resolução 12/96, CEPE, mostram que o ensino de administração em enfermagem da IES em estudo estava desarticulado com as demais disciplinas do curso e com as mudanças que ocorriam no mundo do trabalho, em especial na área de saúde, com a implantação do SUS.

A discussão sobre os modelos inovadores está presente na proposta elaborada no PPP atual, mas já apresentava indícios de surgir no currículo anterior, em andamento desde 1997, quando o ensino de Administração foi desmembrado para fazer-se presente em três momentos do curso. A proposta que foi aprovada em 1996 estava em consonância com o contexto histórico da nova LDB e já trazia princípios pedagógicos discutidos nacionalmente e que culminaram na construção das DCNs.

O estudo documental mostrou pontos de convergência entre o PPP e as DCNs nos seguintes aspectos: em âmbito geral, nas competências gerais do Curso, definidas para serem desenvolvidas durante a formação do enfermeiro; especificamente, nas competências gerenciais, identificadas a partir dos planos de ensino das disciplinas de Administração, que se relacionam com os quatro pilares da educação e contemplam as competências gerais do enfermeiro apontadas nas DCNs; nos conteúdos programáticos propostos que ampliam os horizontes anteriores do enfoque tradicional da Administração e abrangem questões e conceitos voltados à gerência do cuidado como componente do processo de trabalho em enfermagem; nas interfaces propostas entre as disciplinas que abarcam os conteúdos de Administração e conteúdos programáticos das outras disciplinas, fortalecendo a interdisciplinaridade.

Uma análise dialética das entrevistas, visualizada em sua dimensão singular, é capaz de situar em que divergem das DCNs, as expectativas das competências gerenciais do enfermeiro, apontadas pelos gerentes de

enfermagem entrevistados: nas dificuldades em fornecer suporte institucional à aprendizagem e educação permanente do enfermeiro e equipe, com exceção dos treinamentos em serviço oferecidos para adaptar o funcionário à cultura organizacional; na ênfase ao *saber fazer* que prioriza a dimensão técnica no trabalho gerencial do enfermeiro em detrimento do *saber ser* e *saber conviver*, o que dificulta o exercício das competências gerenciais nas dimensões ética, comunicativa, política e do desenvolvimento da cidadania; nas limitações apontadas e percebidas como dificultadoras da atuação do enfermeiro como mero cumpridor das exigências do mercado de trabalho.

A expectativa dos dirigentes do mercado de trabalho em enfermagem, de que o enfermeiro, contratado pela instituição de saúde, atenda às suas necessidades, contradiz a proposta da dimensão singular do ensino, respaldada pelo PPP na dimensão particular e pelo texto das DCNs, na dimensão estrutural, em que a formação deve estar voltada para o desenvolvimento de competências profissionais capazes de transformar o mercado, seja ele privado ou público. O agente de mudança com formação crítico-reflexiva precisa desenvolver, essencialmente, as competências gerenciais para a tomada de decisão, de liderança, de comunicação, de trabalho em equipe e educação permanente.

A gerência não foi relacionada por alguns dos entrevistados como saber a ser conquistado via processo ensino-aprendizagem. A resistência em aceitar que as competências gerenciais advêm da formação, seja ela

formal ou informal, dificulta a reflexão ampliada sobre as diferenças entre o que é necessário aprender e o que é ditado como interessante para o *fazer*. Para esse tipo de gerente, segundo Mishima et al.(1997), a gerência é um processo-fim e não um meio. Assim, a gerência é determinada e determinante acerca do processo de organização do atendimento à saúde.

Cuidados precisam ser tomados, quando a fala dos entrevistados recai na questão da produtividade, tendo em vista a demanda reprimida que os serviços de saúde impõem para os profissionais. Nessa justificativa está implícita a lógica do mercado e não a do projeto de construção do sistema de saúde.

Os docentes das disciplinas da área de Administração em Enfermagem são co-responsáveis, assim como os demais docentes do curso, pela aproximação do enfermeiro do serviço com a escola. Na formação para o sistema de saúde brasileiro, as experiências do campo da prática na formação permitem fazer parcerias no ensino da gestão que redirecionem os processos de capacitação do aluno e a educação permanente do enfermeiro para atuarem no contexto do SUS.

7 EM BUSCA DE UMA SÍNTESE SOBRE A COMPLEXIDADE DO OBJETO DE ESTUDO

“O produto final da análise de uma pesquisa,
por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarado de
forma provisória e aproximativa.”

Maria Cecília Minayo

A trajetória para a explicitação da relação entre as expectativas da instituição formadora e as do mercado de trabalho, intervenientes no ensino de Administração em Enfermagem, no que se refere às competências gerenciais do enfermeiro, realizou-se em uma estrada construída, à medida que era trilhada, compondo-se de um caminho com várias bifurcações e reentrâncias, surgidas à medida que o presente estudo se desenvolvia.

Enxergar além do mapa de rota, denominado projeto de pesquisa, para alcançar os objetivos nele propostos, exigiu idas e vindas constantes, com a mobilização de recursos necessários e desnecessários à apuração da perspicácia para utilizá-los ou desvestir-se deles para a incorporação dos conceitos postos, ou para a sua crítica e busca de novos paradigmas.

