**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ZÉLIA MARILDA RODRIGUES RESCK

**A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde:
delineando caminhos para a práxis transformadora**

**Ribeirão Preto
2006**

ZÉLIA MARILDA RODRIGUES RESCK

**A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde:
delineando caminhos para a práxis transformadora**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado
Interunidades das Escolas de Enfermagem de
Ribeirão Preto e São Paulo da Universidade
de São Paulo, para obtenção do título de
Doutor, na linha de pesquisa Enfermagem
enquanto Prática Social/Profissional.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elizabeth Laus Ribas Gomes

**Ribeirão Preto
2006**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Resck, Zélia Marilda Rodrigues

A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde: delineando caminhos para a práxis transformadora. / Zélia Marilda Rodrigues Resck. Ribeirão Preto, 2006. 202 p. ; 30 cm.

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem
Orientadora: Ribas Gomes, Elizabeth Laus Ribas Gomes.

1. Educação em Enfermagem. 2. Administração em Enfermagem. 3. Competência profissional. 4. Processo de trabalho gerencial.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Zélia Marilda Rodrigues Resck

A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde: delineando caminhos para a práxis transformadora

Tese apresentada ao Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor, na linha de pesquisa Enfermagem enquanto Prática Social/Profissional.

Aprovada em: ____/ ____/ ____

Banca Examinadora

Prof^ª.Dr^ª. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^ª.Dr^ª. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^ª.Dr^ª. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^ª.Dr^ª. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^ª.Dr^ª. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, fonte inesgotável de luz, sabedoria e amor,
presença constante em minha vida.

A minha querida família: Marcos Vinícius,
Rafael, Ana Luiza e Rodrigo, cujo convívio
é um compartilhar contínuo que transcende
a esta vida, fonte de afeto, vínculo e escuta
nos momentos mais extenuantes desta
caminhada.

Aos meus pais, Astrogildo e Yolanda, pela vida,
oportunidade de transformação, da procura
permanente pela superação de limitações,
e da realização de novos projetos de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, de maneiras diferentes, foram imensamente importantes durante esta caminhada e com quem compartilho a alegria desta conquista.

À Prof^a Dr^a Elizabeth Laus Ribas Gomes, pelo acolhimento na orientação deste estudo, compartilhando seus saberes, fazendo jus à missão de promover o crescimento dos que a rodeiam.

Às Prof^{as} Dr^{as} Maria Helena Trench Ciampone, Mara Regina Lemes De Sordi, Janete Rodrigues da Silva Nakao, Lana Ermelinda da Silva dos Santos, por representarem em minha trajetória de vida presenças marcantes de acolhimento, vínculo e escuta. E também, pela serenidade com que conduziram a Pró-forma, pela leitura crítica de todo o material, permitindo-me a oportunidade de compartilhar momentos gratificantes de aprendizagem, com orientações, sugestões, reflexões e experiências.

À EERP e à EEUSP da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de concretizar este processo de doutoramento.

À Reitoria e às colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, que oportunizaram minha liberação parcial para a realização deste ideal de vida e profissional.

Aos docentes e alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG e, aos enfermeiros de serviço das Instituições conveniadas, que gentilmente se colocaram abertos a darem valiosas contribuições nos grupos focais realizados.

À Milena Celere, bibliotecária da Biblioteca Central da EERP da Universidade de São Paulo, que amavelmente ocupou-se das correções de referências desta pesquisa.

À Profª Aparecida Donizetti Paes, pela disponibilidade nas correções de português.

À Profª Eliza Maria Rezende Dázio, pela colaboração e apoio, especialmente como observadora durante as realizações dos grupos focais.

Às Prof^{as} Maria Inêz Barbosa Braga Bérghamo e Sueli de Carvalho Vilela, que gentilmente se disponibilizaram para a leitura crítica, contribuindo com preciosas sugestões.

Ao meu filho Rafael Rodrigues Resck, pela ajuda na digitação, sendo meu professor na descoberta da informática.

RESUMO

RESCK, Z. M. R. **A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde: delineando caminhos para a práxis transformadora.** 2006. [Tese] Ribeirão Preto (SP): Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem – Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e de São Paulo da Universidade de São Paulo, 2006.

Este estudo versa sobre a construção do saber gerencial e a conformação de competências gerenciais ao enfermeiro na formação acadêmica. Tem como objetivos: analisar as demandas gerenciais na práxis profissional do enfermeiro inserido no processo de organização do trabalho em saúde e em Enfermagem, determinadas pelas Políticas de Saúde, e analisar o processo de construção das competências gerenciais do acadêmico de Enfermagem, apreendendo as limitações e estratégias advindas do processo ensino-aprendizagem, em face das Diretrizes Curriculares Nacionais. Trata-se de uma pesquisa fundamentada na Hermenêutica-dialética. Utiliza na coleta de dados a técnica por grupo focal com o aluno, o docente e o enfermeiro de serviço, partícipes do processo ensino-aprendizagem do saber gerencial, no espaço intercessor, nos campos de prática e dos estágios curriculares, no ambiente hospitalar e nos serviços básicos de saúde. A análise de conteúdo aplicada sobre os resultados identifica duas grandes categorias empíricas. Na categoria formação, englobam-se as subcategorias: - construção das dimensões do saber gerencial: processo ensino-aprendizagem nos recortes da relação teoria e prática, das estratégias de ensino-aprendizagem e, das competências dos sujeitos neste processo; - conformação de competências gerenciais, em face das Diretrizes Curriculares Nacionais, abarcando o perfil do profissional: o exigido e o possível e, as parcerias ensino e serviço. Na categoria atuação profissional, identifica-se a subcategoria: organização do processo de trabalho em saúde e em Enfermagem, desmembrada no processo de trabalho gerencial do enfermeiro e nas políticas administrativas institucionais. As categorias analíticas estão fundamentadas nos três eixos teóricos, sendo que, na dimensão estrutural, consideram a proximidade dos dados empíricos ao contexto das transformações determinadas pelas Políticas de Saúde em relação à organização do trabalho em saúde e na Enfermagem e aos modelos assistenciais e gerenciais existentes. Na dimensão particular, a Política da Educação por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais e do Projeto Pedagógico do curso, que delineiam a formação do enfermeiro, procurando ajustar a formação à práxis, numa perspectiva transformadora, atendendo às demandas sociais e da vida. Assim também, na dimensão singular, o Ensino da Administração em Enfermagem, nas competências técnico-científica, ético-política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania, em que se consideram as práticas e o Estágio Curricular Supervisionado como momentos intercessores entre a teoria e a prática para a conformação de novas competências gerenciais e a consolidação das adquiridas. Os resultados apontam que, na formação e na práxis do enfermeiro, coexistem os paradigmas antagônicos nas instituições de ensino e de serviço, que ainda atendem aos modelos hegemônicos, na saúde e na Educação. Apresentam alguns avanços para a integralidade na dimensão cuidadora, aplicando a estratégia pedagógica da problematização das situações vivenciadas no cotidiano, e para a integração ensino e serviço. Considera-se que, para a conformação de competências gerenciais, numa perspectiva transformadora, é necessário fortalecer a parceria ensino e serviço, no âmbito inter-institucional, aumentar a adesão entre os sujeitos deste estudo, e criar uma rede de sustentação, aproximando os demais profissionais, os usuários/clientes, construindo no coletivo a formação e a práxis, voltadas para as demandas sociais e da vida.

DESCRITORES: Educação em Enfermagem; Administração em Enfermagem; Competência profissional; Processo de trabalho gerencial.

ABSTRACT

RESCK, Z.M.R. **The nurse's background and the managerial practice in health work: outlining paths for the transforming praxis.** 2006. [Thesis] Ribeirão Preto (SP): Inter-units Program for Doctor's Degree in Nursing – Nursing Schools in Ribeirão Preto and São Paulo in the University of São Paulo, 2006.

This study is about the construction of managerial knowledge as well as the configuration of managerial competences for nurses during their academic graduation. It aims: to analyze the managerial demands of nurses' professional praxis involved in the process of organizing the health and Nursing work, determined by Health Policies, and to analyze the process of building managerial competences upon Nursing academicians, understanding the limitations and strategies occurred from the teaching and learning process. It is a research founded upon dialectic-Hermeneutics. The technique of the focal group is used in the data collection with, the student, the professor and the nurse on shift, participants on the teaching-learning process of the managerial knowledge, in the interceding space, in the fields of practice and curricular training, in the hospital environment and in the basic health-care services. The analysis of the contents applied to the results identifies two great empirical categories. Within the formation category the following subcategories are embodied: - building up the managerial knowledge dimensions: a teaching-learning process comprising the relation between theory and practice, the strategies of teaching-learning and the individuals' competences in this process; as well as the conformation of managerial competences, face the National Curricular Directives, comprehending the professional's profile: the required and the possible, and the teaching and service partnerships. Within the professional performance category, it is identified the subcategory as follows: the organization of the working process in health and Nursing, dismembered in the nurse's managerial work and in the institutional administrative policies. The analytic categories are founded on three main theoretic axis; so that, in the structural dimension it is considered the proximity of empirical data to the context of the transformations determined by the Health Policies regarding the work organization in health and Nursing, and also the present assistance and managerial models. In the private dimension, the Education Policy through the National Curricular Directives and the Pedagogical Project of the course, that outline the nurse's graduation profile seeking to adjust education to praxis, under a transforming view, attending to social and life demands. And also, in the singular dimension, the Administration Teaching in Nursing, in the techno-scientific, the ethic-politics and the communicative competences as well as in citizenship development in which the Supervised Curricular Training Program is considered as an interceding space between theory and practice for the configuration of new managerial competences and the consolidation of those already acquired. The results point out that in the nurse's background and praxis coexist the antagonistic paradigms in the teaching and service institutions, which still follow hegemonic models, in health and Education. They present some improvements towards integrality in the caring dimension applying the pedagogic strategy of shaping the problems from the daily situations, and towards the teaching-service integration. It's considered that for the configuration of managerial competences, under a transforming perspective, it is necessary to strengthen the teaching and service partnership, within the inter-institutional ambit, to increase adhesion between the subjects to this study, and create a new supporting network, approximating the other professionals, and the customers, building up collectively the graduation and the praxis, turned toward social and life demands.

DESCRIPTORS: Education in Nursing; Administration in Nursing; Professional Competence; Managerial Work Process.

RESUMEN

RESCK, Z. M. R. **La formación y la práctica gerencial del enfermero para el trabajo en salud: delineando caminos para la praxis transformadora.** 2006. [Tese] Ribeirao Preto (SP): Programa Interinidades de Doutoramento em Enfermagem – Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e de São Paulo da Universidade de São Paulo, 2006.

Este estudio versa sobre la construcción del saber gerencial y la conformación de competencias gerenciales al enfermero en la formación académica. Tiene como objetivos: analizar las demandas gerenciales en la praxis profesional del enfermero insertado en el proceso de organización del trabajo en salud y en Oficio de Enfermero, determinadas por las Políticas de Salud, y analizar el proceso de construcción de las competencias gerenciales del académico de Oficio de Enfermero, aprehendiendo las limitaciones y estrategias advenidas del proceso enseñanza-aprendizaje, frente a las Directrices Curriculares Nacionales. Tratase de una pesquisa fundamentada en la Hermenéutica - dialéctica. Utiliza en la colecta de datos la técnica por grupo focal con el alumno, el docente y el enfermero de servicio, partícipes del proceso enseñanza-aprendizaje del saber gerencial, en el espacio intercesor, en los campos de práctica y de los entrenamientos curriculares, en el ambiente hospitalario y en los servicios básicos de salud. El análisis de contenido aplicado sobre los resultados identifica dos grandes categorías empíricas. En la categoría formación englobase las subcategorías: - construcción de las dimensiones del saber gerencial: proceso enseñanza-aprendizaje en los recortes de la relación teoría y práctica, de las estrategias de enseñanza-aprendizaje y, de las competencias de los sujetos en este proceso; - conformación de competencias gerenciales, frente a las Directrices Curriculares Nacionales, abarcando el perfil del profesional: lo exigido y lo posible y, las asociaciones enseñanza y servicio. En la categoría actuación profesional, identificase la subcategoría: organización del proceso de trabajo en salud y en Oficio de Enfermero, desmembrada en el proceso de trabajo gerencial del enfermero y en las políticas administrativas institucionales. Las categorías analíticas están fundamentadas en los tres ejes teóricos, siendo que en la dimensión estructural consideran la proximidad de los datos empíricos al contexto de las transformaciones determinadas por las Políticas de Salud con relación a la organización del trabajo en salud y en el Oficio de Enfermero y a los modelos asistenciales y gerenciales existentes. En la dimensión particular, la Política de la Educación por medio de las Directrices Curriculares Nacionales y del Proyecto Pedagógico del curso, que delinean la formación del enfermero buscando ajustar la formación a la praxis, en una perspectiva transformadora, atendiendo a las demandas sociales y de la vida. Así también, la dimensión singular, la Enseñanza de la Administración en Oficio de Enfermero, en las competencias técnico-científica, ético-política, comunicativa y de desarrollo de la ciudadanía, en que se considera el Entrenamiento Curricular Supervisado como espacio intercesor entre la teoría y la práctica para la conformación de nuevas competencias gerenciales y la consolidación de las adquiridas. Los resultados apuntan que en la formación y en la praxis del enfermero coexisten los paradigmas antagónicos en las instituciones de enseñanza y de servicio, que aún siguen a los modelos hegemónicos, en la salud y en la Educación. Presentan algunos avances para la integralidad en la dimensión cuidadora aplicando la estrategia pedagógica de la identificación de problemas de las situaciones vivenciadas en el cotidiano, y para la integración enseñanza y servicio. Considerase que para la conformación de competencias gerenciales, en una perspectiva transformadora, es necesario fortalecer la asociación enseñanza y servicio, en el ámbito interinstitucional, aumentar la adhesión entre los sujetos de este estudio, y crear una red de sustentación, acercando los demás profesionales, los usuarios/clientes, construyendo en el colectivo la formación y la praxis, vueltas a las demandas sociales y de la vida.

DESCRIPTORES: Educación en el Oficio de Enfermero; Administración en Oficio de Enfermero; Competencia profesional; Proceso de trabajo gerencial.

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
BAAR	Bacilo álcool ácido resistente
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CES	Câmara de Educação Superior
CFE	Conselho Federal de Educação
CNE	Conselho Nacional de Educação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DADS-ALFENAS	Diretoria de Assistência Descentralizada de Saúde de Alfenas
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DST/AIDS	Doenças sexualmente transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ECS	Estágio Curricular Supervisionado
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo
Efoa/Ceufe	Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas/Centro Universitário Federal
FIOCRUZ	Fundação do Instituto Oswaldo Cruz
GRS-ALFENAS	Gerência Regional de Saúde de Alfenas

IES	Instituição de Ensino Superior
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NOB/96	Normas Operacionais Básicas/96
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PPP	Projeto Político Pedagógico
Prev-saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
Pró-saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SESu	Secretaria de Ensino Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas-Minas Gerais
VERSUS	Vivência de Estágio na Realidade SUS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO DA TEMÁTICA	18
1 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO	24
1.1 Delineamento das Políticas de Saúde na interface das mudanças de modelos assistenciais e gerenciais: demarcando os caminhos para a conformação do trabalho gerencial do enfermeiro	24
1.1.1 Incursão histórica na construção dos modelos assistenciais	24
1.1.2 Aproximação entre a organização do trabalho em saúde e na enfermagem: conformando o processo de trabalho gerencial para o enfermeiro	33
1.2 O cenário histórico na Enfermagem brasileira: a formação e práxis do enfermeiro e o ensino da Administração na interface das mudanças curriculares	49
1.3 Contextualização do Projeto Político Pedagógico e do Ensino por Competências na formação e práxis do enfermeiro para o trabalho gerencial em saúde	63
2 CONSTRUINDO O CAMINHO METODOLÓGICO	77
2.1 Opção metodológica	77
2.2 Contexto do estudo	79
2.3 Questões éticas e legais	84
2.4 Sujeitos do estudo	85
2.5 O trabalho de campo	87
2.5.1 Coletando os dados	87
2.5.2 Trabalhando com os grupos focais	91
2.6 Analisando os dados	93

3 ANALISANDO A FORMAÇÃO NO CENÁRIO EMPÍRICO	98
3.1 Construção das dimensões do saber gerencial: o processo ensino – aprendizagem	98
3.1.1 Relação teoria e prática	100
3.1.2 Estratégias de ensino – aprendizagem	111
3.1.3 Competências dos sujeitos no processo ensino – aprendizagem	116
3.2 Conformação de competências gerenciais em face das Diretrizes Curriculares Nacionais	124
3.2.1 Perfil do profissional: o exigido e o possível	126
3.2.2 Parceria ensino e serviço	135
4 ANALISANDO A PRÁXIS NO CENÁRIO EMPÍRICO	142
4.1 Organização do processo de trabalho em saúde e na Enfermagem	142
4.1.1 Organização do processo de trabalho gerencial do enfermeiro	145
4.1.2 Políticas administrativas, institucionais	155
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
REFERÊNCIAS	174
APÊNDICES	191

APRESENTAÇÃO

A opção pela docência, exercida no curso de graduação em Enfermagem inserido numa Instituição Federal de Ensino Superior (IFES), tornou-se um desafio para uma enfermeira recém-formada, no limiar da década de 1980, num modelo curricular de formação segundo a proposta vigente na década de 1970, limitado a reproduzir os paradigmas existentes, quer assistenciais ou gerenciais, conservando a rigidez de estruturas salvaguardadas pela visão apolítica dos profissionais de saúde e da educação.

No entanto, paralelamente a este contexto de reiteração, surgiram movimentos envolvendo a classe universitária, buscando mudar paradigmas, conquistar a participação da população e vencer as resistências e as dificuldades ao processo de mudança do *status* existente e de domínio reconhecido.

Na pós-modernidade, tanto para o enfermeiro como para o educador em Enfermagem, vêm se acentuando a necessidade da leitura crítica da realidade e o despertar da consciência ético-política para situar-se em relação aos novos paradigmas decorrentes da era da globalização.

Na busca pela superação das limitações encontradas na formação e na práxis do enfermeiro, passa a ser fundamental escolher criticamente como participar desse processo de mudança e sobre que lógica torna-se possível redirecionar o ensino e a prática profissional, reconhecendo as opções no cenário do mundo do trabalho e das Políticas de Saúde e de Educação.

A procura por novos conhecimentos na área de Administração em Enfermagem, decorrentes das mudanças ocorridas nas décadas de 1980 e 1990, levou a autora ao caminho da Pós-Graduação, realizando e concluindo em 1986, pela Faculdade de Administração São Camilo, a

Especialização em Administração Hospitalar, procurando fundamentar as questões administrativas hospitalares para solidificar o desempenho e atender às demandas exigidas para a formação e a prática do enfermeiro. Nessa fase da trajetória na Pós-graduação, em 1991, foi acrescido o Curso de Especialização em Administração em Saúde Pública, realizado e concluído pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, momento auge para o entendimento do novo modelo assistencial de saúde, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), oficializado pela Constituição Federal de 1988.

No exercício da docência, a lacuna de conhecimentos sobre as questões específicas na área da Educação, exigidos pelo movimento da reforma curricular no Ensino da Enfermagem nos anos 1990, que culminou com a Portaria 1721/94, veio determinar a procura pela Especialização em Educação, em 1994, configurando-se como passo principal para o Mestrado em Educação, concluído em 1998.

Na dissertação de Mestrado, foram avaliados alguns enfoques do ensino teórico-prático da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem, segundo a percepção dos alunos em fase de conclusão de curso, como também foram identificadas as dificuldades no exercício das atividades de gerenciamento da assistência e das funções administrativas e, no relacionamento interpessoal, com os diversos elementos da equipe multiprofissional, com a equipe de enfermagem, com colegas, professores e clientela. As sugestões dadas pelos alunos subsidiaram as reformulações realizadas na disciplina para atender à proposta curricular exigida pela Portaria nº 1721 de 16 de dezembro de 1994 (BRASIL, 1994).