Essa dinâmica de trabalho iniciou com a escolha do tema, advinda das inquietações sentidas durante minha prática profissional como docente de um curso de enfermagem, com necessidade premente de implantar um novo PPP. A apresentação de alguns aspectos de minha vida acadêmica e profissional ilustram uma situação vivida no ensino tradicional de administração durante a graduação e como as lacunas na formação de

competências gerenciais não corresponderam às necessidades do mundo do trabalho, exigindo a retomada do processo ensino-aprendizagem em um período posterior à formação.

Em convergência com as DCNs, o discurso das escolas de enfermagem busca o desenvolvimento de competências. Logo, as minhas dúvidas relacionadas à inserção do egresso do curso de enfermagem no mercado de trabalho no tocante ao desenvolvimento de suas competências gerenciais, giravam em torno de conhecer como seria confrontar a formação gerencial que a escola propicia ao enfermeiro com as demandas do mercado de trabalho.

As inquietações foram delineando-se para que a pesquisa respondesse como deve ser o processo de ensino para a formação de competências gerenciais do enfermeiro, considerando as convergências e divergências entre as expectativas do mercado de trabalho e as competências gerenciais enfocadas na IES. Ficou claro que o objeto do meu estudo era o Ensino de Administração em Enfermagem, sua articulação com o PPP e as demandas do mercado de trabalho local.

Após a delimitação, o tema foi explorado em suas diversas nuances por meio da revisão teórica. As Políticas Sociais, apresentadas via Políticas de Saúde e Políticas de Ensino, foram visualizadas com a carga de sua historicidade como dimensão estrutural e revelaram as intencionalidades das instituições de saúde e das escolas de enfermagem.

Nas DCNs, a definição das competências gerais para o profissional de saúde assenta-se em paradigma que norteia o perfil profissional desejado. O detalhamento dos determinantes das dimensões estrutural e particular permitiram identificar e contextualizar suas influências, na Administração aplicada ao Gerenciamento em Saúde e na dimensão singular do Ensino do Gerenciamento de Enfermagem.

Buscou-se, assim, explicitar os interesses que articulam e movem a totalidade e as partes, que influenciam umas às outras. Pode-se considerar as categorias analíticas selecionadas para subsidiar as discussões e a análise do estudo: historicidade, totalidade, dinamicidade e *práxis*, foram fundamentadas na revisão teórica.

A descrição das competências como foram apontadas pelas DCNs para a área da saúde (BRASIL, 2001), enfatizam as funções gerenciais no processo de trabalho do enfermeiro. No entanto os vários conceitos de competências trazidos nos fazem refletir, criticamente, sobre a modalidade de formação por competências.

Esses conceitos precisam ser estudados para não reforçar o modelo de qualificação advindo da Administração e que interessa ao mercado, quando absorve mão-de-obra qualificada. A interpretação desse termo, no contexto do ensino e do gerenciamento de enfermagem, precisou ser mais bem analisada como aprofundamento da crítica.

O desenho metodológico definiu os rumos que propiciariam respostas às dúvidas e subsidiariam propostas para futuras intervenções. A

complexidade da questão de pesquisa levou à composição de três fases para a coleta e análise dos dados.

Na primeira fase foi realizada a análise documental do PPP do curso de enfermagem em estudo e dos planos de ensino das disciplinas que abarcavam conteúdos de Administração. Esse procedimento garantiu que fosse cumprido o primeiro objetivo, assumido no projeto de pesquisa, com a identificação das competências gerenciais propostas nos planos de ensino das disciplinas de administração em enfermagem e o reconhecimento das relações entre o PPP e o perfil do egresso proposto nas DCNs. A pesquisa documental trouxe novos ingredientes à situação do objeto de estudo e aprofundou o questionamento das dúvidas e das certezas existentes até então.

Por ordem cronológica, durante a análise documental, foi levantada a história do planejamento do ensino de enfermagem pelo curso em tela. Verificou-se que, com o decorrer dos anos, a estrutura e os processos de ensino caminharam do pólo das propostas tradicionais para as propostas socioconstrutivistas, orientadas pela LDB e DCNs. As mudanças nos planos de ensino das disciplinas de Administração são visualizadas nas alterações gerais do currículo, mas discutidas em sua singularidade.

Do confronto entre a formação pedagógica tradicional e a abordagem por competências resulta o planejamento de um ensino de Administração em Enfermagem que mudou, para buscar a aproximação entre professor-aluno, aluno-usuário e com o campo de atuação do

enfermeiro. Na proposta, o desenvolvimento do aluno está pautado pelo formato de aulas teóricas e práticas, que buscam complementarem-se para favorecer a *práxis*.

Foram identificadas as relações entre as sete competências gerais, pretendidas para alcançar o perfil de enfermeiro do curso; as competências específicas para as quais se voltam as disciplinas de Administração; os conteúdos específicos de cada disciplina e como estes contribuem para a formação de competências específicas nos diferentes âmbitos.

O segundo objetivo visou analisar o PPP do curso de graduação de enfermagem em face das expectativas de dirigentes de serviços de enfermagem do mercado de trabalho regional, em relação às competências gerenciais do enfermeiro ingressante nesses serviços.

Este objetivo foi alcançado na segunda fase desenhada para a coleta e análise dos dados. As entrevistas com os responsáveis pelos serviços de enfermagem das principais instituições de saúde empregadoras da força de trabalho de enfermeiros da cidade de Curitiba, permitiu identificar as expectativas em relação às competências gerenciais do enfermeiro ingressante no mercado de trabalho local e proceder a uma análise, contextualizada, na totalidade das informações sobre o PPP apresentadas na fase anterior.

Da organização dos dados coletados por meio das entrevistas com os gerentes de enfermagem originaram-se as categorias empíricas: perfil do enfermeiro, competências gerenciais e bagagem gerencial.

A primeira categoria empírica identificou o perfil profissional almejado pelos gerentes de enfermagem para atender as necessidades institucionais. Prevaleceu o enfermeiro assistencial com desempenho de atividades administrativas.

As competências gerenciais, demarcadas pelas expectativas dos gerentes de enfermagem foram classificadas em suas dimensões técnica, comunicativa, política, ética e do desenvolvimento da cidadania. A predominância da competência técnica em relação às outras evidenciou uma exigência do mercado pautada pela produtividade de curto prazo.

Na categoria que apresenta a bagagem gerencial, buscou-se refletir sobre como os entrevistados percebem a bagagem de gerência que os enfermeiros levam da formação para a instituição. Foram utilizadas como subcategorias: as competências gerais apontadas pelas DCNs (atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, educação permanente e trabalho em equipe); o ensino de administração e os seus reflexos na atuação do enfermeiro, as lacunas e pontos positivos; a contratação do enfermeiro, que apontou para o perfil gerencial preferido pelos entrevistados, variando entre o recém-formado inovador, o ex-auxiliar ou ex-técnico de enfermagem com bagagem técnica e o enfermeiro experiente nas dimensões técnica e comunicativa.

As entrevistas com os gerentes de enfermagem revelaram outra visão sobre a temática das competências. Como convém à forma hermenêutico-dialética de pesquisar, os subsídios coletados nessa fase

facilitaram a eclosão das divergências e convergências, sob variados ângulos de visão, permitindo ampliar a discussão com clareza, de modo a possibilitar a elaboração de propostas legítimas e viáveis no âmbito do ensino.

Na terceira fase, com base nas relações identificadas entre as competências gerenciais dos planos de ensino das disciplinas de Administração em Enfermagem, no PPP do Curso de Enfermagem e nos discursos dos enfermeiros gerentes sobre as expectativas do mercado local, foram realizadas leituras à luz da revisão teórico-temática. Com o olhar referenciado pela hermenêutica-dialética, desencadeou-se a problematização das convergências e divergências, que assinalou os conflitos e as contradições entre os achados da primeira fase e os resultados das entrevistas na segunda fase.

O terceiro objetivo foi problematizar as convergências e divergências das expectativas do mercado de trabalho em relação às competências gerenciais esperadas, e às competências gerenciais enfocadas na IES, favorecendo intervenções no âmbito do ensino.

A análise interpretativa norteou-se pelos eixos dos determinantes estruturais, que abrangem as políticas de saúde e as políticas de educação; dos determinantes da dimensão particular, representados pelo mercado de trabalho em enfermagem e pela instituição de ensino; e pelos determinantes da dimensão singular, discutidos no âmbito do ensino de administração de enfermagem.

As estratégias utilizadas para desvelar e analisar o objeto deste estudo, o ensino de Administração em Enfermagem, partiram do macro-contexto das políticas sociais (consideradas determinantes estruturais), percorreram os caminhos para a compreensão de como se dá a participação da dimensão particular em função das determinações do mercado de trabalho e do Departamento de Enfermagem, e do reconhecimento dos determinantes da dimensão singular, via sujeitos docentes e representantes do mercado de trabalho.

Na dimensão singular, ao analisar os planos de ensino das disciplinas com conteúdos de Administração em Enfermagem, constatou-se que o foco é o desenvolvimento de competências gerenciais, convergindo com o proposto na dimensão particular da escola pelo PPP e com o perfil do egresso sugerido nas DCNs. A dimensão estrutural representada pelas Políticas de Saúde, no que diz respeito ao SUS, corrobora a dimensão singular ao apontar em seu discurso, a necessidade de formar profissionais de saúde com perfil transformador no seu espaço social.

As divergências surgem em face das necessidades de atendimento à demanda e produtividade das instituições de saúde, que representam o mercado de trabalho em enfermagem. Ao enfatizar a dimensão técnica do *fazer*, contradizem a ação crítico-reflexiva do enfermeiro, pretendida pelas várias dimensões do ensino e pelas Políticas de Saúde.

Uma das recomendações que advém dos resultados deste estudo está relacionada com as divergências que emergiram da análise

hermenêutica-dialética, no que se refere às diferentes intencionalidades da formação e do mercado de trabalho em relação às competências gerenciais esperadas do enfermeiro. A partir do diagnóstico que surge deste confronto, cabe buscar para além da formação, a inserção do enfermeiro-cidadão no mundo do trabalho, vinculada às possibilidades de transformação da realidade.

Rodrigues (2000) considera que existem alternativas possíveis para superar os limites dos dois lados, ensino e mercado de trabalho. Afirma ainda que tal superação acontecerá quando o ensino deixar a sua postura de neutralidade e assumir-se ao lado do profissional que forma.

Uma das alternativas para ampliar a visão dos profissionais do mercado de trabalho seria aproximá-los do ensino por meio de parcerias que abrissem as portas para sua atualização e incluíssem outros componentes das equipes. Uma programação de educação permanente poderá ser elaborada com o propósito de superar o domínio teórico-prático solicitado pelo mercado de trabalho, transformando os sujeitos em agentes inovadores e transformadores de sua realidade, inseridos e valorizados no mundo do trabalho.

A discussão sobre o trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem deve ser promovida constantemente entre ensino e serviço com o objetivo de redesenhar os processos de trabalho. Passos que não agregam valor ao cuidado devem ser retirados para que estes profissionais otimizem seus esforços e sejam reconhecidos por eles.