No entanto, antes da primeira turma integralizar o curso, novas exigências surgiram no cenário do ensino de graduação, com a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional, Lei

nº 9394 de 20 de dezembro de 1996, do Ministério da Educação e Cultura (MEC) (BRASIL, 1996a).

O compromisso de dar continuidade ao processo de mudança aumentou diante da urgência em construir o Projeto Político-Pedagógico institucional e para os cursos, para o qual a maioria dos envolvidos com o ensino da Enfermagem encontravam-se despreparados, sem ao menos saber como começar.

Participando como membro das Comissões de Elaboração do Projeto Político-Pedagógico Institucional e do Curso de Enfermagem, criadas em 1997, a insatisfação diante das dificuldades com a conformação do ensino de Administração e o compromisso na formação do enfermeiro tornaram-se fatores preponderantes para continuar a procura das bases científicas e a cursar paralelamente disciplinas na Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, como aluna especial em 2001 e 2002.

Na busca de compreender melhor os acontecimentos, desde as últimas décadas do século XX, que marcaram o ensino da Administração, nos novos contextos das Políticas de Saúde e da Educação, abriram-se os horizontes para a pesquisa e a possibilidade de cursar o Doutorado.

Essa caminhada começou após aprovação no Processo Seletivo do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, realizado em junho de 2002, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sendo importante reiterar a orientação recebida da Profª Drª Elizabeth Laus Ribas Gomes, em todos os momentos decisivos desse processo.

A vivência adquirida durante as disciplinas cursadas nos Programas de Pós-Graduação oferecidos pela EERP-USP, pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, como também pela Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em

São Paulo, foi rica, em função das interlocuções, das pesquisas realizadas, das discussões em sala de aula, dos contatos com diferentes realidades e trocas de experiências, momentos de aprendizado ímpar, os quais foram determinantes para o desenvolvimento deste estudo.

É reconhecido que a importância da produção científica pelos enfermeiros, educadores ou não, tenha origem nas demandas oriundas de suas realidades, do cotidiano vivenciado, e que os resultados e propostas revertam para a transformação da prática profissional e do processo ensino-aprendizagem em que cada qual se insere.

Por conseguinte, buscando o exercício de uma práxis transformadora, tanto para a docência como para a prática profissional do enfermeiro, justifica-se esta investigação científica, retroalimentando com novos conhecimentos, o ensino da Administração.

INTRODUÇÃO DA TEMÁTICA

A relação dialética entre Educação, Saúde e o Ensino da Enfermagem, norteadas pelas Políticas Sociais, constitui um tripé que molda a formação do enfermeiro.

Neste estudo, rever a história para o entendimento dessa relação dialética na conformação de competências gerenciais ao enfermeiro é fundamental para re-significar a formação e a atuação gerencial do enfermeiro.

É preciso também compreender que o docente e o enfermeiro de serviço fazem parte desta história como sujeitos, conscientes, ativos, capazes de transformar, de dar importantes contribuições, de ajudar a escrever a história.

Acredita-se que, para assumir o papel de agente de transformação social, é fundamental iniciar esse processo internamente e se transformar, atualizar os conhecimentos, rever valores, abrir a mente ocupada pelo ultrapassado, aceitando as inovações. Entende-se que o conhecimento não se esgota em si mesmo, mas é um processo contínuo que se constrói com a realidade vivenciada e com a capacidade que se pode desenvolver para transformá-la.

Essa construção, nas áreas da saúde e do ensino, se faz com o coletivo, não sendo mais possíveis as ações individuais, solitárias. O social e a sociedade demandam um domínio maior de conhecimentos, quer das relações interpessoais, quer das habilidades psico-motoras, ética e moral, psico-emocional, abrindo vários desafios para a formação do profissional de saúde.

No exercício da docência, no cenário do ensino de Administração na Graduação em Enfermagem, eram constantes os vários questionamentos, por parte de docentes, alunos, enfermeiros e demais categorias da Enfermagem, e também dos próprios dirigentes das instituições de serviço, em relação à atuação profissional do enfermeiro, sua autonomia, competência assistencial e administrativa, sua capacidade de resolução de problemas, e o descompasso do processo ensino-aprendizagem para a conformação de competências gerenciais, aumentando a cobrança para o ensino da Administração que deveria conferir as competências esperadas.

Em conformidade com Ferraz (1995), questiona-se até que ponto docentes-pesquisadores-enfermeiros, em seus espaços de trabalho estariam possibilitando, na formação do enfermeiro, a compreensão da profissão, de suas idiossincrasias, de seus limites e possibilidades, buscando pela consciência crítica, por maior resolutividade ético-política e interação nas relações profissionais, oportunizando o desenvolvimento de competências para a gerência.

Na fase histórica das décadas de 1980 e 1990, em que se desenvolveram os movimentos da reforma sanitária, da evolução tecnológica e as transformações causadas pela globalização que determinaram novos paradigmas, nas áreas da Saúde e da Educação, ocorre um avanço nas pesquisas no campo da Enfermagem. Algumas produções científicas, como as realizadas por Almeida e Rocha (1989), Bocchi e Fávero (1996), Deienno (1993), Lunardi, Lunardi Filho e Borba (1994), Mendes (1998), Trevizan (1988), faziam referência ao espaço de atuação gerencial do enfermeiro, aos conflitos e às inquietações vivenciadas no cotidiano profissional, revelando a atuação administrativa do enfermeiro, permeada por atividades burocráticas.

No entanto, o administrador hospitalar e o corpo clínico ainda esperam do enfermeiro a função de implementar a organização racional do trabalho, constituindo-se como ponte entre os interesses da administração do hospital para o cumprimento de regras estabelecidas e como facilitador dos serviços médicos, respectivamente. Nesse contexto, Bernardes (2000) aponta que o enfermeiro envolve-se em demasia com atividades que visam aos interesses da instituição em que trabalha, executando ações administrativas burocráticas, em detrimento das ações administrativas voltadas à assistência de enfermagem.

As instituições de saúde são *locus* da prática cotidiana do enfermeiro, como também, o são espaços para a formação de futuros profissionais de Enfermagem, como campos de prática e estágio. Assim, depara-se também com a questão de até que ponto essas instituições de serviço de saúde favorecem a formação, na lógica dos novos modelos assistenciais e gerenciais, oportunizando o desenvolvimento de competências gerenciais ao aluno.

Na última década do século passado e no limiar do século XXI, em que os paradigmas para a saúde no Brasil estão sendo delineados em decorrência da estruturação e implementação do

SUS, novos hábitos de trabalho devem ser compatíveis com as transformações, exigindo a mudança no perfil profissional.

A natureza do trabalho em saúde e na Enfermagem reveste-se de imprevisibilidade pelas constantes mudanças situacionais, tendo que se fazer opções a todo momento, o que aumenta a demanda das operações mentais e dos conhecimentos a serem incorporados.

Fundamentado nessa realidade, o modelo de formação da força de trabalho gerencial em saúde, como refere Deluiz (2001), passa a fundamentar-se em competências profissionais, privilegiando não apenas a dimensão técnico-científica, mas também a ético-política, comunicativa, oportunizando ao trabalhador o contínuo exercício da cidadania, tornando-o sujeito participante das mudanças de seu meio social e de trabalho.

No entanto, no cenário educacional, no ensino da Enfermagem brasileira, Ciampone e Kurcgant (2004), em estudo recente, no qual buscaram identificar as bases do ensino da Administração em Enfermagem em Escolas de Enfermagem no Brasil, e caracterizar as competências gerenciais desenvolvidas durante a formação, evidenciam que as propostas pedagógicas explicitadas ainda são as tradicionais, reiterativas, sustentadas pelas Políticas Neoliberais. Desvelam que, na formação de competências gerenciais, são mais enfocados os processos cognitivos da aprendizagem do que os de domínio psicomotor, afetivo e ético-político. Priorizam, ainda, a área hospitalar mais do que a área da saúde coletiva, o que permite afirmar que na formação prevalece certa alienação, certo desvinculamento das atuais Políticas de Educação e Saúde.

Essa situação reflete a mesma encontrada por Garrafa (1993), na década de 1990, que assinala a liberação para o mercado de trabalho de enfermeiros que, em sua maioria, desconhecem ou não se interessam pelo que significa Reforma Sanitária, SUS, universalidade, equidade, integralidade, deixando claro que a formação nesse processo pode e deve ser repensada e implementada, refletindo-se em mudanças no ensino da Administração em Enfermagem que possibilitem compreender a atuação do enfermeiro no contexto em que está inserido e atender às exigências para este profissional atuar nos modelos assistenciais e gerenciais que atualmente coexistem, tanto o hegemônico, modelo curativo, como o contra hegemônico, modelo da

assistência integral, que conformam o processo de trabalho em saúde e os processos de trabalho em Enfermagem.

É evidente que permanece a necessidade de realizar essas transformações no ensino, uma vez que o movimento de consolidação do SUS apresenta como desafio a “adequação” dos trabalhadores de saúde aos seus princípios e diretrizes, estabelecendo instrumentos como a gerência de serviços para a reorganização do processo de trabalho em saúde e da gestão hospitalar (FERRAZ; RIBAS GOMES; MISHIMA, 2004).

A necessidade de profissional crítico e competente para transformar a realidade, inerente às Políticas de Saúde e de Educação, e atender às propostas curriculares atuais, depara-se com a própria prática do docente de Enfermagem, o qual foi formado em um modelo, em que muitas coisas com que hoje se deseja romper, eram a tônica de sua formação. Conforme reiteram Sordi, Magalhães e Sampaio (1996), mesmo aqueles docentes com discurso mais progressista voltado para o futuro, não conseguem superar o conservadorismo, reproduzindo práticas desvinculadas da proposta inovadora, pois a própria história da profissão confirma que o profissional de outrora não condiz com aquele que se deseja formar, arrastando o jargão “a teoria na prática não se aplica”.

As Diretrizes Curriculares para o ensino de Enfermagem, a construção do Projeto Pedagógico das IES e o ensino da Administração assumem projeção nacional, mobilizando a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) a editar em 2003 e 2004 volumes exclusivos, com produções científicas com esses enfoques (ABEn 2003; 2004).

Esses estudos têm ajudado o desvelar da realidade permitindo que se avance da posição de saber como é esta realidade para a de intervir, cada um em seu espaço de origem, em busca de uma práxis que possibilite ao aluno desenvolver competências esperadas para atuar nos paradigmas gerenciais e assistenciais, segundo as exigências do perfil profissional do século XXI, buscando a transformação social e o exercício da cidadania.

O presente estudo investiga o ensino de Administração, ou seja, a construção do saber gerencial e a conformação de competências gerenciais ao enfermeiro na formação acadêmica, para assumir e conduzir o processo de trabalho gerencial em saúde e na Enfermagem, numa

proposta transformadora, em face das demandas determinadas pelas Políticas de Saúde, Educação e Ensino da Enfermagem no cenário das práticas profissionais. Para tanto, os cenários que correspondem às instituições conveniadas, onde são desenvolvidas as práticas e o Estágio Curricular Supervisionado (ECS), constituem espaços e momentos intercessores entre os sujeitos, o aluno, o docente e o enfermeiro de serviço, que estão envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

Encontra-se estruturado em cinco capítulos. No capítulo 1, é delineada a fundamentação do objeto de estudo, onde se busca redescobrir os contextos históricos em três recortes. O primeiro trata da relação dialética das Políticas de Saúde, a partir da década de 1970, em que os movimentos sociais para a reforma na área da saúde desencadearam o processo para mudança de modelo assistencial e gerencial, repercutindo no processo de trabalho em saúde e em Enfermagem, configurando mudanças importantes no processo de trabalho gerencial do enfermeiro, para o final do século XX e para o limiar do século XXI.

O segundo suporte para a construção do objeto investigativo busca re-significar a evolução da formação e da práxis do enfermeiro, desde a Enfermagem Moderna até os novos paradigmas da Enfermagem para o terceiro milênio, na interface das mudanças curriculares no ensino da Enfermagem brasileira e da Administração, na conformação do perfil gerencial do enfermeiro.

O terceiro recorte consiste na relação dialética com a atual Política de Educação, à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Enfermagem e da Pedagogia por Competência na elaboração do Projeto Pedagógico do curso de Graduação em Enfermagem para a formação e práxis gerencial do enfermeiro, buscando caminhos para adequar o ensino ao exercício de uma práxis transformadora, esperada para o terceiro milênio, em que a cidadania é uma conquista social e política.

No capítulo 2, apresenta-se o caminho metodológico, o cenário do estudo, os sujeitos/atores sociais envolvidos na investigação, o referencial metodológico para a análise de dados.

As duas grandes categorias empíricas, a formação e a atuação, e as respectivas subcategorias que subsidiam a análise dos resultados, compõem os capítulos 3 e 4, respectivamente. E, no capítulo 5, é apresentada a análise final, reiterando a complexidade da

questão das competências gerenciais na formação do enfermeiro, desafiando os acadêmicos de enfermagem, docentes e enfermeiros de serviço a implementarem as estratégias articuladas, entre o ensino e o serviço, buscando atender às demandas pedagógicas, assistenciais e gerenciais para a formação profissional na Graduação em Enfermagem, e, em particular, no que se refere ao Ensino da Administração em Enfermagem.

1 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

1.1 Delineamento das Políticas de Saúde na interface das mudanças de modelos assistenciais e gerenciais: demarcando os caminhos para a conformação do trabalho gerencial do enfermeiro

1.1.1 Incursão histórica na construção dos modelos assistenciais

No caminho a ser percorrido na construção do objeto deste estudo, como primeira aproximação, faz-se o recorte histórico das transformações ocorridas na esfera das Políticas de Saúde e a conformação dos paradigmas assistenciais para a organização e constituição dos serviços de saúde, no período das três últimas décadas do século XX e no limiar do século XXI.

Para melhor entendimento, nessa retrospectiva, o Sistema de Saúde brasileiro transitou do Sanitarismo Campanhista para o Modelo Médico-Assistencial Privatista, até chegar nos anos 1980 e 1990, ao Projeto Neoliberal hegemônico e ao Modelo Clínico-Epidemiológico (SUS), que coexistem num contexto de contraposições.

No cenário brasileiro, na década de 1970, ocorre a consolidação do Modelo Médico-Assistencial Privatista, fundamentado na sustentação pelo Estado, como o grande financiador da saúde, por meio da Previdência Social; na oferta de serviços de atenção médica dada pelos prestadores de serviço do setor privado, os quais, na instância internacional, também oferecem suporte para oferta de equipamentos biomédicos, medicamentos e outros produtos médico-hospitalares. No enfoque estrutural, esse modelo constitui-se de quatro subsistemas, o Estatal, o qual ocupa a base da pirâmide, seguido do Privado Contratado e Conveniado, e do Privado de Atenção Médica Supletiva. E, no ápice da pirâmide, encontra-se o subsistema de Alta Tecnologia (MENDES, 1993).

Corroborando, Luz (1991) apresenta que, neste período, ao mesmo tempo em que se amplia o âmbito de ação da Previdência Social e surgem diferentes modalidades assistenciais, se instala um processo de desigualdade e discriminação entre a clientela que não pode pagar pelo atendimento em saúde e a que pode, quer entre a população urbana, quer entre a rural.

Para essa contextualização, Guedes e Nascimento (2003) e Mendes (1993) referem que, a partir da metade da década de 1970, entre 1974-1975, ocorre o fim do período de expansão econômica do governo militar, fim do “Milagre Econômico” e inicia-se a abertura política lenta e gradual. Por conseguinte, na saúde, coincide com o esgotamento do Modelo Médico-Assistencial Privatista, que apresenta fortes inadequações à realidade sanitária do país. Entre elas, está a incapacidade da prática médica flexneriana dominante, baseada na assistência individual e curativa em conseguir mudar o perfil de morbi-mortalidade da população, como também o crescimento abusivo da produção quantitativa de atos médicos, elevando os gastos pelos serviços prestados, e o financiamento desenfreado pelo setor público de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados, gerando superposições de serviços, descontrole, dando margem a fraudes, instalando-se um quadro caótico no sistema de saúde brasileiro.

Complementando, Luz (1991) discute os efeitos dessa política que fizeram emergir uma grande insatisfação popular, quer de usuários, quer de prestadores de serviços e de trabalhadores de saúde, acentuando-se ainda mais a perda da qualidade dos serviços prestados pela Previdência Social.

No contexto internacional, na segunda metade da década de 1970, surge a proposta dos cuidados primários, acordados em Alma Ata, em 1978, fundamentando uma modalidade assistencial de baixo custo para a população excluída pelo modelo vigente. No entanto, no Brasil prevalece o entendimento reducionista da Atenção Primária à Saúde, mas está aberto o espaço de discussão sobre esse novo paradigma. Surgem, assim, no campo político-ideológico, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que, por meio de publicações, debates, simpósios e outras atividades, fazem críticas ao modelo econômico

vigente e seus efeitos na saúde, denunciando a excessiva privatização da assistência médica e as más condições de vida e de saúde da população brasileira. Propõem também alternativas para a construção de uma política de saúde efetivamente democrática e assegurada pelo Estado, que se conforma no movimento da Reforma Sanitária dos anos 1980, como referem Almeida (1997) e Guedes e Nascimento (2003).

Para contextualizar a crise da saúde no Brasil, ocorre em 1980, segundo a Fundação do Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ (2000), a VII Conferência Nacional de Saúde, envolvendo os sanitaristas sem ampla participação popular. Nesse evento, é proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), o qual determina sobre a universalização dos cuidados primários de saúde, mas não chega a ser implantado, devido à resistência do setor privado ao público.

Em 1981, é constituído o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que em 1983, inicia para o setor público a implantação do Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) que se desenvolve nos anos 1985 e 1986, integrando as ações curativas e preventivas e, para o setor privado, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), como forma de pagamento de procedimentos para os hospitais privados e para os universitários.

A busca por uma concepção única para o Sistema Nacional de Saúde continua, e com ampla participação popular, acontece em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, quando ocorre a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, legitimando esse movimento. E, em 1987, é regulamentado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), buscando redefinir as competências nas três esferas governamentais, a federal, a estadual e a municipal, descentralizando as ações de saúde (FIOCRUZ, 2000).

No contexto turbulento do processo de redemocratização do país, as discussões continuam e culminam com a implantação do SUS, no texto do artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988).

Concomitantemente, no cenário mundial, ocorrem profundas mudanças, sendo denominado fenômeno da globalização que aparece em meados dos anos 1980 nas escolas de

negócios norte-americanas e na imprensa anglo-saxã, e se consolida na década de 1990, onde a expressão caracteriza a abertura das fronteiras econômicas capitalistas ao conjunto do planeta (MAGALHÃES, 1997).

O modelo político que alimenta o processo de globalização é o neoliberalismo a que Luz (2000) faz referência como um conjunto de teorias e princípios que defende a liberdade na política, no trabalho e de consciência, restringindo ao máximo as ações do Estado, preconizando a liberdade das trocas, as idéias de livre mercado e de *laissez-faire*.

No Brasil, assiste-se à ascensão do primeiro governo civil, e, com a eleição, para Presidência da República Federativa do Brasil, de Fernando Collor de Mello, a política neoliberal foi ocupando espaço, desde o início da década de 1990, consolidando-se com Fernando Henrique Cardoso, desencadeando um processo de desmonte de políticas públicas construídas, não apenas na década anterior, mas em outras, como no governo de Getúlio Vargas, com a política previdenciária dos anos 1930 (LANA; RIBAS-GOMES, 1996).