As mudanças do ensino estão envoltas na morosidade que caracteriza o processo de implementação pelas escolas das determinações contidas nas DCNs. A própria dimensão estrutural dificulta a viabilização da renovação curricular, quando não favorece a injeção de recursos que viabilizem a proposta.

Dificuldades de articulação para a implementação do PPP surgem também da estrutura macro da universidade, como a dificuldade de relacionamento com a parte básica do curso, condicionada pela distância física entre os diferentes setores, diferenças de condução pedagógica e de níveis de envolvimento com o PPP para integrar as disciplinas.

O trabalho de implementação de uma nova estrutura curricular é processual. Este estudo avaliou a etapa de construção do PPP, mas a análise da operacionalização e efetividade dela deverá ser realizada no decorrer de sua implementação, com a elaboração de instrumentos avaliativos coerentes com a proposta pedagógica inovadora que se apresenta.

O sucesso da implementação do PPP depende da participação de todos os atores envolvidos. O envolvimento de maior número de pessoas enriquecerá o trabalho, à medida que prioridades forem estabelecidas em conjunto.

Muitos desafios foram superados para a elaboração desta proposta. Dentre eles, destacou-se a necessidade de procurar conhecimentos em diversas áreas, na tentativa de integração interdisciplinar que aliasse

saberes de Administração, Enfermagem e Educação. Como resultado dessa busca, foi compilado e produzido farto material sobre o Ensino de Administração em Enfermagem, que poderá até mesmo fornecer subsídios para outros trabalhos.

No final da construção desta estrada, participe de outros caminhos que buscam a mesma finalidade de subsidiar mudanças no ensino de graduação quanto à formação de competências gerenciais no enfermeiro, consideramos que os resultados obtidos poderão contribuir para a formação do enfermeiro, principalmente em relação à aquisição de competências gerenciais.

REFERÊNCIAS

Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.

Almeida M. As novas diretrizes curriculares para os cursos da área de saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.

Alves DB. Trabalho, educação e conhecimento na enfermagem: uma contribuição aos estudos sobre força de trabalho feminina. São Cristóvão (SE): Editora da UFS/Fundação Oviêdo Teixeira; 2000.

Argyris C et al. Comunicação eficaz na empresa. Rio de Janeiro: Campus; 1999.

Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior (ANDES). Sindicato Nacional. Agenda para a Educação Superior: uma proposta do ANDES - SN para o Brasil de hoje. Texto-documento aprovado no 24º Congresso do ANDES - SN. Brasília: TechnoArte; 2005.

André AM. Competências para a gestão de unidades básicas de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Araújo EAG, Barbosa VB. Desafios na implementação do currículo por competências. Rev Bras Enferm. 2004;57(3):364-5.

Backes VMS, Nietzsche EA, Camponogara S, Fraga RS, Cerezer RC. A educação continuada dos alunos egressos: compromisso da Universidade? Rev Bras Enferm. 2002;55(2):200-4.

Balduino AFA, Peres AM, Carraro TE. A metodologia da assistência de Enfermagem informatizada: MAEI. In: Carraro TE, Westphalen ME, organizadores. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001. p. 101-13.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barreira IA, Sauthier J, Baptista SS. O movimento associativo das enfermeiras brasileiras diplomadas na 1ª metade do século XX. Rev Bras Enferm. 2001;53(4):157-73.

Berndt FPG. Competências gerenciais do enfermeiro [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3):380-98.

Bonetti OP, Kruse MHL. A formação que temos e a que queremos. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(3):371-9.

Braga EM. Competência em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei n. 9394, de 20 de dezembro 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 23 dez.1996. Seção 1, p. 27.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 4, de 22 de dezembro de 1999. Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de Nível Técnico [online]. Brasília; 1999. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CEB04991.pdf> [Acesso em 18 dez. 2005].

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

Brasil. Ministério da Saúde. História [online]. Brasília; 2005a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/ediney.pdf>. [Acesso em 31 out. 2005].

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES [online]. Brasília; 2005b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. [Acesso em 31 out. 2005].

Bravo SF. A representação social de estratégias acadêmicas: um estudo comparativo de casos [dissertação]. Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Paraná; 1999.

Cassiani SHB, Ricci WZ, Souza CR. A experiência do programa especial de treinamento na educação de estudantes de graduação em enfermagem. *Rev Lat Am Enferm*. 1998;6(1):63-9.

Ceccin RB. Política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde: interfaces e desafios das políticas de educação e de saúde para a educação em enfermagem. In: Anais do 7º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEN); 2003; set. 18-21; Brasília. Brasília: ABEn-Seção DF; 2003. p. 15-9.

Chompré R. A enfermagem nos projetos UNI: contribuição para a redefinição de um novo projeto político para a enfermagem brasileira [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Ciampone MHT, Takahashi RT, Kurcgant P, Pereira LL. Uma experiência de ensino na disciplina Administração aplicada à Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1993;27(1):101-6.

Ciampone MHT, Kurcgant P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 54-65.

Ciampone MHT, Leite MMJ, Gaidzinski RR. Ensino da disciplina de Administração em Enfermagem: em busca de um novo paradigma. Rev Esc Enferm USP. 1996;30(n. esp):45-58.

Ciampone MHT, Melleiro MM. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 37-53.

Cordeiro D. Ciência, pesquisa e trabalho científico: uma abordagem metodológica. 2ª ed. Goiânia: Ed. UCG; 1999.

Cruz ICF. Pesquisar se aprende pesquisando: relato de experiência de um programa de metodologia da pesquisa de enfermagem [tese professor titular]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2000.

Curitiba. Prefeitura Municipal. Sistema de mapeamento de competências. Curitiba: IMAP/SMRH; 2005.

Cunha AZS. Atores e práticas na formação do enfermeiro: avaliação em perspectiva participativa [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

De Domenico EBL. Referenciais de competências segundo níveis de formação superior em enfermagem: a expressão do conjunto [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Formação*. 2001;1(2):5-15.

Deluiz N, Ramos M. Análise das competências do Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/EAD; 2001.

Egry EY. Sistematização da assistência de enfermagem em saúde coletiva orientada pelo materialismo histórico-dialético: em busca da unicidade entre o saber e o fazer. In: *Anais da 3ª Semana Wanda de Aguiar Horta*; 1989 ago. 9-11. São Paulo: EEUSP; 1989. p. 97-110.

Elias PE. Uma visão do SUS. In: Associação Paulista de Medicina. *O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Atheneu; 2002. v. 1. p. 11-22.

Felli VEA. A saúde do trabalhador e o gerenciamento de enfermagem [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.

Fernandes A. Administração inteligente: novos caminhos para as organizações do século XXI. São Paulo: Ed. Futura; 2002.

Ferreira HM. Ensinar e aprender ética na graduação em enfermagem: da conduta latente à manifesta [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2004.

Fleury MTL. Construindo o conceito de competências. *Rev Adm Contemp*. 2001;5(n. esp):185-96.

Fleury MTL, Fleury, A. Desenvolver competências e gerir conhecimentos em diferentes arranjos empresariais: o caso da indústria brasileira de plástico. In: Fleury MTL, Oliveira Junior MM, organizadores. *Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências*. São Paulo: Atlas; 2001. p. 189-211.

Forte BP, Pagliuca LMF. Valores culturais do ensino da administração em enfermagem: uma análise crítica frente ao mercado de trabalho e privatização. *Texto Contexto Enferm*. 2001;10(1):116-31.

Gaidzinski RR, Leite MM, Takahashi RT. O ensino da administração em enfermagem: percepção diante da vivência profissional. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(1):42-51.

Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2001a;35(1):80-7.

Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A institucionalização e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente às políticas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2001b;54(3):466-74.

Gardner JW. Liderança. Rio de Janeiro: Record; 1990.

Gil AG. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1991.

Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.

Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. cap. 7, p. 229-50.

Guimarães JA. Pós-graduação e pesquisa. In: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Discussão da pós-graduação brasileira. Brasília: CAPES; 1996. p. 19-26.

Hamel G, Prahalad CK. The core competence of the corporation. Rio de Janeiro: Ed Campos; 1990.

Kalinowski CE. O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde: um estudo de caso [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Kurcgant P, Leite MMJ, Gaidzinski RR, Peres HHC. O significado da administração aplicada à enfermagem segundo a opinião de graduandas: parte I. *Rev Esc Enferm USP*. 1994a;28(1):15-26.

Kurcgant P, Leite MMJ, Gaidzinski RR, Peres HH. O significado da administração aplicada à enfermagem segundo a opinião de graduandas: parte II. *Rev Esc Enferm USP*. 1994b;28(2):147-55.

Kurcgant P, Massarollo MCKB. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 26-36.

Lazzaroto EM. Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

Le Bortef G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. 3ª ed. Trad. de Patrícia Chitoni Ramos Renillard. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Lèvy P. As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática. Rio de Janeiro: Ed. 34; 2000.

Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.

Lunardi Filho WD, Lunardi VL. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (re)orientação da prática profissional do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.* 1996;5(2):20-4.

Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *Rev Min Enferm.* 2003;7(1):61-6.

Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(5):606-10.

Mariotti H. Organizações de aprendizagem: educação continuada e a empresa do futuro. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Marquis BL, Houston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médica Sul; 1999.

Marx LC, Morita LC. Competências gerenciais na enfermagem: a prática do Sistema Primary Nursing como parâmetro qualitativo na assistência. São Paulo: BH Comunicação; 2000.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 83-107.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004a.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004b.

Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC, et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: O trabalho de enfermagem. Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. São Paulo: Cortez; 1997. cap. 8, p. 251-96.

Mizukami MGN. Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: EPU; 1986.

Moraes G. Desenvolvimento de um modelo para o levantamento de necessidades de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Moraes MJB. O ensino de Enfermagem em Saúde Coletiva: redescobrimos caminhos para novas práticas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Moraes R. Análise de conteúdo: limites e possibilidades. In: Engers MEA, organizador. Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação. Porto Alegre: EDIPUCRS; 1994. p. 8-31.

Mota D. Formação e trabalho. Rio de Janeiro: Ed. SENAC Nacional; 1997.

Nimtz MA. O ensino da disciplina de Administração em Enfermagem nas escolas de graduação da Grande São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Nisembaum H. A competência essencial. São Paulo: Infinito; 2000.

Nogueira RP. Política de recursos humanos em saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades [online]. Disponível em: <http://www.bvseps.cpsjv.fiocruz.br/xml2html/PoliticaRecursosHumanos.pdf> [Acesso em 24 fev. 2006].

Oguisso T. Trajetória histórica e legal da enfermagem. Barueri: Manole; 2005.