Esse modelo político se instala e avança rapidamente, podendo-se observar seus reflexos na saúde, como conferem os estudos de Luz (2000), Martins (1996) e Mendes (1993), que registram sobre as conseqüências nefastas para a qualidade de vida da população, pelo aumento da exclusão de brasileiros do mercado de trabalho, pela dificuldade de acesso a bens e serviços, pela concentração de renda à pequena parcela da população, pela estagnação dos investimentos destinados aos programas sociais, principalmente na Saúde e na Educação, pelo desmonte do setor público e pelo desvio de verbas.

Na década de 1990, encontra-se em cena um evidente processo para o impedimento do avanço da implementação do SUS. A regulamentação da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 (Brasil, 1990a) que institui o SUS firmando a vigência do modelo assistencial clínico-epidemiológico é sistematicamente adiada pelo governo, sendo aprovada após importantes vetos do presidente, parcialmente recuperados na Lei nº 8142/90 (Brasil, 1990b) a qual institui a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, abrindo espaço para a participação popular.

Acontece em 1992 a IX Conferência Nacional de Saúde, com ampla mobilização da população, sem contudo, haver espaço de interlocução, nem tampouco de negociação,

reiterando-se o proposto na conferência anterior, concluindo com a palavra de ordem para o cumprimento da lei (FONSECA et al.,1996).

Como a dinâmica social é contraditória e representada por grupos com interesses divergentes, junto ao processo da Reforma Sanitária, foi-se construindo também, com a adesão de grupos fortes de tendência privatizante, o projeto conservador da saúde que, segundo Mendes (1993), pode ser denominado de Projeto Neoliberal, o qual criou um subsistema privado forte e de baixa regulação pelo Estado, o da Atenção Médica Supletiva, que se consolidou pela perda de qualidade do subsistema público, provocando a expulsão para esse subsistema privado, de contingentes crescentes da população, provocando o universalismo excludente.

Ainda conforme a classificação adotada por Mendes (1993), no Modelo Neoliberal consolidado, desde o final dos anos 1980, identifica-se o subsistema de Alta Tecnologia que, apesar de absorver 30% dos recursos públicos do SUS, oferece cobertura a apenas 2 a 3% da população. O outro subsistema é o da Atenção Médica Supletiva, hegemônico, que abrange a medicina de grupo, os sistemas próprios, o seguro-saúde, as cooperativas médicas e os planos de saúde; no entanto, a grande maioria da população brasileira é atendida pelo subsistema Público.

Dessa forma, as políticas de saúde, mesmo tendo uma mudança consubstancial no que diz respeito ao direito universal à saúde, vem sofrendo grande tensão entre o poder público e o privado, a dimensão da intervenção do Estado com a atenção médica supletiva, tanto individual como em ações coletivas, evidenciando-se a coexistência de dois modelos assistenciais, de cunho ideológico, político e técnico distintos: o Projeto Neoliberal e o Projeto da Reforma Sanitária.

Atualmente, no interior do sistema de saúde, persiste a disputa entre as duas grandes vertentes em oposição, tentando mutuamente se anular. Por um lado, o movimento social da Reforma Sanitária que mantém os princípios fundamentados do SUS que sustenta o atendimento integral à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Em contraposição, encontra-se o resistente e tradicional segmento do sistema de saúde fundamentado na

medicina científica, o qual preconiza manter a oferta de serviços de saúde enquanto consumo ancorado no processo capitalista de produção. O acesso ao serviço de saúde é diferenciado por classes sociais, centralizado nos grandes centros urbanos, fomentado pela cultura da hospitalização e sustentado pela fragmentação vertical do processo de trabalho, hegemônico no mundo e no Brasil (ANTUNES, 1996).

A autora ainda refere que as propostas para a gestão de saúde em nível local, apesar do discurso da integralidade da atenção, organizam-se em torno da consulta médica, como ocorre nas cooperativas e nos programas de atendimento domiciliar, sem garantir a atenção secundária e terciária ou a intersetorialidade com as instâncias de bem-estar social ou ambiental, configurando-se em políticas de manutenção de exclusão social aos menos favorecidos da população.

Nos princípios do Modelo Neoliberal Privatista, segundo Campos, Merhy e Nunes (1989), o usuário, seja individual ou coletivo, torna-se mero objeto rotulado por problemas de saúde, que são identificados e tratados por saberes hegemônicos, centrados na figura médica, de maneira impessoal, objetiva e alienante.

Conforme referencia Finkelmann (1999), os países latino-americanos têm procurado reagir, apresentando avanços substanciais em relação à democratização política, buscando no século XXI por uma democracia mais participativa em que os princípios de justiça social e de maior equidade irão substituindo modelos de desenvolvimento que priorizam as forças de mercado, agravando as desigualdades sociais.

Acrescenta o autor que o modelo de saúde, em processo de transformação, passa a ser concebido como resultado de estilos de vida que promovem o bem-estar, assim como o resultado do controle que se pode exercer de forma multisetorial sobre diferentes fatores de risco. Para tanto, profundas transformações são necessárias na organização e no funcionamento, não apenas do sistema de saúde, mas dos serviços que integram o sistema educacional gerador da força de trabalho em saúde.

Para Merhy, Cecílio e Nogueira (1992), repensar um novo modelo de atenção, a partir de uma nova maneira de se relacionar com o sofrimento e com a vida, tanto na dimensão

individual quanto coletiva, implica modificar o modo de gerir os serviços e de se trabalhar em saúde e não apenas em recursos para o sistema de saúde.

O usuário, qualquer que seja ele, individual ou coletivo, público ou privado, tem como expectativa que o profissional de saúde seja capaz de gerar acolhimento e possa responder resolutivamente ao seu problema (MERHY, 1997b).

No entanto, complementa o autor, o que ocorre é a dependência dos trabalhadores às atividades meio, aos exames complementares, aos equipamentos, aos medicamentos, aos atos e prescrições médicas, aos programas, ao que chama de tecnologias dura e leve-dura. Por conseguinte, a relação trabalhador-usuário acaba sendo geradora de não-acolhimento, de não-vínculo, de não-responsabilidade, de não-autonomia. Burocratiza-se e despreza-se o outro como sujeito, visando apenas a um êxito técnico, em atendimento ao modelo médico hegemônico.

Para tanto, Merhy (1998 e 2000) propõe uma retomada do foco de atenção à saúde de profissional-centrada ou procedimento-centrada para usuário-centrada e atribui ao desenvolvimento dos relacionamentos, a que chama de tecnologias leves, um meio de restabelecer diálogos, acolher as pessoas em suas necessidades, resolver os problemas, estabelecer vínculos e responsabilidades e estimular a autonomia dos usuários, abrindo espaço para a construção de intersubjetividades que intermedeiam as relações, a qual Ayres (2000) chama de “sabedoria prática”.

Acrescenta Franco e Merhy (2005) que o desafio aos que trabalham em saúde em desconstruir o modelo centrado no cuidado-procedimento, socialmente produzido, para outro baseado na idéia de cuidado-usuário-centrado, envolve um trabalho conjunto entre os usuários e trabalhadores, como sujeitos do processo de construção de um novo modelo técnico-assistencial em saúde.

Essa transição tecnológica, conforme Franco (2003), significa mudar o padrão de produção do cuidado, que altera não apenas o modo de organizar o processo produtivo, mas inverte a composição técnica do trabalho, que configura em valorizar a hegemonia do trabalho

vivo em que o protagonista é o usuário sobre o modelo médico hegemônico, constituído num processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado.

Concomitantemente a esse processo de transição do sistema de saúde, tem-se oportunizado para a Enfermagem, como referem Paiva et al. (1998), a re-definição do papel político-administrativo desempenhado pelo enfermeiro no âmbito do sistema, favorecendo sua re-valorização social, permitindo o aparecimento de um novo profissional, com maior autonomia, maior poder técnico, administrativo e político, na gestão de serviços municipais de saúde. Para tanto, a Enfermagem deve apropriar-se de tecnologias que possam ser direcionadas no sentido de reduzir as desigualdades e buscar maior qualificação para atuar sobre padrões epidemiológicos mais complexos e sobre padrões sócio-culturais da população brasileira.

Nas últimas décadas do século XX, a concepção de processo de trabalho em contraposição à concepção tradicional, cuja premissa principal é a vocação, vem se incorporando às discussões referentes à posição que a Enfermagem brasileira ocupa no cenário da Saúde e da Educação. Essa forma de olhar a profissão vem permitindo uma análise mais realista da mesma, maior adesão às lutas gerais dos trabalhadores no mundo do trabalho e da saúde, maior participação na formulação das políticas públicas, ocupação de postos que permitem participar das tomadas de decisões na Saúde e na Enfermagem e conquista de melhores condições de trabalho e de salários, entre outras. Essa posição adotada vem conferindo à Enfermagem, enquanto prática social, maior visibilidade, reconhecimento e valorização do saber-fazer na sociedade (VALE; PAIVA; CARVALHO; LOPES, 1999).

No entanto, é possível ainda afirmar, conforme Almeida (1997), que no cotidiano do ensinar, pesquisar, cuidar, na teoria e na prática dos enfermeiros, como também dos demais profissionais da saúde, a contextualização com as Políticas de Saúde nem sempre é efetiva, quer pela ausência, quer pela pouca consciência crítica dos profissionais e para a qual aponta a resistente formação técnico-científica voltada ao modelo biomédico, curativo, individual, centrado na doença, e à alienação que valoriza o trabalho médico e desvincula da idéia geral de trabalho coletivo.

A autora confirma que o estudo das Políticas Públicas Sociais e de Saúde e a compreensão da conformação e dinamicidade das mesmas são imprescindíveis para entender as contradições da prática de Enfermagem e para propor superação de limites, uma vez que constitui parte do processo que, cotidianamente, estabelece relações internas e externas de grande dinamicidade com o todo social.

Complementam Faustino, Moraes, Oliveira e Egry (2003) que, num cenário de mudanças sociais e econômicas que vem gerando uma nova ordem social em um mundo globalizado, a Enfermagem, como uma profissão inserida no contexto social e de saúde, precisa reorganizar-se, a fim de acompanhar as rápidas transformações decorrentes das constantes alterações no quadro político-social e econômico do Brasil. No entanto, não há como almejar a transformação sem mudanças efetivas, sendo necessário avançar, não apenas no preparo de um novo profissional, mas acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender a criar, a propor, a construir.

Nesta investigação, na incursão histórico-social da construção dos modelos assistenciais em saúde para o limiar do século XXI, depara-se com a coexistência de dois modelos assistenciais que causam impacto na organização do processo de trabalho em saúde e em Enfermagem, gerando o confronto entre o público e o privado, entre a assistência integral, individual e coletiva preconizada pelo Modelo Clínico-Epidemiológico do SUS e a assistência centrada na doença sustentada pelo Modelo Neoliberal Hegemônico.

No cenário da saúde brasileira, as contraposições ainda se estendem da cobertura universal à população ao atendimento diferenciado por classes sociais; da cultura de prevenção e promoção à saúde à da curativa, centrada na hospitalização, onde coexistem como foco de atenção à saúde, o de profissional-centrado, procedimento-centrado, com o domínio hegemônico do saber médico; e o de usuário-centrado, que busca maior resolutividade, autonomia, vínculo e acolhimento aos usuários, constituindo um desafio para a formação e a práxis dos novos profissionais de saúde, mobilizados para a transformação social e para o desenvolvimento da cidadania.

Decodificando o contexto apresentado, permite-se construir o primeiro pressuposto deste estudo, ou seja, para o desenvolvimento de competências e habilidades no profissional em formação, evidencia-se o compromisso dos docentes em re-orientar o Projeto Pedagógico, em construir e/ou implementar estratégias para o aluno aprender a aprender no cotidiano, ou seja, aproveitar as oportunidades que surgem no dia-a-dia, nos campos de prática e estágio, e, como atores sociais, atenderem às demandas da realidade, buscando a superação de limitações, face aos paradigmas coexistentes, num exercício para alcançar a práxis transformadora.

1.1.2 Aproximação entre a organização do trabalho em saúde e em Enfermagem: conformando o processo de trabalho gerencial do enfermeiro

O contexto histórico das Políticas Públicas, especificamente da Saúde, na sociedade brasileira, vem exigindo transformações na organização do trabalho em Enfermagem e, por conseguinte, na prática gerencial do enfermeiro. Para esse entendimento, apresenta-se um recorte do trabalho em saúde e em Enfermagem, uma vez que mostra especificidades na articulação com os modelos assistenciais vigentes e com a gerência como processo de trabalho.

Na concepção capitalista, o processo de produção em saúde tem como característica fundamental a geração de lucro social, que corresponde à geração da mais valia, e à determinação de processos de trabalho como uma atividade em que o trabalhador, orientado por uma finalidade, transforma um determinado objeto de trabalho em um produto final, utilizando meios e instrumentos, sob uma determinada organização e divisão do trabalho (MARX, 1994).

Como apresenta Mishima (1995), a saúde, entendida enquanto estado complexo de construção individual e social, é inerente à vida, à morte e à doença e, portanto, não é um bem passível simplesmente de troca no mercado, mas se constitui fruto das relações que se estabelecem entre os homens em sociedade.

No trabalho em saúde, conforme Mendes Gonçalves (1992), tanto os objetos como os instrumentos constituem-se num processo histórico-social que permite compreender as atividades realizadas pelos profissionais de saúde e de Enfermagem, além do técnico-científico, e alcançar a intervenção no processo saúde-doença acompanhando a dinâmica social e a organização dos serviços.

Complementando sobre o trabalho em Enfermagem, Felli e Peduzzi (2005) e Queiroz e Salum (1994) referem que este integra a prestação de serviços à saúde, como parte do setor terciário da economia brasileira, e diferenciam-se dos trabalhos afins, pela produção de serviços que são consumidos no ato de sua produção, isto é, na medida em que lidam com o objeto humano, como usuário/cliente, seja individualmente, em grupos sociais ou na coletividade, cuja demanda aos serviços relaciona-se com as necessidades ou problemas de saúde.

A organização e a divisão do trabalho em saúde ocorrem primeiramente entre o médico e os outros profissionais de saúde, e, dentro da Enfermagem, entre o enfermeiro, os técnicos e os auxiliares. O saber gerencial está centrado na atuação do enfermeiro e se destina a manter as condições para a assistência direta assumida pelos técnicos e auxiliares, estabelecendo formalmente a divisão social e técnica do trabalho em Enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1997; CASTELLANOS et al., 1989; PEDUZZI; ANSELMINI, 2002; SILVA, 1996).

Estudando sobre a gênese do trabalho gerencial em Enfermagem, Ribas Gomes et al. (1997) apresentam que a Enfermagem moderna no paradigma Nightingaleano surge exercendo o gerenciamento, configurando-se tanto na organização do ambiente quanto no treinamento dos agentes de Enfermagem. No que se refere à organização e à execução do cuidado, o faz envolvendo duas categorias distintas, as *lady nurses*, responsáveis pelas atividades de supervisão e ensino, e, as *nurses*, que assumem a execução dos cuidados propriamente ditos. Configura-se, assim, na Enfermagem, a gênese da divisão técnica e social do trabalho, à medida que ocorre a separação entre a concepção (saber administrativo) e a execução das atividades do cuidado (execução das técnicas).

A Enfermagem, no contexto atual, inserida na produção de serviços de saúde no Brasil, desenvolve seu processo de trabalho pela atuação profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que representam mais de 50% do total dos trabalhadores da área da saúde, chegando a um milhão e, ainda constitui uma força de trabalho predominantemente feminina, pois, destes trabalhadores, 86,93% são mulheres (ABEn, 2005a).

Esse conjunto de trabalhadores, conforme a mesma fonte, atua em todos os níveis de atenção, a básica, a secundária e a terciária, da baixa à alta complexidade; na Vigilância Sanitária; na Gestão e no controle social. Além disso, os enfermeiros também atuam no ensino, na produção de conhecimentos, saberes e práticas, na pesquisa, na consultoria, na auditoria, entre outros.

O trabalho no campo da saúde e da Enfermagem, conforme análise de Ciampone e Peduzzi (2000) e Peduzzi (2001), mesmo quando realizado individualmente por um profissional, é também coletivo, na medida em que ocorre um intenso processo de divisão do trabalho, em que a assistência é executada de forma fragmentada, justapondo-se as ações independentes e isoladas de diferentes profissionais com saberes especializados, acarretando o problema de desintegração presente nas ações de saúde. Em contraposição, ganha ênfase a forma articulada de trabalho, configurada no trabalho em equipe, o qual favorece a oferta de assistência integral de Enfermagem e de atenção integral à saúde.

Acrescenta Merhy (1997a e 1998) que, no cotidiano do trabalho e na gestão coletiva dos serviços de saúde, é possível identificar e buscar maior resolutividade aos problemas dos usuários, devendo o profissional de saúde ampliar sua relação com o conjunto de saberes e com os outros profissionais, abrindo espaço ao trabalho participativo.

O trabalho em equipe no setor saúde, na perspectiva de Campos (2000a), constitui estratégia para proporcionar um atendimento mais integral aos usuários e superar a fragmentação e desresponsabilização que decorre das especializações dos profissionais de saúde.

Como afirmam Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), a heterogeneidade de práticas é essencial para a eficácia das equipes de saúde, na medida em que existam pontos de interseção

e que suas interfaces sejam valorizadas. Reiteram que os saberes dos diferentes profissionais devem ser “orquestrados”, ou seja, devem estar articulados com as necessidades dos usuários, que determinam quais profissionais vão atuar e quais serão a amplitude, a seqüência e a intensidade de suas participações, como também, devem estar fundamentadas no tripé acolhimento, vínculo e escuta.

Retomando o olhar para o processo de trabalho em Enfermagem, de acordo com Silva (1996), este pode ser subdividido em sub-processos denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. Cada um pode ser decodificado como um processo à parte, com elementos próprios, quer objeto, meios/instrumentos e atividades, e reitera, conforme outros autores, que ao enfermeiro são conferidas as ações de gerenciamento, quer do cuidado, quer da unidade.

A gerência em saúde, para Mishima et al. (1997), é uma atividade-meio, cuja ação central está na articulação e na integração que possibilita a transformação do processo de trabalho mediante as determinações presentes no cotidiano das organizações. Configura-se como ferramenta do processo cuidar, sendo apreendida como um processo de trabalho específico, e pode ser decomposta em seus elementos constituintes.

Assim, nessa análise, o processo de trabalho gerencial do enfermeiro, diante da **finalidade** de organizar a assistência, para favorecer o processo de cuidar, individual e coletivo, de acordo com Castellanos et al. (1989), Silva (1996, apud FELLI; PEDUZZI, 2005), tem como **objeto de trabalho** na gerência, prioritariamente, os trabalhadores de enfermagem e a organização do trabalho, cujo **produto final** é alcançar as condições adequadas de assistência e de trabalho. Para a operacionalização da gerência como processo de trabalho de Enfermagem, são utilizados como **meios e instrumentos**, o planejamento, o dimensionamento de pessoal, o recrutamento, a seleção, a Educação Continuada e/ou Permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho. E, ainda, os outros agentes de trabalho, os materiais, os equipamentos, as instalações, além de diferentes saberes administrativos, com seus modelos e métodos.

As **atividades** desenvolvidas próprias do trabalho gerencial são organizadas de maneira que contemplam a rotinização, a normatização, a hierarquização, a centralização do poder, da autoridade e do controle, e a **divisão do trabalho** ocorre envolvendo as categorias de trabalhadores, os enfermeiros, os técnicos e os auxiliares de enfermagem, distribuídos por turnos e por atividades.

Ao referir-se ao processo de trabalho gerencial desenvolvido pelos enfermeiros em instituições complexas, Nimtz (1999) aponta para as mudanças profundas nas organizações de saúde que trazem à tona novos conceitos de gestão na saúde que fazem frente aos modelos já existentes, que questionam sobre o comportamento da equipe no desenvolvimento do trabalho, os fatores que interferem nesse comportamento e nos resultados desse trabalho.