Paciornik EF, Albuquerque GSC, Peterlini OLG. Saúde como coletivo: o desafio da formação. In: Rossi E, organizadora. Ensino e saúde: práticas educacionais multidisciplinares. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 161-81.

Peres AM. Sistema de informações sobre pesquisa em enfermagem: proposta para um departamento de ensino de universidade pública

[dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Perrenoud P. Novas competências para ensinar. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Prado ML. Produção do conhecimento em enfermagem no Brasil: as temáticas de investigação. Rev Bras Enferm. 2001;54(1):34-42.

Quinn RE, Thompson M, Faerman SR, McGrath M. Competências gerenciais: princípios e aplicações. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.

Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Rey B. As competências transversais em questão. Trad. de Álvaro Manuel Mafran Lewis. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.

Rios TA. Ética e competência. 12ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Rodrigues RM. Teoria e prática assistencial na enfermagem: o ensino e o mercado de trabalho [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

Roncaglio SM, Borges SM, Staciesk M, Peres AM. Tendências filosóficas e pedagógicas do ensino superior. In: Rossi E, organizadora. Ensino e saúde: práticas educacionais multidisciplinares. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 29-49.

Rosar MFF, Krawczyk NR. Diferenças da homogeneidade: elementos para o estudo da política educacional em alguns países da América Latina. Rev Educ Soc [periódico online]. 2001;22(75):33-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302001000200004&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em 11 abr. 2004].

Salcedo Barrientos DM. Mulher e saúde: dialetizando o trabalho da enfermagem ambulatorial [tese]. São Paulo: Programa Interunidades, Escola de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

Saviani D. Ensino público e algumas falas sobre Universidade. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1986.

Saviani D. A nova Lei da educação: trajetória, limites e perspectivas. 6ª ed. Campinas: Autores Associados; 2000.

Senge P. A quinta disciplina: arte e prática da organização de aprendizagem. 4ª ed. São Paulo: Best Seller; 1999.

Seraphim GB. Revisitando a Enfermagem na Universidade Federal do Paraná e a Revista Cogitare Enfermagem. *Cogitare Enferm*. 1996;1(1):99-102.

Silva CC. Competências na prática educativa para constituição da força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Silva CC, Egry EY. Constituição de competências para a intervenção no processo saúde-doença da população: desafio do educador de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(2):11-6.

Silva RO. Teorias da administração. São Paulo: Pioneira Thompson; 2002.

Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Spagnol CA. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(1):119-27.

Universidade Federal do Paraná (UFPR). Resolução n. 37/97 do CEPE. Aprova normas básicas de controle e registro da atividade acadêmica dos cursos de graduação da Universidade [online]. Curitiba; 1997. Disponível em: <<http://www.ufpr.br/soc/cepe2.htm>>. [Acesso em 2 fev. 2006].

Universidade Federal do Paraná (UFPR). Iniciação científica: o processo de institucionalização na UFPR. Curitiba; 1998.

Universidade Federal do Paraná (UFPR). Competências do CEPE [online]. Curitiba; 2006. Disponível em: <<http://www.ufpr.br/soc/cepe1.htm>>. [Acesso em 20 mar. 2006].

Vasconcelos MLMC. Produção científica de qualidade: o desafio das universidades brasileiras hoje. In: *Anais do 3º Congresso de Produção Científica*. 2ª ed. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo; 2000. p. 9-14.

Westphalen MC. Universidade Federal do Paraná: 75 anos. Curitiba: SBPH-PR; 1987.

Willig MH. Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras [dissertação]. Curitiba: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2004.

Witt RR. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Alves R. Conversas com quem gosta de ensinar: (+ qualidade total na educação). Campinas: Papirus; 2000.

Ciampone MHT, Kurcgant P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. Rev Bras Enferm. 2004;57(4):401-7.

Faustino RLH. Saberes & competências na formação da enfermeira em saúde coletiva [tese]. São Paulo: Programa Interunidades, Escola de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

Gadotti M. Perspectivas atuais da educação. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

Germano RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez; 1985.

Lima MADS. Ensino de enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. Rev Bras Enferm. 1994;47(3):270-7.

Maftum MA. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Moraes MJB. O ensino de Enfermagem em Saúde Coletiva: redescobrimos caminhos para novas práticas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Moser AD. Práticas de saúde em uma empresa pública no Estado do Paraná e as concepções de saúde dos seus trabalhadores: uma contribuição à ergonomia e à saúde do trabalhador [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

Nakamae DD. Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo: Cortez; 1987.

Nimtz MA. O significado de competência para o docente de administração em enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Patrício ZM. Estrutura referencial: a base de um processo de construção. In: Núcleo de Estudos do Processo de Viver e Ser Saudável. Oficinas de Recriação de Referenciais e Construção de Processo de Trabalho. Florianópolis: TRANSCRIAR - UFSC; 1993.

Rizzotto MLF. (Re) vendo a questão da origem da enfermagem profissional no Brasil: a escola de enfermagem profissional e o mito da vinculação com a saúde pública [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 1995.

Rojas Soriano R. Manual de pesquisa social. Petrópolis: Vozes; 2004.

Rossi MJS. A nova Política de Educação e suas implicações nos cursos de graduação de enfermagem. In: Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermeria; 1999 out. 2-7; Florianópolis. Florianópolis: ABEn; 1999. p. 349-69.

Vale EG. A Nova Política de Educação e suas implicações nos cursos de graduação em enfermagem: apreciação crítica da Associação Brasileira de Enfermagem. In: Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermeria; 1999 out. 2-7; Florianópolis. Florianópolis: ABEn; 1999. p. 370-79.