Ancorado no entendimento de que os modelos assistenciais e gerenciais devem atender e sustentar as demandas emergentes, apresenta-se um recorte da evolução da gerência.

A aproximação com os dois grandes modelos que caracterizam o processo de trabalho gerencial em Enfermagem é fundamental para o entendimento de como as organizações de saúde estão se modificando, colocando em questionamento novos modelos de gestão que, conforme apresentam Felli e Peduzzi (2005), tratam-se dos modelos racional e do histórico-social.

No século XX, as teorias administrativas, conforme Médici e Silva (1993), passam por grandes transformações, podendo ser classificadas em três momentos: o taylorismo, o fordismo e a administração flexível.

O taylorismo tem sua origem no final do século XIX e início do século XX, com o movimento da industrialização. Caracteriza-se basicamente pela divisão do trabalho, disciplina, racionalização das tarefas, especialização e padronização da produção, da tecnologia e do processo de trabalho, como evidenciam os estudos de Dias (2002), Liberalino (1996), Park (1999) e Silva (1996).

Nesse contexto, para Bergamini (1998), o gerente assume um papel de controle e manutenção da ordem no ambiente de trabalho, buscando modificar a conduta dos seus subordinados, na tentativa de fazê-los adotar comportamentos pré-determinados pela

orientação filosófica da organização. Os indivíduos têm como principal tarefa o cumprimento de ordens superiores, ficando vetada a utilização do processo criativo nos meios de produção.

No período pós primeira guerra mundial, decorrentes das mudanças sociais, determinadas pelo processo de industrialização, passa a se privilegiar as questões relativas à cidadania, tornando o taylorismo passível de questionamentos, no que se refere aos estilos de produção e de gerência. Inicia-se o período do fordismo, originado da filosofia de gestão de Henry Ford, que introduz inovações administrativas, como a elevação dos padrões salariais, maior preocupação com o trabalhador e uma força de gestão mais participativa, mas não acontece uma transformação efetiva no modelo de produção. O fordismo se estende dos anos 1940 até o início dos anos 1970, sendo considerados, conforme Médici e Silva (1993, p.29), “os anos dourados da economia mundial”.

Os fundamentos do taylorismo e do fordismo, de acordo com Felli e Peduzzi (2005), conformam o modelo racional de gestão, cujo foco é a organização, a produção em massa, fundamentado nos princípios do controle de tempos e movimentos, na produção em série, no trabalho parcelado e fragmentado por funções, na cisão entre a concepção e a execução, enfatizando abordagens prescritivas e normativas, unidades de trabalho verticalizadas determinadas pela hierarquia de poder, resultando no trabalho coletivo alienado. Esse modelo mecanicista, corporativista de gestão, atende satisfatoriamente às necessidades de décadas estáveis, passíveis de certo grau de previsibilidade.

Corroborando, Moggi e Burkhard (1996) e Felli (2002) referem que o modelo racional não consegue atender adequadamente às exigências impostas por um mercado extremamente competitivo e susceptível às intensas mudanças decorrentes do aumento da complexidade das sociedades e das organizações, uma vez que os acontecimentos e as idéias se modificam em ritmo acelerado e a imprevisibilidade passa a estar presente no cotidiano do trabalho.

A partir dos meados dos anos 1970, em decorrência da “crise econômica mundial”, que no Brasil se caracteriza pelo fim do período do milagre econômico do governo militar, surge a necessidade de inovação dos estilos gerenciais, originando as discussões para a abertura e flexibilidade nas organizações, que conforme Médici e Silva (1993), compreende conferir ao

processo de gestão maior sensibilidade e capacidade de resolutividade para atender e sobreviver às alterações no ambiente externo.

A gerência flexível, para Motta (1998), concebe a uma vertente racional uma outra intuitiva, a qual dá abertura à imprevisibilidade, à interação, à dimensão do ilógico, do emocional, do espontâneo e do irracional, conferindo a capacidade para pensar, julgar, decidir e agir no processo de trabalho.

No gerenciamento flexível, o foco da produção é a demanda, estando voltado para suprir o consumo e o melhor aproveitamento possível do tempo de produção. Nesse processo, o trabalhador é polivalente, o trabalho é realizado em equipe, na qual a horizontalização é privilegiada, liberando do formalismo dos níveis hierárquicos, e há a flexibilização da organização do trabalho, que implica formas menos rígidas para atender à imprevisibilidade gerada pelas rápidas mudanças na ordem social provocadas pela globalização e a Política Neoliberal (BAYMA, 1997; FELLI; PEDUZZI, 2005).

O outro modelo de gerenciamento é o histórico-social, que para Felli e Peduzzi (2005, p.8) “é apreendido a partir da perspectiva das práticas de saúde estruturadas pela história e articuladas pela sociedade, buscando atender às contradições e conflitos existentes no cotidiano dos serviços”. As autoras, para esse modelo de gerência, acrescentam à organização e ao controle do processo de trabalho a democratização dos serviços de saúde, cujo foco de atenção é o usuário, conferindo-lhe maior envolvimento no processo de cuidar, atribuindo-lhe maior autonomia. Como confere Campos (1994), a gerência é, ao mesmo tempo, um importante instrumento na efetivação de políticas para a organização e produção de serviços de saúde, como também, é definida e subordinada à política predominante em um determinado período.

No entanto, analisando a atividade administrativa desenvolvida nos hospitais, Bernardes (2000), Kurcgant (1991), Nimtz (1999), Ribas Gomes (1991) e Silva (1996) mostram que, pela incorporação das formas organizacionais burocráticas e funcionalistas, o Serviço de Enfermagem, na estrutura e dinâmica de trabalho, segue o mesmo modelo, valorizando as normas e as regras, levando o enfermeiro a uma prática administrativa de reiteração, com

pouca reflexão crítica sobre a realidade, que enfatiza o como fazer, sem refletir sobre o quê e o porquê do fazer.

Na determinação de novos rumos para a gestão em saúde, Cecílio (1997) defende a organização do sistema de saúde como um círculo em substituição à pirâmide, com múltiplas “portas de entrada”, localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta “base”, buscando novos circuitos de integração entre os serviços. Assim, a referência passam a ser as pessoas e suas necessidades e, não, qualquer tipo de modelo assistencial que se supõe ser o melhor. A lógica da horizontalização dos serviços de saúde insere a idéia de que todo e qualquer serviço é espaço de alta densidade tecnológica, colocada a serviço da vida dos cidadãos, e pode ser uma estratégia para se romper a dura hegemonia do modelo biomédico, hospitalocêntrico.

A mudança de atitudes e a aceitação de um novo modelo para a saúde é um processo lento. Nessa discussão, Campos (2000b) apresenta o método de co-gestão de coletivos, e Cecílio (2005) examina a possibilidade de tornar os conflitos presentes no cotidiano das organizações de saúde como objeto de gestão. Para tanto, apresenta a adoção de uma “matriz de análise” para a prática gerencial, como possibilidade de os atores sociais envolvidos melhorarem a compreensão das situações conflituosas, abrindo novas configurações nas relações de trabalho.

Para Franco e Merhy (2005), os métodos de intervenção em coletivos para a organização dos serviços de saúde devem buscar conduzir os grupos de trabalhadores a processos auto-analíticos, em que, ao mesmo tempo em que constroem um novo processo de trabalho em saúde, re-interpretam as relações com o mundo do trabalho e a produção do cuidado, envolvido com a defesa da vida.

Em face das transformações ocorridas na sociedade que acarretam profundas mudanças nas estruturas organizacionais e nos paradigmas gerenciais, o conceito de gerência também se modifica ao longo do tempo e encontram-se diferentes formas de utilização dos termos gerência e administração.

A palavra administração, refere Chiavenato (1994, p.3), é de origem latina e significa “a função que se desenvolve sob o comando do outro, um serviço que se presta ao outro”. Complementando, Brito (1998, p.23) apresenta que “a administração tem como tarefa a interpretação dos objetivos propostos pela organização transformando-os em ação empresarial por meio do planejamento, organização, direção e controle dos esforços em todos os níveis a fim de atingir os objetivos propostos”.

Conforme as transformações de contexto histórico-social, a palavra administração vem sendo substituída por gerência e por gestão. Para alguns autores, como Junqueira (1992), esses termos são empregados como sinônimos, significando qualquer posição de direção ou chefia.

Reitera Motta (1998) que, no Brasil, as palavras administração, gerência e gestão têm o mesmo significado, tanto em relação ao rigor vernacular, quanto no sentido conceitual, além do que, a substituição de uma palavra por outra se deve apenas ao desgaste ocorrido na sua utilização.

Quanto à gerência, Drucker (1994, p.23) afirma que, anteriormente, a mesma se traduzia em posição e poder, sendo o gerente “o responsável pelo trabalho de subordinados”. A partir da década de 1950, ocorreu uma modificação no conceito de gerente, passando o mesmo a ser considerado como “o responsável pelo desempenho de pessoas”. O autor considera que a definição mais adequada e atual de gerente esteja vinculada a sua “responsabilidade pela aplicação e desempenho do conhecimento”.

Na concepção de gerência, Campos, Merhy e Nunes (1989, p.11) referem um “instrumento importante para a efetivação de políticas, sendo, ao mesmo tempo, condicionante do e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços”. Complementam os autores que o processo de gestão é tanto produto de um determinado contexto como criador do mesmo, o que torna a gerência susceptível à influência dos diferentes sujeitos sociais com diversos interesses nas Políticas de Saúde.

Reitera Mishima (1995) que a ação gerencial possui caráter articulador e integrativo, determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de Políticas Sociais, em específico da Saúde.

À luz de Almeida et al. (1994), o processo de trabalho gerencial desenvolve-se em quatro dimensões articuladas e integradas, a técnica, a ético-política, a comunicativa e a de desenvolvimento da cidadania.

À dimensão técnica, estão relacionados os aspectos gerais e instrumentais do trabalho administrativo, como o planejamento, a coordenação, a supervisão, o controle e a avaliação, no que diz respeito ao manejo de recursos humanos, materiais e físicos (equipamentos, instalações), adequados à finalidade que direciona o processo de trabalho (ALMEIDA et al., 1994).

Na construção de um modelo de saúde em defesa da vida, é fundamental que os profissionais, não só tenham competência técnica e científica inerentes à profissão, mas alcancem a dimensão política da gerência, que, para Almeida et al. (1994) e Barros (1994), diz respeito à articulação do momento mais interno do processo de trabalho na organização do serviço de saúde com as determinações externas deste, que dizem respeito às Políticas Sociais e de Saúde, em específico, e às contradições e conflitos, presentes na sociedade para sua efetivação, constituindo instrumento de transformação social.

Acrescenta Fávero (1996) que o compromisso social da gerência é adequar o planejamento e o controle em conformidade com a realidade dos serviços, dos recursos disponíveis e das necessidades da clientela.

Ao ir além da administração dos recursos organizacionais, Kliksberg (1988) afirma que a gerência atual tem como principal papel traçar políticas e administrá-las; aponta para o enfoque estratégico, a visão global, a perspectiva em longo prazo, a abertura à imprevisibilidade e ao preparo para seu enfrentamento.

É fundamental no processo de formação para exercer a gerência a incorporação de saberes oriundos de outras áreas de conhecimento, tais como da Sociologia, Antropologia, Epidemiologia, Psicologia Social, recriando-se conceitos e instrumentos para o trabalho, buscando a flexibilidade e criatividade para o enfrentamento das polarizações no trabalho em saúde como a vida e a morte, o individual e o coletivo, a atenção preventiva e a curativa, o

trabalho fragmentado e em equipe, como acrescentam Almeida, Silva, Mishima e Villa (1996).

Ao exercício da gerência pelo profissional, segundo Garrafa (1995), é fundamental acrescentar a ética, e aponta para a transcendência da ética privada à ética social, o que se configura na ética da solidariedade, em que o outro não é competidor, mas parceiro, onde há a premissa de compartilhar, na busca pela diminuição das desigualdades. Reiterando acerca do compromisso ético, Garrafa (1993) refere a consolidação dos direitos da cidadania, o que caracteriza a dimensão do desenvolvimento da cidadania.

No domínio dessa dimensão, implica tomar a gerência como uma atividade que contém uma e está contida numa perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais, quer sejam eles os agentes presentes no processo de trabalho, quer sejam os clientes que se utilizam dos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 1994).

Às dimensões da gerência, é fundamental integrar a dimensão comunicativa, que para Mishima (1995), diz respeito ao caráter de negociação utilizada nas relações interpessoais, no trabalho em equipe e no serviço com a comunidade. Aponta-se para o campo de conhecimentos que fortalece a inteligência emocional do profissional, preparando-o para a gerência de conflitos no cotidiano de trabalho.

Relacionando a prática da Enfermagem com as mudanças emergentes, desde a década de 1980, Silva (1989) lembra que a Enfermagem brasileira, atenta às transformações sociais, vem discutindo a necessidade de capacitar recursos humanos, adequando-os ao momento sócio-político-econômico e cultural, tendendo a acompanhar a necessidade de revisão e adaptação das profissões e suas práticas dentro da sociedade. Isso, na contextualização histórico e social, das Políticas da Saúde, Educação e o Ensino da Enfermagem, vêm permeados por contradições entre a realidade e a retórica, ou seja, entre o que se faz na prática com o que se ensina na academia, arrastando até os dias de hoje essa busca pela transformação, em que a formação venha a atender a práxis e vice-versa, desenvolvendo o processo de trabalho em saúde e em Enfermagem e a formação profissional do enfermeiro, em parceria ensino e

serviço, com a interação, participação, responsabilização e troca entre os sujeitos, e as instituições.

Conforme Leite (1994), a importância do conhecimento administrativo, com ênfase na função gerencial ao enfermeiro, tem se evidenciado nesse processo histórico. Como também, segundo Heloani (1996), ressalta-se o exercício da liderança com bases participativas a ser desenvolvida pelo enfermeiro na gerência, como preconizam os novos modelos de gestão.

Concordando com Lunardi Filho e Lunardi (1996), o enfermeiro, uma vez investido da função administrativa, detém certa autoridade que lhe assegura exercício de poder e possibilidade de coordenar ações que garantam a adoção e a manutenção de uma filosofia do cuidado, principalmente, porque o uso do espaço gerencial, de forma competente e estrategicamente planejada, constituirá importante alternativa, na conquista da autonomia, da liderança e do exercício da criatividade.

Em estudos mais atuais, como o de Simões (2001), a liderança moderna fortalece o grupo de trabalho, valoriza as competências individuais, diluindo o poder entre os elementos da equipe, diferentemente da ênfase dos estudos iniciais que centravam a liderança e o poder em uma única pessoa. Para tanto, o líder voltado para o futuro deve ser mais flexível, dinâmico, disposto a assumir riscos, a buscar o fortalecimento do coletivo, o trabalho em equipe, o bem comum, em contraposição ao perfil controlador, ditador de regras, normas e procedimentos, do modelo gerencial da administração científica.

Os trabalhadores são atores sociais e não apenas agentes operacionais, como corrobora Ciampone (1998), enfatizando a importância da participação ativa do trabalhador em todo processo nos novos paradigmas de gestão, pautados no agir-comunicativo, no planejamento estratégico-situacional, na abordagem contingencial dos serviços de saúde. Caracteriza-se, então, a flexibilização e as políticas participativas ocupando gradativamente o espaço das práticas fundamentadas no regime de trabalho gerencial autoritário, hierarquizado.

Apropriando-se dos dizeres de Nimtz (2003), no que se refere ao processo de trabalho gerencial do enfermeiro, muitas vezes, ainda se denota um olhar pejorativo, burocrático. No entanto, nos novos modelos de gerenciar, o que se espera do enfermeiro e demais profissionais

é deixar fluir a criatividade e estar receptivo a inovação; é buscar a qualidade do cuidado, possibilitando ampliar a visão de mundo e favorecendo decisões estratégicas. É perceber nos conflitos, alternativas de soluções criativas; apreender as vivências para aprender com elas; refletir sobre os imperativos éticos que envolvem as relações entre os indivíduos, ampliando o espectro da compreensão sobre o ser humano, usufruindo da multi e transdisciplinaridade. Espera-se, ainda, conforme a autora, que saibam compreender o silêncio, a alteridade, a palavra e a linguagem/gestualidade, a afetividade, o prazer e o sofrimento, o inconsciente e as relações interculturais, dentre outras dimensões consideradas esquecidas na formação do enfermeiro com perfil para a gerência, e que são fundamentais para a conformação de competências para a atuação profissional centrada nos sujeitos e na organização dos serviços de saúde voltada para a integralidade da assistência.

Considerando que o enfermeiro se envolve mais e profundamente com a função administrativa, defendem Ferraz (1997) e Silva (2000) que, em direção à realização de um trabalho gerencial mais competente e, sobretudo transformador, cabe aos enfermeiros aprofundarem o conhecimento em Administração em todos os níveis, configurando a gerência em instrumento de trabalho.

Diante da coexistência de novos e antigos paradigmas de gestão, é imprescindível problematizar a questão da competência gerencial do enfermeiro, bem como re-significar o ensino de Administração em Enfermagem, assumindo o desafio da formação num mundo globalizado, porém, de forma ética, política e humana.

Considera-se que, para o século XXI, a Enfermagem seja colocada como uma das práticas do trabalho em saúde, reorientado pelo modelo clínico epidemiológico e construído sobre o modelo do trabalho coletivo em saúde, em que o foco é a resolução dos problemas de saúde da população e não o espaço institucional dos profissionais, desaparecendo o corporativismo nas práticas de saúde (COSTA, 1991).

O desafio de transformação da formação e da práxis, em conformidade com Ribas Gomes (1999), evidencia que não se pode desconsiderar o fato de que a forma de gestão é um aspecto preponderante que regula a atividade produtiva no trabalho. Acrescenta que, na área

da saúde, tanto a discussão teórica quanto as técnicas de gestão aplicadas nos serviços encontram-se pouco desenvolvidas e quase nada tem se incorporado em relação às experiências alcançadas em outras áreas do conhecimento e em outros setores da produção de bens e serviços. Aponta ainda que o conhecimento específico de Administração não é fácil de ser estudado, devido à complexidade e à diversidade de componentes e variáveis prático-teóricas de difícil análise, interpretação e compreensão.

Conforme considera Mishima (1995), a gerência, enquanto um processo aberto, é repleto de possibilidades, não no sentido da idealização, mas na tentativa de criação coletiva, uma vez que os avanços dentro do processo de trabalho em saúde estão alicerçados no trabalho em equipe e centrados na ação multi e interdisciplinar. Essa maneira de se entender a gerência tem sido partilhada por outros autores e profissionais de saúde, conforme corroboram Almeida et al. (1994), o que possibilita ampliar as alternativas de trabalho em saúde, evidenciando-se sua ação no fortalecimento do SUS, num movimento constante de criação e recriação, uma vez que não se tem modelos prontos para sua operacionalização.

O Ministério da Saúde (MS), pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em ação articulada com o MEC, vem implementando a Política de Educação para o SUS, aproximando as instituições formadoras ao sistema de saúde. O projeto ministerial denominado AprenderSUS propõe a formação de profissionais na área da saúde para uma práxis transformadora, voltada para o cotidiano de relações na atenção integral, priorizando a dimensão cuidadora, e para a gestão de serviços e sistema, na estruturação do cuidado à saúde, organizando o processo de trabalho em saúde para usuário-centrado (BRASIL, 2004).

No caminhar histórico, em continuidade à experiência de aproximação entre a academia e os serviços de saúde, os Ministérios da Saúde e o da Educação, em ação articulada, assinam a Portaria Interministerial nº 2101, em 03 de novembro de 2005, que cria o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde (BRASIL, 2005).

O Pró-Saúde tem como objetivo mudar o paradigma da formação do profissional de saúde, reorientar o processo ensino-aprendizagem de maneira a integrar a escola ao serviço

público de saúde, para responder às necessidades da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção de conhecimentos, na prestação de serviços, direcionando para a construção do fortalecimento do modelo da integralidade da Atenção à Saúde, preconizado pelo SUS. Nessa parceria, as IES responsáveis pela formação dos profissionais de saúde, deverão ser os protagonistas, ser os sujeitos dessa ação, e não mais um participante entre muitos outros (BRASIL, 2005).

Assim, a adoção da integralidade na saúde, como eixo da mudança na formação de graduação, convoca as Instituições de Ensino Superior (IES) da área da saúde a analisarem as práticas de ensino para maior compromisso com as diretrizes constitucionais do SUS, maior articulação da área de ensino em saúde com o SUS, buscando sistematizar práticas inovadoras para o processo de mudança na formação e práxis em saúde, influenciando diretamente os Projetos Político-Pedagógicos (PPP).

No 9º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (ABEn, 2005b), um dos eixos temáticos de discussão trata da Educação articulada ao trabalho como caminho para a qualidade social, em que se ressalta a necessidade de compreender o trabalho como princípio educativo, contextualizado com o momento histórico, o educador como força de trabalho, o qual redireciona estratégias pedagógicas que compatibilizem a formação para o trabalho, na perspectiva da práxis criativa e transformadora.

Torna-se, assim, imprescindível valorizar e oportunizar as experiências que aproximam o acadêmico da realidade do trabalho, desmistificando que a responsabilidade do ensino compete apenas às instituições formadoras, a exemplo do VERSUS que significa Vivência de Estágio na realidade SUS, o AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde, que inclui a política de formação de Pólos de Educação Permanente que visam mudanças nos cursos de graduação. E, mais recentemente, pelo Edital nº 1, de 16 de dezembro de 2005, da SGTES, é feita uma convocatória para as parcerias entre as IES e os serviços de saúde, celebradas e financiadas pelo Pró-Saúde, envolvendo neste primeiro momento as escolas de Medicina, Odontologia e Enfermagem (BRASIL, 2005).

Diante das considerações expostas sobre a organização do processo de trabalho em saúde e em Enfermagem na conformação do trabalho gerencial do enfermeiro, pode-se encaminhar o segundo pressuposto deste estudo.

Entende-se que a articulação e a integração da Educação, Saúde e Trabalho, aproximam a formação de profissionais da saúde da práxis, na perspectiva criativa e transformadora, voltada para o fortalecimento do SUS.

Entende-se, ainda, que o processo de trabalho gerencial é uma atividade-meio para as outras dimensões do trabalho do enfermeiro e que lhe confere “poder” junto à organização do serviço e ao trabalho em equipe. E que a formação para o trabalho gerencial se articula em quatro dimensões integradas, a técnico-científica, a ético-política, a comunicativa e a de desenvolvimento da cidadania.

*No entanto, é evidente a dificuldade do enfermeiro em dominar a gama de conhecimentos que envolvem os novos paradigmas, tanto assistencial, como gerencial, e o grande desafio que ele enfrenta no cotidiano do trabalho em superar o impacto causado aos modelos já existentes, conformando, assim, **o segundo pressuposto desta investigação, ou seja, o enfermeiro de serviço, nos campos de prática e estágio, desenvolve o processo de trabalho gerencial para se adequar aos modelos assistenciais e gerenciais coexistentes, mas ainda não conseguem alcançar a práxis transformadora. Assim também, a organização do serviço de saúde, campo de estágio, encontra-se aquém da adequação aos novos modelos assistenciais e gerenciais na proposta transformadora, e o eixo de formação do enfermeiro ainda privilegia o Modelo Neoliberal Hegemônico, que sustenta uma práxis reiterativa.***

1.2 O cenário histórico da Enfermagem brasileira: a formação e práxis do enfermeiro e o ensino da Administração na interface das mudanças curriculares

A prática profissional, assim como o processo educativo, é determinada por condicionantes históricos, políticos, econômicos, sociais e culturais. As Escolas de Enfermagem brasileira têm sido predominantemente um reflexo da sociedade, legitimando o institucionalizado, mas não conseguem assumir um papel inovador dentro do sistema de saúde, posto que a Política Educacional em Enfermagem tem atendido aos interesses de grupos da sociedade e grupos hegemônicos na prática médica, embora as tentativas para mudar venham mobilizando várias escolas (ABEn, 2005b).

Na busca em re-significar a formação e a práxis do enfermeiro e a conformação do saber gerencial, compreendendo a Enfermagem como prática social, num segundo contato, faz-se a retomada às raízes históricas da inserção da Administração em Enfermagem nos currículos de graduação, da Enfermagem Moderna aos paradigmas para o limiar deste século, determinados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Para tanto, toma-se como referencial teórico Pires (1989), Saupe (1999), Vale, Paiva, Carvalho e Lopes (1999) e o estudo desenvolvido por Backes (2000), em que se analisam as atividades desenvolvidas na formação do enfermeiro, apreendendo o tipo de práxis presente ao longo do período histórico, fundamentado no estilo de pensamento de Fleck (1986) e na filosofia de Vázquez (1990).

Nos dizeres de Saupe (1999), têm-se como centro da discussão das Políticas de Ensino os currículos mínimos da graduação, para a formação de enfermeiros no Brasil. Nesse olhar focal, uma das grandes dimensões do saber e da prática da Enfermagem é a organizacional, gerencial ou administrativa, somada à assistencial ou do cuidado, à educacional e à de pesquisa.

Conforme a autora, a primeira tentativa de organização do ensino de Enfermagem é identificada na Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, pertencente ao primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, criada pelo Decreto nº 791 de 27 de setembro de 1890, a qual,

por não atender aos princípios que vieram a orientar a formação de enfermeiros no Brasil, não é considerada como marco do ensino da Enfermagem como profissão.

No entanto, como referem Germano (1983) e Saupe (1999), trata-se de um currículo simples, em que a Administração refere-se à Administração interna e à escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias, sem conferir visão organizacional como um todo, atendendo apenas às necessidades da instituição para a qual foi criada e reafirmando o modelo biomédico, hospitalocêntrico característico desse cenário, como reiteram Ribas Gomes (1991) e Backes (2000).

No contexto mundial, o Modelo Nightingaleano, criado por Florence Nightingale, constitui o marco da Enfermagem como profissão, que segundo a análise de Backes (2000), torna-se a interlocutora do conhecimento da Enfermagem moderna construída com base nas práticas profissionais de enfermeiras e médicos da época, em diferentes lugares, traduzindo vários estilos de pensamentos, caracterizando uma práxis criadora e transformadora para a época.

A posição da Enfermagem brasileira, como ensino e prática, consagra-se com a criação, em novembro de 1922, da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), no bojo do movimento da reforma sanitária, liderado pelo Dr. Carlos Chagas, então Diretor Geral desse órgão. O estilo de pensamento Nightingaleano permanece na formação de enfermeiras, apesar de a demanda ser por ações de saúde para atender às urgentes medidas de sanitarismo e de saúde pública, que eram as de controle de grandes endemias e epidemias que colocavam o Brasil numa posição ameaçadora ao pleno desenvolvimento do comércio internacional (PIRES, 1989; SAUPE, 1999; VALE; PAIVA; CARVALHO; LOPES, 1999).

O Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, estabelece e aprova o primeiro currículo oficial, o qual visa à formação teórica e à prática, a serem realizadas simultaneamente, com duração de dois anos e quatro meses. E o Decreto nº 17.268/26 passa à denominação de Escola de Enfermeiras Ana Néri (PIRES, 1989).

Nesse currículo, Saupe (1999) identifica o ensino de Administração, sobre a área organizacional ampliada, abrangendo o contexto hospitalar.

O ensino de Enfermagem, fundamentado no Modelo Nightingale, segundo Backes (2000), prioriza as atividades práticas, desenvolvidas durante oito horas diárias no Hospital Geral ou outro estabelecimento de assistência, ficando o ensino teórico a ser ministrado além destas oito horas, com dois turnos de descanso semanais e uma quinzena de férias, anualmente. Pires (1989), Silva (1989) e Vale, Paiva, Carvalho e Lopes (1999) apontam para o paradoxo de o tempo despendido pelas alunas nos estágios hospitalares não justificar a demanda da formação, que preconiza o atendimento em saúde pública, atendendo aos interesses governamentais.

Mantêm-se, no período de 1923 a 1949, as bases científicas do modelo assistencial funcional e as exigências quanto à conduta moral, à disciplinarização das alunas, ao predomínio do saber médico no ensino das enfermeiras, caracterizando uma práxis reiterativa, uma vez que as tarefas são listadas pela enfermeira e cumpridas pelas alunas sob rígido controle, com ênfase na técnica, com reprodução de conteúdos e falta de clareza ideológica, acompanhando o cenário do projeto capitalista que se instalava na época, influenciando e sendo influenciado por este, conforme complementam Almeida e Rocha (1989), Backes (2000), Lunardi (1994), Magalhães (2000).

É importante resgatar, a respeito desta primeira etapa da formação do enfermeiro, o relato de Dourado (1948 apud SAUPE, 1999, p.384) em que ela afirma que:

[...] o aluno era considerado mais funcionário do hospital do que estudante. No entanto, ressalta que o método de ensino utilizado na enfermagem era, na época, um dos mais atualizados em termos de ensino, pois colocava o estudante frente às situações reais, em vez de criar condições artificiais em sala de aula.

A primeira Lei do Exercício da Enfermagem no Brasil data de 1931, a qual também oficializa a Escola de Enfermeiras Ana Neri como a escola padrão de enfermagem e fixa os termos para a equiparação das demais a esta Escola, confere o diploma legal e ampara a revalidação de Diplomas de Enfermeiras Estrangeiras (VALE; PAIVA; CARVALHO; LOPES, 1999; BACKES, 2000).

Contudo, a grande reforma do ensino da Enfermagem ocorre em 1949, pela Lei nº 775 de 06 de agosto e do Decreto nº 27.426, de 14 de novembro. A Lei uniformiza o ensino, oficializa os critérios e o tempo para a formação dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros, correspondendo a dezoito meses, para os primeiros, e à duração de trinta e seis meses, para os últimos. O Decreto estabelece o currículo mínimo para a formação do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem, priorizando os cuidados hospitalares, colocando a saúde pública em plano secundário (BRASIL, 1974; VALE; PAIVA; CARVALHO; LOPES, 1999; BACKES, 2000).

A idéia de formar um profissional em menor tempo e orientado especificamente para a área assistencial e hospitalar, já vinha germinando desde 1934, conforme refere Carvalho em estudo desenvolvido na década de 1970, quando, em decorrência da deficiência numérica de enfermeiros, aliado ao seu preparo demorado e dispendioso, precipita a criação de cursos para auxiliares de enfermagem, que só começam a se expandir e aumentar o número de formados a partir de 1953, para atender à grande demanda de mercado (CARVALHO, 1976). Complementando, Almeida e Rocha (1989) registram, nesse período da década de 1950, o aumento de grande número de pessoal para a Enfermagem, sem preparo, com instrução apenas para a execução de procedimentos, com perfil acrítico em relação ao fazer.

No Decreto nº 27.426/49, insere-se também, em seu artigo terceiro, a criação de cursos de pós-graduação, com o objetivo de ampliar conhecimentos especializados de Enfermagem ou de Administração (BRASIL, 1974).

Analisando a legislação datada de 1949, comparada com a de 1923, segundo Saupe (1999), ocorre a ampliação dos conteúdos, a duração do curso, com destaque aos estágios, abrangendo os serviços hospitalares, ambulatoriais e unidades sanitárias, nas diversas áreas de especialidade médica. Trata-se de um modelo curricular altamente especializado, valorizando de maneira enfática o nível curativo, a assistência individual, hospitalocêntrica, distanciando-se do cuidado globalizado. Passa o conteúdo de Administração para as especializações e o reduz, no currículo, ao que denomina “Princípios de Administração Sanitária” (BRASIL, 1974, p.161).

O contexto sócio-político-econômico decorrente da revolução industrial, com o objetivo de manter e recuperar a mão-de-obra trouxe avanços na Medicina, valorizando o ato médico (a terapêutica), os serviços hospitalares. No entanto, os conhecimentos da Enfermagem continuam sendo traduzidos da Medicina, conferindo preparo para a competência técnica e instrumental, registrando-se o emergir das técnicas de Enfermagem para a prestação de cuidados que passam das mãos dos médicos para as das enfermeiras, como também, uma formação acrítica, reproduzindo o modelo funcional dominante, voltada para dar cobertura à grande demanda das instituições hospitalares. A práxis reiterativa é alienante em sua organização de trabalho, separando a concepção da ação, mantendo-se afastada de elementos reflexivos para a superação dos modelos assistenciais e formadores, considerados inadequados (ALMEIDA; ROCHA, 1989; BACKES, 2000; COLLIÈRE, 1989; SAUPE, 1999).

Por conseguinte, nos anos 1950, principalmente sob a influência do sistema previdenciário, a participação do pessoal de Enfermagem é predominante nas instituições hospitalares, como constata Alcântara (1963, apud SAUPE, 1999) em seu levantamento realizado em 1950, que 49,4% das enfermeiras encontram-se no campo hospitalar e, 17,2%, no campo da saúde pública.

Complementa o estudo de Lanthier (1982) que a nova tendência nesse momento histórico concretiza-se com a construção do Hospital São Paulo e do Hospital das Clínicas de São Paulo, que passaram a se constituir no maior mercado de trabalho para as enfermeiras, relegando-se, assim, a plano secundário os serviços de saúde pública que até então absorviam a maioria das diplomadas.

No final da década de 1950 e início dos anos 1960, a liderança e a direção dos serviços de Enfermagem imprimem novas mudanças na formação profissional e no perfil das enfermeiras, o que veio a demandar uma reformulação curricular que se concretizou pelo Parecer nº 271 de 19 de outubro de 1962, estabelecendo um curso geral e duas alternativas, para especialização em caráter opcional, a Saúde Pública e a Enfermagem Obstétrica, cujo período de vigência estende-se por apenas dez anos (BRASIL, 1974).

Analisando essa mudança curricular para o ensino de Enfermagem, Backes (2000) e Saupe (1999) referem que a redução para oito disciplinas obrigatórias, voltadas para o saber médico, hospitalocêntrico, não oferece sustentação para a competência técnica esperada, mantendo uma práxis reiterativa, sem espaço para reflexão acerca dessa mesma prática. O ensino de Administração está voltado para o enfoque organizacional hospitalar e reintegra o elenco de disciplinas do curso de graduação, com o nome de “Administração”.

Um outro dado significativo evidencia mais uma fragilidade desse modelo curricular, no que se refere à carga horária determinada para o curso geral de 2430 horas que, com as especializações, totalizam 3240 horas, sendo destinadas apenas 10% das horas referentes ao curso para os estágios. Com isso, a ênfase formativa para a ação conferida pelas disciplinas teórico-práticas específicas não estava sendo contemplada satisfatoriamente, pois se retirava a oportunidade para o desenvolvimento das habilidades técnicas tão almejadas e necessárias ao mercado de trabalho em voga à época (SAUPE, 1998; BACKES, 2000).

Também ocorre uma reorientação política evidenciada a partir desse currículo, que diz respeito à separação que começa a se aprofundar entre professores e enfermeiros de serviço, confirmada por Baptista (1966, apud SAUPE, 1999), num estudo realizado com trinta e três escolas de Enfermagem, em que vinte delas, ou seja, 66% mantinham concomitantemente a direção dos serviços de Enfermagem do hospital utilizado como campo de estágio, e, ante a impossibilidade de computar as horas de estágio além de 10% da carga horária total do curso, torna esta situação insustentável, separando as funções de assistência e de gerência da docência.

A partir dos anos 1970, com a implantação da Reforma Universitária (Lei nº 5540/68), todos os currículos mínimos são revistos. O novo currículo mínimo para os cursos de Enfermagem e Obstetrícia fica regulamentado pelo Parecer nº 163 de 28 de janeiro de 1972, o qual perdurou por mais de vinte anos (Brasil, 1972).

O modelo curricular vigente de 1972 a 1994, analisado por Backes (2000) e Saupe (1999), apresenta avanços como a reconquista do espaço das atividades práticas e dos estágios, com a carga horária não inferior a um terço da parte profissionalizante do curso,

estabelecendo o período de integralização no mínimo em três anos letivos, com carga horária mínima de 2500 horas e de 600 horas para a habilitação, com as opções em Enfermagem Obstétrica, em Saúde Pública e em Enfermagem Médico-Cirúrgica, esta última, em atendimento ao mercado de trabalho, cuja demanda é maior para o campo hospitalar, momento marcado por forte consolidação do Modelo Médico Privatista, de caráter curativo, hospitalocêntrico.

O ensino da Administração Aplicada à Enfermagem é contemplado no tronco profissional e incorporado nas habilitações, na concepção do modelo assistencial funcionalista técnico-científico e do modelo gerencial burocrático, com enfoque nas tarefas e procedimentos, na hierarquia, caracterizando uma práxis reiterativa. Ao mesmo tempo, se percebe uma dinâmica ainda que verticalizada, voltada às necessidades humanas básicas das pessoas, buscando dar assistência integral, biopsicossocial e espiritual ao paciente, que ainda é considerado objeto de cuidados e não sujeito. Nessa perspectiva, agregam-se saberes, instrumentos e métodos, fundamentados no campo biológico, psicológico, sociológico, tecnológico e administrativo, favorecendo na Enfermagem a criação das teorias de Enfermagem e o processo de Enfermagem, o que confere um grau de práxis reflexiva (BACKES, 2000).

Complementa a autora que este saber, ainda com lacunas, fica apenas no domínio dos enfermeiros, enquanto os demais elementos da equipe não têm oportunidade de acesso a esse conhecimento, fortalecendo-se a divisão do saber manual e do saber intelectual.

Durante os anos 1980, experienciam-se diversos movimentos sociais e políticos em particular, marcando o fim da ditadura militar a caminho da democracia. Nesse momento histórico, identifica-se o fomento à pesquisa, com a criação dos cursos de Pós-Graduação em Enfermagem, com a finalidade de prepararem docentes e pesquisadores para constituir a massa crítica, emergindo produções técnico-científicas e publicações apoiadas num referencial crítico-reflexivo, por influência das ciências sociais, caracterizando o momento de mudanças no contexto nacional e na Enfermagem (ALMEIDA, sd). Alguns estudos apresentam a preocupação de pesquisadores na área da Enfermagem com a relação dialética entre as

Políticas de Saúde, Educação e o Ensino da Enfermagem na conformação do trabalho em Saúde e na Enfermagem, que influenciam a formação do enfermeiro, e lançam o desafio de criticar os modelos formadores e o cotidiano das práticas profissionais. Entre esses estudos, destacam-se os de Almeida e Rocha (1989), Germano (1983), Loyola (1987), Melo (1986), Nakamae (1987), Pires (1989), Rezende (1986).

No entanto, no contexto da Reforma Sanitária dos anos 1980, enquanto os problemas de saúde estão centrados no âmbito da saúde coletiva, os currículos vigentes da área da saúde contemplam uma densa carga horária centrada nas disciplinas especializadas no campo da medicina curativa, demonstrando, mais uma vez, o distanciamento do discurso da educação formal na área da saúde com a prática, em face dos problemas da população (BACKES, 2000).

Para a Enfermagem, ainda complementa Backes (2000), a década de 1980 é marcada por grandes movimentos, sendo conquistada a Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7498/86 e Decreto nº 54.406/87, culminando uma luta pela regulamentação profissional que durou quase dez anos.

Evidencia-se na formação profissional do enfermeiro a importância do ensino da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem, explicitada no enunciado da Lei:

[...] É prerrogativa de o enfermeiro planejar, organizar, coordenar, orientar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem, bem como participar dos programas de treinamento e aprimoramento do pessoal de saúde, especialmente dos programas de educação continuada (BRASIL, 1987).