Urbano LA. As reformulações na saúde e o novo perfil do profissional requerido. Rev Enferm UERJ. 2002;10(2):142-5.

ANEXOS

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Anexo B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CURSO DE ENFERMAGEM

MN.....- PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE**DISCIPLINA :** PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE**CARGA HORÁRIA TEÓRICA:** 150 horas, 10 créditos**CARGA HORÁRIA PRÁTICA:** 30 horas, 01 crédito**EMENTA:**

Instrumentalização do Enfermeiro para o gerenciamento da assistência de Enfermagem nas instituições prestadoras de assistência à Saúde, relacionando-o ao sistema político, econômico e social; às teorias administrativas e ao processo de trabalho de saúde e de enfermagem.

COMPETÊNCIAS

- Analisar as políticas de saúde e sua influência na organização da atenção à saúde;
- Analisar os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde e na enfermagem no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde;
- Correlacionar as influências da evolução do pensamento administrativo na prática do sistema de saúde e de enfermagem
- Reconhecer as políticas de recursos humanos e seus determinantes, definidos a partir da reforma sanitária como setor estratégico para mudança do modelo de atenção à saúde;
- Compreender o processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem;
- Planejar e avaliar ações de educação permanente dos trabalhadores de enfermagem como espaço de aprendizado contínuo;
- Planejar e avaliar estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde visando as medidas de promoção/prevenção/proteção e recuperação da saúde de indivíduos, família e comunidade;
- Planejar e avaliar ações e estratégias de enfrentamento dos problemas nos serviços de saúde e de enfermagem considerando o custo benefício das ações e procedimentos;
- Analisar criticamente a estrutura física e organizacional dos serviços de saúde e de enfermagem, verificando suas condições e relações de trabalho;

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

Unidade I - Planejamento: princípios teóricos e modelos. O planejamento e a política de saúde. Dimensões sociais, econômicas, políticas, organizacionais e educacionais do Planejamento em Saúde.

Unidade II - O sistema político, econômico e social vigente e sua influência no sistema de saúde. Organização e estruturação do sistema de saúde e suas relações com as instituições de saúde, com os trabalhadores e com os usuários.

Unidade III – Estrutura organizacional das instituições de saúde .Organização interna e suas relações.

Unidade IV- O processo de trabalho e a racionalidade administrativa do trabalho.

Unidade V – Metodologia da assistência. Processo de cuidar de enfermagem

Unidade VI – Administração e gerência de recursos humanos. Política de desenvolvimento de recursos humanos: objetivos, sistemas e funções. Dimensionamento de pessoal. Recrutamento, seleção, educação continuada, planejamento de carreiras e avaliação de desempenho.

Unidade VII - Administração e gerência de recursos físicos, tecnológicos, e de informação. Custo e produtividade.

Unidade VIII - Gerência – Conceito de gerência, o ciclo gerencial, habilidades gerenciais básicas, eficiência e eficácia gerencial. Novos paradigmas gerenciais. Os desafios gerenciais na atualidade.

Unidade IX - Instrumentos gerenciais – Liderança e motivação. O trabalho em equipe. Comunicação. Supervisão. Administração de conflitos/negociação. Administração do tempo.

Unidade X - Estratégias gerenciais – Gerência estratégica, prospectiva e participativa.

Unidade XI - Controle - Controle de gestão; Controle de Qualidade da Assistência .Auditoria.

PROCEDIMENTOS E RECURSOS DIDÁTICOS:

Aulas expositivas	Discussão orientada
Dramatização	Poster
Leitura de textos	Seminários
Exposição de Vídeo	Estudo dirigido
Exercícios práticos	

AVALIAÇÃO

A disciplina contará com as seguintes avaliações:

- Prova
- Avaliação de desempenho das aulas teóricas e práticas.
- Relatório do projeto de serviço de enfermagem .

- Apresentação de seminários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS BÁSICAS:

CASTELAR, Rosa Maria et al. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro.** França : Editions ENSP (Cooperação Brasil-França), 1995.

CHIAVENATO, Adalberto. **Admininistração: teoria, processo e prática.** 3ª ed.. São Paulo: Makron Books do brasil. 2000

_____. Adalberto. **Administração de Recursos humanos.** São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 2001

_____. **Os novos paradigmas :** como as mudanças estão mexendo com as empresas. São Paulo : Atlas, 1996.

CIANCIARULLO, T. et all. **Sistema de assistência de enfermagem:** evolução e tendências. São Paulo : Ícone, 2001.

ELLIS, Janice R., HARTLEY, Celia L. **Enfermagem contemporânea :** desafios, questões e tendências. 5 ed. Porto Alegre : ArtMed, 1998.

GANDIN, D. A. **A prática do planejamento participativo.** 3 ed . Petropolis : Vozes, 1994.

KRON, Thora & GRAY, Anne. **Administração dos cuidados de Enfermagem :** colocando em ação as habilidades de liderança..6ed., Rio de Janeiro : Interlivros, 1989.

MARQUIS, Bessie L.; Huston, Carol J. **Administração e liderança em Enfermagem :** teoria e aplicação. 2 ed. Porto Alegre : Artes Médica Sul, 1999.