Paralelamente ao movimento da regulamentação profissional da Enfermagem, mobilizados pela inadequação do currículo vigente desde 1972, com a coordenação da ABEn, desencadeia-se uma série de seminários regionais, nacionais, oficinas de estudo, constituição de comitês com o objetivo de construir de maneira participativa a nova proposta curricular para a formação de enfermeiros, amparada na práxis reflexiva.

Entretanto, permeando a construção da nova proposta curricular, existem outras questões que fundamentam o processo, entre as quais, Saupe (1998) destaca a análise da

situação de saúde da população brasileira, as mudanças no seu perfil demográfico e epidemiológico, as transformações da profissão e do papel do enfermeiro, os descompassos entre o modelo de formação e as demandas do mercado de trabalho, entre outros.

Nesse cenário de discussões para a construção participativa do novo modelo curricular, Backes (2000), em seu estudo, contribui, ressaltando que o processo de ensino, valendo-se de concepções curriculares na visão crítica e criativa, pode reproduzir as relações de poder instituídas na sociedade capitalista brasileira, mas tem a capacidade de oportunizar, pela oposição crítico-democrático, novos modelos e práticas que contrariem o modelo tradicional.

A proposta de currículo mínimo para o curso de graduação em Enfermagem é encaminhada pela Associação Brasileira de Enfermagem ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), em setembro de 1992, sendo apreciada e não aprovada.

Algumas alterações a partir do currículo mínimo original são feitas, sendo, então, aprovada pela Portaria nº 1721 de 15 de dezembro de 1994 do MEC (BRASIL, 1994), a qual procurou adequar as necessidades de mudança do modelo assistencial e da formação generalista em Enfermagem.

Analisando o currículo mínimo para os cursos de Enfermagem, estabelecido pelo MEC em Brasil (1994) e em Backes (2000), na quarta e última parte, contempla-se a Administração em Enfermagem, cujo enfoque é a Administração de Serviços de Enfermagem e da assistência nos hospitais, ambulatorios e rede básica de serviços de saúde. Nessa área, incluem-se conteúdos teóricos e práticos de Administração do processo de trabalho de Enfermagem e da assistência, passando a abranger 15% da carga horária total do curso, correspondendo a 525 horas, oficializando o reconhecimento da importância da Administração em Enfermagem na formação do enfermeiro. No entanto, é importante ressaltar que a Portaria ministerial não inclui disciplinas que instrumentalizam para a dimensão do ensino de Enfermagem, tanto para o nível médio quanto universitário, comprometendo o preparo do enfermeiro para a formação de recursos humanos em saúde, que se refere a um dos processos de trabalho do enfermeiro em sua práxis.

Em continuidade à análise desse modelo curricular, Backes (2000) aponta para a inclusão do Estágio Curricular supervisionado como disciplina nos dois últimos semestres do curso. No entanto, a proposta do MEC deixa uma lacuna, não estabelecendo normas, podendo equivocar sua aplicação pelos cursos de Enfermagem ao desenvolverem suas reformulações curriculares. A proposta da ABEn, por sua vez, insere o Estágio Curricular Supervisionado no último semestre letivo do curso, com normas explicitadas, visando oportunizar uma vivência pré-profissional ao aluno, integrando-o ao cotidiano dos serviços de saúde, apoiado e orientado pelo professor e pelo enfermeiro do serviço, numa parceria entre a instituição de saúde conveniada e o órgão formador.

Pela Portaria 1721/94, a carga horária mínima do Curso de Graduação em Enfermagem, fica estabelecida para 3500 horas integralizadas no mínimo em quatro anos letivos, e estabelecem-se percentuais para as áreas contempladas o que se configura no controle de conteúdos para a formação do profissional generalista (BRASIL, 1994).

Como refere Backes (2000), evidencia-se um estilo de pensamento estrutural-funcionalista, mas confere-se abertura a um saber em diferentes dimensões, considerando o espaço histórico, social, político, econômico. No entanto, essa proposta ainda mantém limitações à formação de um enfermeiro crítico, reflexivo, com competências para ser agente de transformação da realidade.

O que pode ser verificado no estudo realizado por Faustino (1999), em sua dissertação de mestrado, que faz referência aos desafios e possibilidades da mudança curricular de 1994, em que a pesquisadora constata a continuidade da fragmentação do eixo formador, mantendo os ciclos básico e profissional, o ensino centrado no modelo médico, a dicotomia teoria-prática, a desarticulação entre conteúdos e disciplinas e a adoção de práticas pedagógicas tradicionais.

Atualmente, pode-se afirmar, coexistem no exercício da práxis de enfermagem, as dimensões reiterativa, reflexiva e transformadora. No entanto, ainda é determinante a práxis reiterativa, apesar dos avanços para a práxis reflexiva e de algumas oportunidades para desenvolver estratégias para uma práxis transformadora, buscando a superação das limitações

da práxis reiterativa, o que pode ser apreendido e desenvolvido pelo aluno durante o Estágio Curricular.

No processo de mudança na Educação Superior brasileira em 1995, o MEC aprova a Lei nº 9131/95 que cria o Conselho Nacional de Educação (CNE) e define como competência do mesmo deliberar sobre as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação, consubstanciando-se na Lei nº 9394/96, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (CURY, 1997).

Em Brasil (1996a), a LDB, no artigo 53, inciso II, confere autonomia às IES para fixarem os currículos dos seus cursos e programas, abrindo assim a possibilidade para a flexibilização; no entanto, ainda preserva determinações para o mínimo necessário à formação do enfermeiro.

A reforma curricular dos cursos de graduação inicia-se concretamente pela Secretaria de Ensino Superior, SESU/MEC, por meio do Edital nº 4 de 4 de dezembro de 1997, no qual solicita às Instituições de Ensino Superior que enviem propostas para a elaboração das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação, as quais embasam o trabalho das Comissões de Especialistas de Ensino de cada área (BRASIL, 1997). Também, no Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras (1999) que defendem a flexibilidade da estrutura curricular, a construção coletiva do Projeto Pedagógico, a interdisciplinaridade, a integração ensino-pesquisa-extensão, entre outras proposições.

É importante mencionar, ainda, a contribuição da Carta de Florianópolis (1999), aprovada no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem, que reafirma a proposta do perfil do enfermeiro numa perspectiva generalista, da Portaria nº1721/94, Brasil (1994) e da LDB, Brasil (1996a), com competências e habilidades específicas, com 500 horas para o Estágio Curricular Supervisionado no último ano, monografia como requisito para conclusão de curso e, atividades complementares, articulando ensino-pesquisa e extensão.

Esse processo culmina com o Conselho Nacional de Educação, por meio da Câmara de Educação Superior (CNE/CES), fundamentado nas propostas encaminhadas, instituindo as

Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, inclusive o da Enfermagem, pela Resolução nº 3, Parecer 1133 de 7 de novembro de 2001 (CNE/CES, 2001).

No artigo 2º, definem-se os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em Enfermagem das IES. E, em seu artigo 3º, determina-se o perfil do formando egresso/profissional, apresentando o enfermeiro como bacharel com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com competências técnico-científicas, ético-políticas e sócio-educativas para o exercício de Enfermagem, sendo capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença prevalentes no perfil epidemiológico, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Deve também estar capacitado para reconhecer as relações de trabalho e atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CNE/CES, 2001).

No direcionamento da formação e da práxis do enfermeiro, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, no artigo 4º, definem as habilidades e competências gerais em seis incisos, onde o I refere-se à Atenção à saúde; o II, à Tomada de decisões; o III, à Comunicação; o IV, à Liderança; o V, à Administração e gerenciamento e, o VI, à Educação Permanente (CNE/CES, 2001).

Explicitando os incisos conforme o referencial oficial citado, a **atenção à saúde** preconizada refere-se ao enfermeiro estar apto à resolução dos problemas de saúde, tanto individual como coletivo, por meio de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, fundamentado nos princípios da ética e da bioética.

A **tomada de decisão** no trabalho em saúde demanda a capacidade do profissional de avaliar, sistematizar, decidir por condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

A **comunicação** diz respeito ao enfermeiro ter domínio de tecnologias de informação, comunicação verbal, não verbal e escrita, preservar o sigilo e a acessibilidade nas comunicações a outros profissionais e ao público em geral.

O enfermeiro deve estar apto à **liderança** na equipe multiprofissional de saúde, direcionando o foco para o usuário e para a comunidade, envolvendo a empatia, o compromisso, a responsabilidade, o gerenciamento, entre outros.

A **Administração e gerenciamento**, tanto dos serviços em relação aos recursos humanos, materiais, físicos e de informação, como do sistema, deve tornar aptos os profissionais a serem gestores, líderes na equipe de saúde, empregadores.

O sexto inciso trata da **Educação Permanente**, em que os profissionais de saúde devem aprender a aprender num processo contínuo, como também estar abertos ao treinamento/estágio de futuros profissionais, valorizando e implementando as parcerias entre docentes, alunos e profissionais do serviço.

Como analisa Amantéa (2004), essa proposta tem a concepção pedagógica balizada no processo de ensino centrado no aluno, em que o professor se apresenta como facilitador do processo educacional. O desenvolvimento de competências e habilidades permite ao aluno se inserir no processo de trabalho assistencial e gerencial, capacitando-o a atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a integralidade, a qualidade e a humanização do atendimento.

Complementa a autora que o ensino de Enfermagem encontra-se em fase de reformulação, em que grande parte das escolas de Enfermagem está reconstruindo seus currículos para adequá-los às novas diretrizes instituídas, conformando um desafio de ir além de elaborar um novo Projeto Político Pedagógico, mas de fazer com que ele não fique restrito ao papel.

Lembre-se que, na realidade, conforme Vale e Guedes (2004, p.476), “os projetos orientam os caminhos e expressam posições e desejos de mudanças, concentrando esforços coletivos, no entanto, não viabilizam as condições para o fazer/transformar”.

É importante, antes de apresentar o terceiro pressuposto, inserir neste recorte histórico que, dada a flexibilidade permitida pela LDB para a determinação da duração e da carga horária dos cursos de graduação, o controle destes para a Enfermagem data da Portaria nº 1721/94.

Para tanto, o Conselho Nacional de Educação propôs a carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelado, na modalidade presencial, pelo Parecer CNE/CES nº 329/2004, sendo aprovado por unanimidade, em 11 de novembro de 2004, conferindo à Enfermagem a carga horária de 3.200 horas (CNE/CES, 2004).

Durante o ano de 2005, ocorreram exaustivas discussões com entidades representativas das profissões, tanto do ponto de vista acadêmico, como profissional, cuja reivindicação era a retirada da carga horária mínima dos cursos de graduação, entre eles o da Enfermagem.

Para a re-análise, o CNE/CES aprova o Parecer nº 184/2006, que faz a retificação do Parecer CNE/CES nº 329/2004, referente à carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial, excluindo alguns cursos, principalmente os da área da saúde, inclusive o curso de graduação em Enfermagem (CNE/CES, 2006).

No delineamento para o terceiro pressuposto do presente estudo, considera-se que o enfoque da Administração na formação do enfermeiro é histórico e inicia-se desde a primeira Escola de Enfermagem. Contudo, é fundamental enfocar a gerência como processo de trabalho em Enfermagem determinada nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Enfermagem, em 2001, em que a dimensão Administração e Gerenciamento constitui um dos eixos para a conformação de competências ao enfermeiro, e apresenta relação direta com as demais, delineando o perfil do enfermeiro ao exercício de uma práxis transformadora, tanto na dimensão do cuidado como na gestão de serviços e sistema, para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS.

Procura-se, com isso, vencer o estigma histórico de que as Escolas de Enfermagem brasileiras não conseguem assumir um papel inovador dentro do Sistema de Saúde, superando o velho jargão “a teoria na prática não se aplica”.

Neste estudo, aproxima-se da construção do saber gerencial pelo ensino da Administração em Enfermagem e do Estágio Curricular Supervisionado, buscando analisar as competências gerenciais requeridas ao aluno pelo contexto atual dos paradigmas vigentes e das Diretrizes Curriculares Nacionais, cuja exigência é para o processo de trabalho gerencial na perspectiva de uma práxis transformadora.

Diante do cenário apresentado, delinea-se o terceiro pressuposto desta investigação, em que se entende a conformação de competências gerenciais como um processo na formação do enfermeiro, o que significa movimento, e que elas são conformadas ao longo de sua formação, numa dinâmica de idas e vindas, que transita das práticas para o Estágio Curricular Supervisionado, ocorrendo neste momento a consolidação de competências já adquiridas e o desenvolvimento de novas competências gerenciais.

1.3 Contextualização do Projeto Político-Pedagógico e o Ensino por Competências na formação e práxis do enfermeiro para o trabalho gerencial em saúde

Neste terceiro recorte para a construção do objeto deste estudo, apresenta-se uma visão do contexto que norteia a construção de Projeto Político-Pedagógico nas IES, buscando a reconstrução dinâmica dos saberes e das competências individuais requeridas para este século, pela organização do trabalho em saúde e em Enfermagem.

No cenário histórico mundial, as mudanças de magnitude ideológica, cultural, social e profissional impuseram ao país em processo de desenvolvimento maior compromisso com a educação, buscando interpretar as transformações e as competências exigidas para o mundo do trabalho (JAMES, 1998).

No paradigma de produção capitalista, segundo Ramos (2001a), privilegiam-se novos perfis profissionais que expressam modelos de formação fundamentados na flexibilidade e no desenvolvimento de habilidades e multicompetências consideradas como imprescindíveis aos trabalhadores pelo mercado de trabalho. O que para Catani, Oliveira e Dourado (2001), trata-se de uma perspectiva pragmática, reducionista e utilitária da educação superior, a qual reduz a função social da universidade à nova realidade do mercado.

Na educação brasileira, as competências definidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Enfermagem, segundo Vale e Guedes (2004), têm suscitado críticas e rejeições na sua compreensão e implementação, conseqüentes à concepção tecnicista a que

está submetida, como também à inserção da idéia de qualificação relacionada ao modelo de produção e organização capitalista do trabalho.

Contudo, valorizando a interface educação e cidadania, Severino (2002), Timóteo e Liberalino (2003) e Vale e Guedes (2004), afirmam a importância da crítica à lógica economicista no processo de formação profissional, levando em conta a necessidade de recuperar as responsabilidades sociais da educação superior, especificamente da Enfermagem, em prol da formação de cidadãos, do resgate da integralidade do ser humano, da confrontação dos individualismos e exclusões, da valorização da ação política e da participação coletiva, assumindo uma postura de ousadia, na construção de estratégias e mecanismos que transponham a tendência mercantilista da educação, rumo à formulação de projetos políticos e pedagógicos transformadores.

Na formação de uma rede de sustentabilidade para a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, Mandu (2003), Meyer e Kruse (2003) e Torrez (2003), fazem um paralelo entre as Políticas de Educação, Saúde e o mundo do trabalho, reconhecendo como as competências profissionais do enfermeiro podem inseri-lo crítica e eticamente nessa dinâmica, compreendendo-o como sujeito social na proposição, organização, implantação de Políticas Públicas, viabilizando propostas de atenção à saúde, norteadas pela defesa da qualidade de vida e sustentadas pela justiça social. Defendem também repensar a Educação em Enfermagem, valorizando a dimensão ético-política, humanizadora, articulando a inserção sócio-cultural das pessoas e suas trajetórias de vida, no fazer cotidiano profissional, em que o docente tem papel preponderante e não se pode desconsiderar a qualificação do mesmo, tendo em vista o desenvolvimento de suas próprias subjetividades.

A construção de competências e habilidades para a área de Administração e gerenciamento em Enfermagem, em face das Diretrizes Curriculares Nacionais, faz parte de um conjunto de ações e estratégias que visam à formação e à práxis do enfermeiro para enfrentar as transformações do mundo do trabalho, norteadas pelo ensino por competências, o

qual deve ser direcionado à integralidade do fazer saúde nas quatro dimensões do saber (VALE; GUEDES, 2004).

A produção científica de vários autores tem registrado as tendências atuais da educação, como os estudos desenvolvidos por Delors (1998), Deluiz (2001), Depresbiteris (2002), Le Boterf (2003), Morin (2000), Perrenoud (1999, 2000 e 2002), Ramos (2001b), Rios (2001b), Saupe (1998), dentre outras obras desses e de outros.

Entendendo a escola como um dos pilares de transformação social, Saupe (1998) apresenta que educação é redefinida como um momento contínuo de produção, efetivado na relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos sociais envolvidos no ensino e aprendizagem, buscando a superação da realidade existente, o que delineia o caminho para a práxis transformadora.

Para Morin (2000, p. 11), “a educação do ser humano só pode ser viável, se for uma educação integral, uma educação que se dirige à totalidade aberta do ser humano e não apenas a um de seus componentes”.

Jaques Delors, presidente da Comissão Internacional de Estudos sobre a Educação para o século XXI, em relatório encaminhado à UNESCO, destaca, para este início de século, a necessidade do enfrentamento de diferentes tensões existentes entre o global e o local, o universal e o singular, a tradição e a modernidade, o imediatismo e a espera, a competição e a cooperação, o espiritual e o material, como desafio para a educação, na construção de ideais de paz, democracia, liberdade e justiça social, centrando-se no desenvolvimento de indivíduos e comunidades, alicerçado no conceito de educação permanente, construída ao longo da vida (DELORS, 1998).

Nesse documento, o mesmo autor apresenta que a educação deve estar organizada em torno de quatro eixos de aprendizagens fundamentais, *o aprender a aprender ou conhecer*, que envolve adquirir cultura geral ampla e domínio aprofundado de um reduzido número de assuntos, mostrando a necessidade de educação contínua e permanente, de construir e reconstruir o conhecimento; *o aprender a fazer*, que oportuniza o desenvolvimento de competências demandadas para enfrentar o mundo do trabalho, como gostar do risco, ter

intuição, saber comunicar-se, saber resolver conflitos, ter controle emocional; *o aprender a viver juntos*, que desenvolve a cooperação nas relações com os outros em todas as atividades humanas, o que parece ser eficaz para evitar ou resolver conflitos latentes e, *o aprender a ser*, que integra as outras três, criando-se as condições que favorecem ao indivíduo adquirir autonomia e discernimento. Dizem respeito ao desenvolvimento integral da pessoa: espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético e ético, responsabilidade pessoal, espiritualidade, pensamento autônomo e crítico, imaginação, criatividade, iniciativa (DELORS, 1998).

Para que a educação seja estruturada nestes quatro pilares do conhecimento, Perrenoud (2002) entende que a opção de condução, democrática ou de reprodução de desigualdades, deve ficar explicitada pelas instituições de ensino. Para este autor, o papel desempenhado pelo docente é fundamental e deve estar em consonância com as finalidades da escola.

A educação, compreendem ainda Perrenoud (1999, 2000) e Le Boterf (2003), deve ser responsável pela formação de um profissional capaz de agir e transformar sua prática e que a escola deve incumbir-se dessa formação. Enfatiza, ainda, que construir uma competência implica encontrar, identificar, mobilizar conhecimentos que darão suporte para a solução de problemas. Os processos de ensino propõem múltiplas situações, nas quais os conhecimentos são usados como recursos necessários para realizar com sucesso certas tarefas, gerando, portanto, competências, entendidas como ferramentas de reorganização da formação, para atender às demandas deste tempo de mudanças constantes e verdades instáveis.

O ensino por competências, segundo Rangel (2001), requer redefinições e qualificação para o representante da função coordenadora e pedagógica dos cursos de graduação, tendo em vista a realização da ação de planejamento, acompanhamento e avaliação curricular, como também, da superação de uma prática de senso comum presente nas tarefas administrativas.

Historicamente, o modelo de competências é primeiramente incorporado pelo mundo do trabalho e inserido posteriormente nas propostas de formação e atualização de profissionais. As alterações produzidas por este modelo resultam na mudança de foco da noção de saberes, no âmbito educativo e de qualificação na esfera do trabalho, para competências. Nesse

processo, o indivíduo evolui de uma lógica de ter qualificação, ter conhecimentos a uma lógica de ser competente, ser qualificado (DESAULNIERS, 1997; RAMOS, 2001b; VALE; GUEDES, 1999).

Na formação em Enfermagem brasileira, tendo como pano de fundo as Diretrizes Curriculares e a exigência de elaboração de Projeto Político-Pedagógico para os cursos, é importante citar Perrenoud (sd), que refere a situação da escola no desenvolvimento do processo educacional entre dois paradigmas, o dos saberes e o das competências, trazendo para o centro do debate a necessidade de desconstruir o paradigma do conhecimento dicotomizado entre o saber e o fazer, entre a teoria e a prática, rumo à proposição reconstrutiva de um ensino-aprendizado, integrador e mobilizador de saberes e ações, que remetam o aluno ao desenvolvimento do saber-fazer de alto nível.

Complementam Timóteo e Liberalino (2003) que o conhecimento na ação é fundamental para a ação humana diferenciada do saber fazer de baixo nível, o qual mobiliza apenas saberes limitados, do tipo procedimental, ou está representado por um repertório determinado de ações fundamentadas pelo hábito e geralmente permeadas de improvisação e espontaneidade.

A competência, como categoria de análise, é conceituada por Minayo (2004, p.94) como “aquela que retém historicamente as relações sociais fundamentais consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais”. Assim também por Antunes (2000) que refere estar relacionada à flexibilização da produção e reestruturação das ocupações; integração de setores da produção; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores, não ligada ao trabalho prescrito ou ao conhecimento formalizado.

Nesse contexto de autonomia ou adaptação da pedagogia das competências, Ramos (2001b) e Kurcgant; Ciampone; Massarollo; Gaidzinski (2002) corroboram que o processo de trabalho deixa de ser compreendido como uma sequência de eventos relacionados uns com os outros, repetitivos, fundamentados na racionalidade de produção da gerência científica, clássica e burocrática, consideradas limitadas para o contexto globalizado, cuja imprevisibilidade requer flexibilidade na produção e na gerência das organizações. Nesse

sentido, os serviços devem ser organizados de forma aberta, para assimilar necessidades não previstas em rotinas, em protocolos.

Em relação às noções de competência e emprego, Witt e Almeida (2003) acrescentam que a flexibilização do trabalho solicita um novo tipo de trabalhador, capaz de compreender e participar de um ambiente onde as decisões são mais complexas e as interações sociais mais numerosas; onde a certeza do emprego, que era motivada pela crença na relação linear escolaridade - formação - emprego, se transforma numa aposta incerta, em que as perspectivas de emprego dependem, exclusivamente, de atributos individuais.

Como confirmam Lane e Ross (1994, apud WITT; ALMEIDA, 2003), a relação conhecimentos-competências, constantes das reformas curriculares, está consubstanciada na Educação Baseada em Competências que propõe um currículo derivado da análise de um perfil atual ou futuro e que procura certificar-se dos progressos dos estudantes, baseado no desempenho demonstrado em alguns aspectos do perfil traçado.

Deluiz (2001) defende que a normalização das competências gerais e específicas deve abranger vários níveis, como as competências técnicas, organizacionais, comunicativas, sociais, relativas à subjetividade, as competências de cuidado, de serviço e a competência sociopolítica.

O ensino universitário, nos dizeres de Masetto (2002), deve possibilitar situações favoráveis de desenvolvimento de futuros profissionais na área específica de conhecimentos e habilidades, mas também no aspecto afetivo-emocional e nas atitudes e valores, proporcionando formação condizente com as necessidades do mundo do trabalho, respeitando o cumprimento dos fundamentos científicos, técnicos, éticos e legais da profissão.

Em estudo, avaliando o ensino por competências nas escolas, Depresbiteris (2002) apresenta a importância dos atributos que considera serem os conhecimentos, as atitudes, os valores, as habilidades, as capacidades, os quais devem estar integrados entre si e ao contexto profissional e social. Esclarece, ainda, que as capacidades não são dons inerentes aos seres humanos, mas são desenvolvidas ao longo da vida e facilitam a aprendizagem; não são

observáveis nem específicas de um determinado conteúdo, uma vez que são transversais, podendo estar presentes em diversas competências.

Conforme Timóteo e Liberalino (2003), é freqüente entre as queixas dos alunos que o ensino universitário tem muita teoria e pouca prática, a intervenção na realidade está limitada por falta de abrangência na explicação dos problemas, e revelam um sintoma de utilização inadequada do tempo ou dos procedimentos técnico-metodológicos.

Partindo da premissa de que o ensino nos moldes tradicionais já não é suficiente para atender às demandas exigidas tanto para a vida como para o trabalho, Morin (2000) defende que o docente deve ser capaz de organizar uma pedagogia transformadora, de forma que possa inovar, negociar, e facilitar a prática educativa de maneira reflexiva, mobilizando diversos saberes, e, com implicação crítica, fomentando discussões e debates que venham a apresentar soluções e atender às expectativas da sociedade.

No que se refere à docência universitária nos tempos atuais, Masetto (2002) afirma que esta deve propiciar a formação do profissional cidadão, devendo-se alterar os Projetos Pedagógicos que privilegiam a formação de técnicos profissionais. Assim, deve haver condições de capacitação, qualificação e desenvolvimento do corpo docente, para que o processo de ensino-aprendizagem seja mais efetivo, no que diz respeito à área pedagógica, à perspectiva político-social e à pesquisa. Enfim, que o professor, ao ensinar, saiba para quê, saiba mostrar, fazer, refletir e orientar a prática, aliando conhecimentos, habilidades, atitudes e pesquisa.

O enfoque sobre a prática docente reflexiva surge no início da década de 1980, como crítica à racionalidade técnica, aos seus limites e lacunas, possibilitando a busca de alternativas sobre o papel do professor como profissional (FARIA, 2003).

Um autor de destaque na corrente da prática docente reflexiva é Schön, que defende o desenvolvimento da aprendizagem no *aprender-fazendo*, na qual o professor, ao observar o desenvolvimento do estudante, vai oferecendo orientações verbais e demonstrações, de acordo com as atitudes do aluno, que ora o escuta, ora o imita. Nesse processo interativo, o aluno

aprende a prática de um prático, praticando, havendo uma reflexão na ação de ambos (SCHÖN, 2000).

Explica ainda o referido autor que a prática docente reflexiva deve produzir um conhecimento prático, validado pela própria prática, fundamentado na reflexão, não se limitando aos conhecimentos da academia. Complementa que essa forma de pensar e fazer orienta para mudanças, encontrando respostas a certos dilemas que aparecem no dia-a-dia do exercício profissional (SCHÖN, 1992). O que Pimenta (2002) enfatiza é a necessidade de formação contínua para o docente fundamentada na pesquisa e na articulação ensino e serviço, e não em meros treinamentos e capacitação.

O conceito da prática pedagógica reflexiva nos tempos contemporâneos tem permeado as discussões sobre a temática educação e as reformas no ensino, fortalecendo a conexão pensamento-ação e reflexão-prática (GERALDI; MESSIAS; GUERRA, 2000).

Retomando o processo de implantação das Diretrizes Curriculares como estratégia para mudanças na graduação, o Ministério da Educação estabelece que os Projetos Político-Pedagógicos para a Enfermagem brasileira devem atender à realidade local e regional de cada instituição, devem resultar de discussões e construção coletiva e assumir uma opção pedagógica e, antes de tudo, política. Para Ferreira (2000), cabe à comunidade universitária buscar clareza suficiente para o encaminhamento político a ser dado ao seu Projeto Pedagógico.

Conforme apresenta Vasconcellos (2000), a terminologia Projeto Político-Pedagógico é mais abrangente, pois envolve as dimensões comunitária, administrativa e pedagógica; como também se estende aos contextos das Políticas Sociais, principalmente a da Saúde e da Educação, a Econômica, a Cultural, constituindo-se em instrumento para o processo de transformação da realidade, superando o ideário filosófico e sociológico, apenas de reflexões e diagnósticos.

Corroborando, Nimitz (2003) refere que o Projeto Político-Pedagógico, mais do que sistematizar e disponibilizar instrumentos, deve superar bloqueios e apontar caminhos para um processo ensino-aprendizagem crítico, reflexivo, humanista, criativo, permeando o

desenvolvimento da cidadania, fortalecendo a autonomia e a solidariedade. Reitera, ainda, que esse processo de construção deve ser assumido como forma de resgate do trabalho, e não apenas como uma exigência normativa instituída oficialmente pelos órgãos governamentais, em consonância à carta de Teresina, elaborada por ocasião do 6º SENADEn (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM [ABEn], 2002).

A interlocução do Ministério da Saúde com o da Educação, registrada no relatório do “Seminário sobre incentivos às mudanças na graduação das carreiras da saúde”, realizado em maio de 2003, refere-se aos novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos para a saúde, tendo como objetivo formar profissionais voltados para as necessidades de saúde da população e para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2003).

A proposta de reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressuposto a produção do cuidado, o processo de trabalho usuário-centrado e as relações acolhedoras, capazes de produzir vínculos, num processo produtivo que aposta no desenvolvimento da cidadania e na humanização para a assistência em saúde, tem como marco a integralidade na Atenção à Saúde e na formação de sujeitos para a produção e organização de serviços (RAMOS, 2005).

Para tanto, como afirma Greco (2004), remete-se à problemática da desconstrução de um modelo para a construção de um novo, tanto na Saúde como na Educação, o que demanda um profissional crítico, que além da competência técnica, também domine a dimensão política do trabalho em saúde, buscando compreender e assistir a população nas dimensões sociais, econômicas, culturais, familiares, afetivas, humanas, como instrumento para o desenvolvimento da cidadania. Acrescenta, ainda, que a Administração em Enfermagem passa a ser vista como instrumento ou meio, para a atuação em Enfermagem. Assim, a atividade dicotômica entre a função restrita, unicamente burocrática e a assistência, é superada e passa a ser entendida como sendo uma atividade que subsidia o assistir, pois são as faces de uma mesma moeda.

Atendendo a este desafio, é fundamental que a Enfermagem assuma um referencial teórico-pedagógico que sustente uma aprendizagem significativa, transformadora e adequada às demandas sociais e profissionais que se impõem. Para tanto, há que se trabalhar com uma

pedagogia diferenciada, que considere cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo, assim, caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social. Na formação desse referencial, buscam-se contribuições em todas as instâncias da sociedade, seja no próprio mundo do trabalho, na Pedagogia, na Filosofia, na Economia, nas Ciências Sociais (BRASIL, 2003).

Para tanto, Rios (2001b) considera que a referência para a formação é a realidade social nos campos de prática, é o que é ideal para o trabalho, não no sentido de algo distante, mas como algo que se cria em um projeto conjunto entre os parceiros. Reforça, ainda, a importância de o aluno conhecer a realidade, contextualizá-la, propor diferentes planos de intervenção e desenvolver o processo educativo para intervir, indo ao encontro das demandas sociais do cotidiano, reiterando que o processo de formação educacional é um conhecimento transversal, recuperado em vários momentos, de idas e vindas, integrando teoria e prática.

Apropriando-se dos dizeres de Silva (2000), o saber gerencial representa o fio condutor para a busca do desenvolvimento profissional do enfermeiro e para o enfrentamento de desafios, ancorado não em construções idealistas, elaboradas no discurso teórico, mas, produto da problematização, das reflexões, dos estudos realizados no cotidiano, na realidade vivenciada pelos atores e parceiros em sua práxis, o que, nesta investigação, estão representados pelos acadêmicos de Enfermagem, pelos docentes e pelos enfermeiros de serviço das instituições conveniadas. Entende-se, ainda, que os demais profissionais de saúde e os usuários/clientes também compõem essa parceria que acontece no cotidiano do trabalho em saúde e na Enfermagem.

Diante do contexto exposto sobre as bases da Educação para o século XXI, o Ensino por Competências e o Projeto Pedagógico, caminha-se para o quarto pressuposto deste estudo. Reiterando o pressuposto anterior, o processo de conformação de competências gerenciais ao enfermeiro é um “continuum” de idas e vindas e que tem seu momento de consolidação das já adquiridas e de aquisição de novas competências gerenciais no período de Estágio Curricular Supervisionado, uma vez que, diante da realidade e da diversidade dos campos que constituem os cenários de prática, é possível criar estratégias para reflexões e análise,

construir relações em serviço, valorizando o compromisso e a responsabilidade para a liderança, as tomadas de decisão, o gerenciamento do cuidado e de serviços, buscando uma práxis transformadora. Assim, como quarto pressuposto, neste processo, o papel do docente e do enfermeiro de serviço são preponderantes como facilitadores/articuladores na construção do saber gerencial e na conformação de competências e habilidades gerenciais ao aluno, nos cenários onde se desenvolvem as práticas e os Estágios Curriculares, considerados espaços intercessores para a troca de vivências e saberes, tanto para o gerenciamento do cuidado, como para a gestão de serviços e do sistema, retroalimentando ambas as partes da parceria, tanto a formação como o trabalho, tanto o ensino como o serviço, conseguindo articular a teoria à prática, num sistema de trocas, fundamentais para o desenvolvimento da práxis transformadora.

É com a problematização e a contextualização sobre as situações do cotidiano, envolvendo os sujeitos deste estudo, e ainda, os demais profissionais de saúde, os usuários/clientes, durante os períodos das práticas e do Estágio Curricular, é que se poderá evoluir na atuação profissional do enfermeiro. E, assim, com o fortalecimento de parcerias abrem-se as perspectivas transformadoras, sendo possível construir uma teia de inter-ajuda para atender às exigências das DCN, para esse início do século XXI.

O embasamento conferido pelos recortes teóricos trabalhados que conformam o tripé de sustentação do objeto deste estudo e os pressupostos apresentados, permite caminhar para o delineamento dos objetivos. Nessa trajetória de elaboração, é possível citar Rios (2003), a qual considera que as questões-limites nascem de situações problemáticas que ocorrem no dia-a-dia e que, portanto, precisam ser respondidas, solucionadas, superadas. Compreende a autora que os problemas não sofrem solução, pois não são “solvidos”, não são solúveis. Eles são superáveis, ou seja, seguem a dinâmica de um processo contínuo, no qual ocorre um rearranjo dos elementos. Com isso, não “se deixam para trás” os elementos problemáticos, mas, sim, são levados adiante de outra maneira.

Complementa, ainda, a pesquisadora que as respostas às questões que se propõem só podem ser encontradas em dois espaços: no da prática, na qual se está inserido, na experiência

cotidiana do trabalho realizado, e no da reflexão crítica sobre os problemas que essa prática apresenta como desafios.

É importante também o recorte do que se entende por práxis, retomando Vázquez (1990, p.185), para quem “[...] toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”.

Para tanto, em conformidade com o autor, compreende-se que a práxis é uma atividade humana implicada na intervenção da consciência que se efetiva na ação. Os níveis de práxis referem-se ao grau de criatividade (produto de sua atividade) e ao grau de consciência (do sujeito no processo prático). Em qualquer nível de práxis, sujeito e objeto se apresentam em unidade indissolúvel na relação prática.

A práxis, segundo Vázquez (1990), compreende três níveis, a práxis criativa ou inovadora ou transformadora, a práxis reflexiva ou espontânea e a práxis reiterativa ou imitativa.

A ênfase para o século XXI é para a práxis transformadora que Backes (2000) corrobora, fazendo a análise de que ela exige do profissional de saúde, como ser humano consciente e social, estar preparado para o enfrentamento de novas necessidades, situações e produzir algo novo a partir de uma realidade ou de elementos pré-existentes, sendo imprescindível a intervenção da consciência crítica e da ação humana.

Para esse nível de práxis, portanto, é fundamental ao profissional de saúde saber trabalhar com a indeterminação, a imprevisibilidade, as diversidades e os conflitos.

A presente investigação propõe centrar-se na construção do saber gerencial e na conformação de competências ao enfermeiro, durante a formação acadêmica, para assumir e conduzir o processo de trabalho gerencial em saúde e na Enfermagem, numa proposta transformadora.

Redirecionando as indagações formuladas na introdução da temática, acrescentam-se novas inquietações em face do objeto deste estudo, a construção do saber gerencial e a conformação de competências ao enfermeiro para assumir e conduzir o processo de trabalho gerencial em saúde e em Enfermagem numa proposta transformadora:

- Até que ponto os docentes se encontram envolvidos em construir e/ou implementar estratégias para o aluno aprender a aprender com o cotidiano nos campos de prática e estágios? Ou seja, até que ponto, em seus espaços de trabalho, está se possibilitando, na formação do enfermeiro, a convivência com a profissão, seus limites e possibilidades, oportunizando o desenvolvimento de competências para a gerência numa perspectiva transformadora? Até que ponto os docentes estão preparados pedagogicamente para assumir tal proposta?

- O enfermeiro diante das demandas no exercício do processo de trabalho gerencial, em face dos limites e possibilidades encontrados, para atender aos modelos assistenciais e gerenciais coexistentes, consegue ou não superar as contradições e os conflitos e alcançar a práxis transformadora? Até que ponto a organização dos serviços de saúde, campos de prática e estágios estão adequados aos modelos assistencial e gerencial preconizados pelo SUS, abrindo espaço à perspectiva transformadora para a práxis? Até que ponto o eixo de formação do enfermeiro que está no serviço subsidia sua atuação para o modelo assistencial e gerencial propostos pelo SUS?

- O ensino de graduação em Enfermagem tem possibilitado o desenvolvimento de competências gerenciais na formação do enfermeiro? E até que ponto as instituições de saúde, campos de ensino prático e estágios, possibilitam o alcance de competências gerenciais ao aluno numa perspectiva transformadora? Ou seja, até que ponto é favorecido ao acadêmico de enfermagem a conformação e consolidação de competências gerenciais, como um movimento de idas e vindas, em contato interativo com a realidade?

- Até que ponto os docentes conseguem trabalhar com as parcerias dos serviços de saúde, com os enfermeiros de serviço, numa proposta transformadora para a práxis? Até que ponto o docente, o enfermeiro de serviço e o aluno aproveitam as oportunidades das práticas em campo e do Estágio Curricular Supervisionado para trocarem experiências e saberes, fortalecendo as parcerias entre o ensino e o serviço? Até que ponto as instituições de serviço e a IFES sabem como estabelecer, viabilizar, implementar e avaliar as parcerias?

Diante de todas as contextualizações apresentadas e das interrogações que permeiam o cotidiano exigindo respostas e soluções, delineiam-se para este estudo **os objetivos:**

- analisar as demandas gerenciais na práxis do enfermeiro inserido no processo de organização do trabalho em saúde e em Enfermagem, determinadas pelas Políticas de Saúde;

- analisar o processo de construção das competências gerenciais do acadêmico de enfermagem, apreendendo as limitações e estratégias advindas do processo ensino-aprendizagem, em face às Diretrizes Curriculares Nacionais.

2 CONSTRUINDO O CAMINHO METODOLÓGICO

2.1 Opção metodológica

A escolha do caminho investigativo na abordagem da realidade empírica para alcançar os objetivos propostos neste estudo é o da metodologia qualitativa.

A pesquisa qualitativa, conforme Minayo, Deslandes, Cruz Neto e Gomes (2004), responde às questões particulares que vêm atender a vida humana em sua essência. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com a apreensão da realidade que não pode ser quantificada. Assim sendo, ela incorpora a questão do universo de significados e da intencionalidade inerentes aos motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

Por conseguinte, tanto a objetividade dos fenômenos sociais quanto a subjetividade dos significados, atitudes, crenças, valores são consideradas interdependentes, ou seja, a ação e o significado se interagem. A pesquisa parte do ponto de vista dos atores sociais, mas não se limita aos mesmos, abrangendo as relações que os perpassam e os determinam. Assim também, o produto da investigação é inacabado e provisório, posto que não há verdade absoluta e, sim, a historicidade dos processos sociais (o objeto é histórico) e o caráter aproximativo da abordagem qualitativa (MINAYO, 2004).