MARRAS, Jean P. **Administração de recursos humanos:** do operacional ao estratégico, 3ª ed. São Paulo : Futura, 2000

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento estratégico:** conceitos metodologias práticas. 13 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVA, Reinaldo O da. **Teorias da Administração.** São Paulo: Pioneira Thompson. 2002

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA AO CURSO DE ENFERMAGEM DA UFPR

À Coordenadora do Curso de Enfermagem da UFPR,

Sou aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e venho por meio desta apresentar o projeto de pesquisa para o desenvolvimento de minha tese de doutorado, orientada pela Prof^a Dr^a Maria Helena Trench Ciampone. Solicito autorização para utilizar durante as etapas de coleta e análise de dados, documentos dessa instituição de ensino superior referentes ao Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem.

O projeto de pesquisa foi intitulado provisoriamente como “Competências gerenciais do enfermeiro: as relações entre um projeto político pedagógico, as diretrizes curriculares nacionais e as expectativas do mercado de trabalho”.

A utilização dos documentos já descritos busca facilitar o alcance dos seguintes objetivos propostos em minha tese de doutorado: identificar as expectativas de dirigentes de serviços de enfermagem do mercado de trabalho regional, em relação às competências gerenciais do enfermeiro ingressante; problematizar as expectativas em relação às competências exigidas e às adquiridas no cenário local, favorecendo intervenções no âmbito do ensino.

Cabe ainda ressaltar que, por motivos éticos, o nome da instituição será mantido em sigilo, se a mesma assim o desejar.

Desde já, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários e reitero o pedido de seu apoio para autorizar a utilização dos documentos solicitados, sem os quais a realização do estudo não será viável. Agradeço desde já a atenção recebida,

Aida Maris Peres

APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO AO NÚCLEO DE CONCURSOS DA UFPR

Ao Núcleo de Concursos da Universidade Federal do Paraná,

Conforme informações repassadas pessoalmente na data de ontem, formalizo a solicitação para obter o perfil sócio-econômico dos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPR referente ao período de 2001 a 2005.

Sou professora do curso citado e desenvolvo minha tese na Escola de Enfermagem da USP com o tema "Formação de Competências Gerenciais do Enfermeiro". Para tal, o perfil sócio-econômico de nossos alunos ajudará a identificar o número de ingressantes, sexo, faixa etária, renda familiar, número de alunos que são trabalhadores na área de saúde, entre outros.

Garanto ainda, que serão mantidos o sigilo e anonimato conforme determina a Resolução 196/96 sobre Pesquisa com Seres Humanos e que meu projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP e que a pesquisa documental possui o aval da COordenadora do Curso de Enfermagem da UFPR, Profa. Magda Nanuk Pinto. Agradeço desde já a colaboração,

Aida Maris Peres

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, concordo em participar do estudo “Competências Gerenciais do Enfermeiro: as relações entre um projeto político-pedagógico, as Diretrizes Curriculares Nacionais e as expectativas do mercado de trabalho” realizada por Aida Maris Peres, aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, orientada pela Profa. Dra. Maria Helena Trench Ciampone.

Fui informado(a) que a presente entrevista objetiva identificar as expectativas dos dirigentes de serviços de enfermagem do mercado de trabalho regional quanto às competências gerenciais do enfermeiro e justifica-se pela contribuição que possa advir para o processo de formação do profissional.

Estou ciente que os benefícios em decorrência de minha participação serão a princípio, de caráter pessoal para a entrevistadora. Sei ainda, que não deverão existir desconfortos ou riscos pessoais, assim como ônus ou retorno financeiros advindos de minha colaboração e que a qualquer momento e por qualquer motivo que julgar justo, tenho a liberdade de recusar minha participação ou retirar esse consentimento sem penalização.

Recebi esclarecimentos sobre a metodologia antes de minha participação e posso, durante ou após a pesquisa, contactar com a pesquisadora pelo telefone (41) 253-5043 ou 9188-1805 e também com o Comitê de Ética da EEUSP no telefone (11)3066-7548 quando considerar necessário. Concordo com o uso do gravador durante a entrevista, desde que mantido o sigilo e a privacidade, meus e da instituição que represento.

Curitiba, _____ de _____ de 2005.

APÊNDICE D - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENTREVISTA

Sou aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) orientada pela Profa. Dra. Maria Helena Trench Ciampone e venho por meio desta solicitar sua colaboração no sentido de viabilizar o contato com o profissional enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem nesta instituição para a realização de uma entrevista.

Tal entrevista tem como objetivos: identificar as expectativas de dirigentes de serviços de enfermagem do mercado de trabalho regional, em relação às competências gerenciais do enfermeiro; problematizar as expectativas quanto às competências exigidas e às adquiridas na formação profissional, favorecendo intervenções no âmbito do ensino.

Cabe ainda ressaltar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da EEUSP e por motivos éticos, o nome do profissional entrevistado e o nome da instituição serão mantidos em sigilo. No momento da entrevista o entrevistado tomará ciência da pesquisa por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e poderá se recusar a participar se assim o preferir.

Desde já, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários e reitero o pedido de seu apoio autorizando a coleta de dados com esse profissional, sem o qual a realização do estudo não será viável. Agradeço sua atenção,

AIDA MARIS PERES (pesquisadora)

Telefones para contato: 360-7252/ 9188-1805 /e-mail: amaris@ufpr.br

APÊNDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Na sua experiência como gerente de S.E., qual é o perfil de enfermeiro que atende as necessidades da instituição?

2. Quais suas expectativas relacionadas às competências gerenciais do enfermeiro?

3. Como você avalia a bagagem que os enfermeiros têm trazido de sua formação para a atuação no âmbito gerencial nesta instituição?