A validade na pesquisa qualitativa se dá pela objetivação, a qual se encontra no rigor do uso do referencial teórico e do instrumental técnicos adequados e coerentes à apreensão do objeto. Conforme adverte Minayo (2004, p. 96), “o pesquisador apesar da teoria deve conservar a postura de abertura e flexibilidade que possibilite se surpreender com a realidade empírica, descobrindo suas particularidades”.

Este estudo, na construção do saber gerencial para os novos paradigmas da organização do trabalho em saúde e em Enfermagem, buscando conformar as competências gerenciais requeridas ao profissional do terceiro milênio, em face da práxis transformadora e do exercício da cidadania,

fundamenta-se nos eixos teóricos das Políticas Sociais da Saúde, da Educação e do Ensino de Enfermagem, com foco no ensino da Administração, e a relação dialética existente, que norteiam a formação do enfermeiro, os quais configuram as categorias analíticas.

Acredita-se que, para ser um agente de mudança social, é necessário o embasamento do conhecimento científico, da contextualização ético, política, social, econômica e cultural dos momentos históricos em que ocorreram a evolução do tema investigado. Entende-se, ainda, que o processo de mudança é contínuo e gradativo e a visão deve ser ampla e não pontual para as reflexões e a análise crítica da situação vivenciada.

Para tanto, o caminho da construção do referencial teórico-metodológico que fundamenta a análise dos dados corresponde à perspectiva dialética, na qual o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida. Em conformidade com Minayo (2004), pela coerência aos objetivos e pela relevância à práxis, propostos neste estudo, o método da Hermenêutica-dialética é apontado como o mais adequado para a interpretação aproximada da realidade, buscando, com base na dialética, os conteúdos conflitivos e antagônicos presentes em nossa realidade, e assim identificar e analisar as demandas e as expectativas dos sujeitos nos cenários das práticas gerenciais, quanto à conformação e consolidação de competências para o processo de trabalho gerencial.

A Hermenêutica-dialética trata-se de 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, 2004, p.219).

Apresenta Minayo (2002) que 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, pela necessidade, pelo senso-comum, pela vivência e pelo símbolo.

Complementa a autora que a dialética considera como parte da realidade o conflito e a contradição. E buscam nessa crítica, que pode advir de produtos sociais, como no caso desta pesquisa, 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 e da práxis.

Por conseguinte, uma análise que segue os princípios da hermenêutica-dialética procura 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 específicos que os distinguem e os contrapõem. Consideram-se, nesta investigação, as relações dos sujeitos, os docentes, os alunos e os enfermeiros de serviço, nos espaços intercessores que correspondem aos cenários onde ocorrem as atividades das práticas e dos Estágios Curriculares, que se configuram em momentos para o desenvolvimento de competências gerenciais durante a formação profissional, e até que ponto acontecem numa perspectiva direcionada à transformação da práxis.

2.2 Contexto do estudo

A opção pelo campo de desenvolvimento desta pesquisa é o cenário de atuação do enfermeiro, do aluno e do docente de Enfermagem durante o desenvolvimento das práticas e do Estágio Curricular, que constituem etapas do processo de formação profissional, conformação e consolidação das competências gerenciais, objeto deste estudo. Esse cenário refere-se a uma instituição de saúde hospitalar e a cinco ambulatorios da rede municipal de saúde que constituem campos para os estágios supervisionados aos acadêmicos, como também o Departamento de Enfermagem que pertence ao curso de graduação em Enfermagem da Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas - Centro Universitário Federal (Efoa/Ceufe), o qual passou a Universidade Federal de Alfenas-MG (UNIFAL-MG), a partir de dezenove de agosto de 2005, todos localizados no município de Alfenas, na região sul de Minas Gerais, a 250 km de distância de Ribeirão Preto-SP, 340 km de Belo Horizonte e, 306 km de São Paulo.

A cidade de Alfenas possui aproximadamente 77.000 habitantes e conta com duas Universidades, sendo uma pública, a Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), e uma particular, a Universidade de Alfenas (UNIFENAS), denominada Universidade José do Rosário Vellano, sendo oferecido em ambas o curso de graduação em Enfermagem. No período da realização da investigação empírica, na rede de serviços de saúde havia três hospitais conveniados ao SUS, sendo dois hospitais gerais e um psiquiátrico, e ainda um hospital privado. Na Atenção Básica, contava-se com nove ambulatórios, sendo dois de especialidades, e cinco equipes do Programa de Saúde da Família.

A instituição hospitalar conveniada a IES trata-se de um hospital geral, de médio porte, que oferece atendimento à clientela do SUS, de referência regional aos municípios pertencentes à Diretoria de Assistência Descentralizada de Saúde de Alfenas, Minas Gerais (DADS-ALFENAS), passando a se denominar Gerência Regional de Saúde de Alfenas (GRS-ALFENAS), no final do ano de 2005.

O referido hospital é de nível de complexidade terciário, possui no corpo de Enfermagem, nove (9) enfermeiros, capacidade para 120 leitos e taxa de ocupação média de 80%, sendo a principal referência na região para o Serviço de Hemodiálise. Oferece atendimento em clínica e cirurgia geral, em emergência, em terapia intensiva, dando cobertura às diversas especialidades médicas como: Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Proctologia, Ortopedia e Traumatologia, Nefrologia, Urologia, Dermatologia, Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria, Geriatria, Neonatologia, Oftalmologia, Cirurgia Plástica, Oncologia, e está em processo de autorização os Serviços de Quimioterapia e Radioterapia.

Os cinco ambulatórios compõem parte dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde, os quais estão disponibilizados aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG, sendo um de especialidades e quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), e também duas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), totalizando onze (11) enfermeiros, nestes serviços, no período desta investigação, desenvolvida nos meses de dezembro de 2004, janeiro e fevereiro de 2005.

É importante explicitar que o Sistema de Saúde do Município de Alfenas em 1994 é habilitado na forma de gestão semiplena, e em 1998, conforme a Norma Operacional Básica/96 (NOB/96) passa para a gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde, permitindo ao município planejar e atuar com maior autonomia para promover as transformações e atender às prioridades na área de saúde.

Ao final de 1999, inicia-se o processo de descentralização dos serviços de saúde, buscando-se facilitar o acesso da população ao atendimento nas clínicas básicas: Clínica Geral, Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria.

Os ambulatórios para atendimento na Atenção Básica estão estruturados para atender à demanda e, com exceção do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), não há nenhum Programa de Saúde implantado, no período de coleta dos dados empíricos deste estudo.

O atendimento secundário está organizado para a assistência aos pacientes portadores de Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS, Saúde Mental, Órteses e Próteses e para o Atendimento ao Idoso. Além dos atendimentos à clientela nesses Programas oferecidos, ocorre a oferta de assistência a pacientes referenciados pelas UBS que compõem o nível primário da Rede Municipal nas seguintes especialidades: Ortopedia, Pneumologia, Oftalmologia, Cardiologia, Neurologia, Endocrinologia, Dermatologia, Otorrinologia, Clínica Cirúrgica, Cirurgia Plástica, Gastroenterologia, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia.

A estrutura do sistema de saúde constitui Alfenas em pólo de referência para as cidades vizinhas, à procura de melhor qualidade na assistência à saúde. No entanto, até o momento, o atendimento é gerado pelo modelo de atendimento da demanda, com baixa resolutividade e sem definição do fluxo assistencial que facilite a hierarquização da assistência.

O Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG, em que estão inseridos os alunos e os docentes lotados no Departamento de Enfermagem, sujeitos deste estudo, está autorizado pelo Parecer nº 3246 de 5 de outubro de 1976 e Decreto nº 78949, de 15 de dezembro de 1976, reconhecido pelo Parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) nº 1484/79, Portaria MEC nº 1224, 18 de dezembro de 1979, tendo iniciado seu funcionamento em 1977.

No transcorrer dos seus vinte e nove anos, passou por três reformas curriculares, mantendo contudo a estrutura semestral das disciplinas, com entrada única anual. A primeira ocorre em 1980, quando o período de integralização aumenta para três anos e meio, ou seja, sete períodos. A segunda, em 1987, estende o curso para quatro anos. Essas mudanças apenas ampliam e reestruturam a grade curricular, sem grandes alterações no marco conceitual, filosófico e no perfil profissional.

No entanto, a terceira reforma, implantada em 1996, atendendo à Portaria 1721/94 do MEC (BRASIL, 1994), altera a carga horária mínima de 2500 para 3500 horas, distribui os componentes curriculares em quatro áreas temáticas, as Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem (correspondendo a 25% da carga horária), a Assistência de Enfermagem (35%) e a Administração em Enfermagem (15%). Esta está distribuída nos quarto, quinto e sexto períodos do curso, sendo respectivamente a Administração Aplicada à Enfermagem I, com 60 horas teóricas e 60 horas práticas; a Administração Aplicada à Enfermagem II, com 45 horas teóricas e 60 horas práticas; e, a Administração de Rede Básica, com 45 horas teóricas e 30 horas práticas. Os outros 25% atendem à exigência do Estágio Curricular Supervisionado nos dois últimos semestres (sétimo e oitavo períodos), com 450 horas cada um, totalizando 900 horas, sendo desenvolvidos em instituições hospitalares, ambulatoriais e nos Programas de Saúde da Família.

O ECS, nessa dinâmica curricular, constitui o momento na formação para a consolidação de competências trabalhadas nas práticas e a conformação de outras, oportunizadas no cotidiano vivenciado nos serviços conveniados. Assim, configura-se o momento para a intersecção entre os sujeitos, entre o ensino e o serviço, em que os conhecimentos da Administração são transversais para a atuação do aluno nos diferentes campos, dando continuidade ao que se iniciou durante as práticas. A lógica que direciona tanto as práticas como os estágios é o das especialidades, em que os alunos são distribuídos nas atividades, conforme as áreas específicas, principalmente no hospital, em que são escalonados para a Pediatria, Maternidade, Berçário, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Hemodiálise, Centro de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, e para a Supervisão Geral.

Passa a ser obrigatório como requisito parcial para avaliação e conclusão de curso, o trabalho de pesquisa concluído e apresentado à banca examinadora e em apresentação pública, como também o cumprimento de atividades complementares, articulando o ensino, a pesquisa e a extensão.

No momento da coleta de dados, ocorrida em dezembro de 2004, janeiro e fevereiro de 2005, compunham o corpo docente dezessete professores, enfermeiros, pertencentes ao Departamento de Enfermagem do Curso, sendo um doutor, quatro doutorandos, dez mestres, dois especialistas. No entanto, além destes, ministram os conteúdos relativos às Ciências Biológicas e Humanas, outros quatorze professores comuns aos demais cursos e lotados em outros Departamentos específicos da Universidade.

Dos dezessete docentes, enfermeiros, todos participam da supervisão de alunos no Estágio Curricular Supervisionado, oferecido no sétimo e oitavo períodos do curso, sendo distribuídos nos campos na área hospitalar e na rede de serviços básicos, conforme a disciplina que ministram. Desses docentes responsáveis pelo ECS, apenas três são da área de Administração em Enfermagem, sendo dois no campo hospitalar e um nos serviços básicos de saúde, os demais ministram disciplinas específicas. Assim, os docentes da Saúde da Mulher, da Saúde da Criança, da Saúde Mental, da Saúde Coletiva e Ambiental, da Saúde do Adulto, desenvolvem suas práticas e supervisionam o Estágio Curricular nos serviços básicos de saúde. E, os docentes da Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Pediátrica, Enfermagem Médico-Cirúrgico, Enfermagem em Centro Cirúrgico, Fundamentação Básica da Enfermagem, são os responsáveis pelas atividades desenvolvidas nas Unidades do hospital.

Por sua vez, o corpo discente é constituído por cento e sessenta alunos, distribuídos nos oito semestres, com entrada por meio de processo seletivo anual, com oferta de quarenta vagas.

Em atendimento à Resolução do Ministério da Educação e Cultura, pela Lei de Diretrizes e Bases, Brasil (1996a), inicia-se a revisão do currículo vigente e a elaboração do Projeto Político Pedagógico institucional e do Curso, a partir de 1997, num processo de idas e vindas, não se esgotando até os dias atuais.

Tanto a instituição hospitalar como as ambulatoriais mantêm parceria com a Instituição Federal de Ensino Superior em que está inserido o Curso de Graduação em Enfermagem, sendo oficializada por convênios, em atendimento à continuidade da regulação pelo Conselho Federal de Enfermagem, pela Portaria COFEN nº 299/2005 (COFEN, 2005) e por determinação das DCN (CNE/CES, 2001).

2.3 Questões éticas e legais

Obedecendo ao caráter ético, no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos determinada pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996b), obtêm-se as autorizações prévias para a coleta de dados, junto à Pró-reitoria de Graduação da atual UNIFAL-MG para com os acadêmicos de Enfermagem; ao Reitor, para os docentes do Departamento de Enfermagem, e, à Administração, tanto da instituição hospitalar como dos ambulatorios da rede municipal de saúde, para com os enfermeiros (APÊNDICE A).

Uma vez autorizado pelas instituições envolvidas, o Projeto de Pesquisa é encaminhado para análise ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo e aprovada conforme documento comprobatório (APÊNDICE B).

Assim também, é encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG, sendo aprovado de acordo com o parecer emitido pela comissão (APÊNDICE C).

Como critério para salvaguardar a questão ética da investigação científica, antes da realização da coleta do material empírico, os sujeitos são esclarecidos sobre os objetivos do estudo e orientados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), sendo entregue pela pesquisadora, como também, orientados sobre o anonimato e a liberdade de interromper sua participação, conforme desejarem.

Neste momento, também é solicitada autorização aos sujeitos, quanto à utilização de gravadores durante a coleta de dados para garantir a fidedignidade das falas.

2.4 Sujeitos do estudo

Em princípio, no ideário da investigação científica, procura-se trabalhar com todos os sujeitos envolvidos neste cenário de estudo, ou seja, os quarenta (40) acadêmicos no desenvolvimento do Estágio Curricular, os nove (09) enfermeiros do hospital e os onze (11) alocados nos ambulatórios da rede municipal, conveniados à Instituição Federal de Ensino Superior, assim como os dezessete (17) docentes, enfermeiros, que participam da supervisão do Estágio Curricular.

No processo inicial de sensibilização, os sujeitos são formalmente convidados, tanto por via telefônica ou pessoalmente, como por carta convite.

Nessa oportunidade, são apresentados os objetivos da pesquisa, a importância da adesão dos mesmos ao estudo, a garantia do anonimato, buscando diluir a preocupação de qualquer exposição futura, e com sugestões para agendar os encontros, no que diz respeito ao dia, à hora e ao local.

É importante ressaltar que o retorno desses sujeitos é parcial, comparecendo nos dias e horas agendados, por consenso dos convidados, apenas os que aceitaram participar dessa investigação científica, assinando no início do encontro o termo de consentimento, havendo a participação de trinta e cinco (35) dos setenta e sete (77) indivíduos convidados.

Constituíram-se, assim, os sujeitos deste estudo cinco (05) dos nove (09) enfermeiros do campo hospitalar, sete (07) dos onze (11) enfermeiros da rede ambulatorial conveniada, doze (12) dos dezessete (17) docentes, enfermeiros, e onze (11) acadêmicos de enfermagem, dos quarenta (40) matriculados no Estágio Curricular.

Este estudo compôs-se, então, de quatro (04) amostragens, a dos acadêmicos de enfermagem, a dos docentes, a dos enfermeiros de serviço do campo hospitalar e a dos enfermeiros do campo dos serviços básicos de saúde.

Baseando-se em Minayo, Deslandes, Cruz Neto e Gomes (2004), a definição da amostragem em pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. O que valida é a maior proximidade dos sujeitos sociais com o problema a ser

investigado. Sendo assim, com a amostragem reunida neste estudo, é possível trazer luz ao objeto, delinear-lo e refleti-lo em suas múltiplas dimensões.

É importante reiterar que todos os doze docentes são responsáveis por unidades ou setores nos campos onde são desenvolvidas as atividades do Estágio Curricular, na área hospitalar e nos serviços básicos. E, desses, apenas dois professores substitutos são da Administração em Enfermagem, nas vagas correspondentes a um professor em pós-graduação e a uma aposentadoria, sendo um da Administração da Rede Básica e o outro da Administração Hospitalar. Os docentes caracterizam-se pelo tempo de serviço na IFES em três grupos, em que cinco possuem mais de vinte anos de docência; dois têm entre dez a vinte anos; três com menos de dez anos e, dois, são professores substitutos. E, exceto um, todos são formados pelo curso de graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG.

Em relação aos cinco enfermeiros do hospital participantes do estudo, três têm entre dez a vinte anos de formados, dois são egressos do curso de graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG, e todos tinham contato direto com alunos durante os períodos de práticas e dos estágios. Assim também, ocorreu com os sete enfermeiros dos serviços básicos de saúde, sendo que, desses, quatro são egressos; dois possuem mais de vinte anos de formados; quatro entre dez a vinte anos, e um com menos de dez anos.

O envolvimento dos sujeitos, alunos, docentes e enfermeiros de serviço com o Projeto Pedagógico do curso, ocorreu no momento inicial de diagnóstico do processo de formação, na coleta de dados para delinear a reconstrução do Projeto Pedagógico. No entanto, nas etapas seguintes tem se ouvido os docentes e as representações dos discentes do curso, ficando à parte os enfermeiros de serviço, co-participes desse processo, que são solicitados para o Planejamento de Atividades para o Estágio Curricular Supervisionado e das atividades referentes às práticas.

2.5 O trabalho de campo

2.5.1 Coletando os dados

Opta-se, nesta investigação, pela técnica de grupo focal para a coleta do material empírico, que pode ser denominada como uma modalidade de pesquisa participante, por apresentar a possibilidade de expressar a subjetividade dos sujeitos, manifestando suas vivências e experiências no campo em estudo, neste caso, por meio de relato verbal e de discussões num grupo. Neste momento, já ocorre uma intervenção do pesquisador juntamente aos sujeitos do estudo.

Westphal, Bogus e Faria (1996) referem que a amostra para grupo focal deve ser intencional e os sujeitos devem ter pelo menos um traço em comum importante para o estudo proposto, o que nesta investigação configura-se no envolvimento dos mesmos nos campos de estágio.

Como afirmam ainda Pereira et al. (1999), o grupo focal possibilita o expressar coletivo, podendo também facilitar o envolvimento dos participantes nos processos de mudanças.

Reiterando a escolha pelo grupo focal para a investigação, à luz de Westphal, Bogus e Faria (1996), tal opção deve-se à oportunidade de envolver os sujeitos, que constituem os alunos, os docentes e os enfermeiros de serviço, num momento ímpar para contextualizar, fazer reflexões e analisar sobre a construção do saber gerencial e a conformação de competências gerenciais ao enfermeiro, num processo interativo que suscite diferentes pontos de vista, opiniões, críticas e sugestões, oriundas das discussões motivadas pelas questões disparadoras.

O que se busca no grupo focal, como afirma Minayo (2004), é trazer à tona tanto os aspectos cognitivos (opiniões, influências e idéias) quanto os interacionais (conflitos, lideranças e alianças) e as vivências e experiências dos sujeitos sociais e do grupo de referência.

Para Sena e Duarte (1999), o grupo focal é uma técnica que permite a coleta de dados qualitativos de um determinado grupo que tenha algum traço em comum e que discuta sobre um determinado tema, a partir de questões disparadoras, levantando vários aspectos sobre as mesmas.

Do ponto de vista operacional, os dados são coletados a partir dessa discussão entre os elementos do grupo.

Dada a importância da primeira aproximação com os sujeitos, Ressel, Gualda e Gonzáles (2002, p.2) denominam o convite para a participação do grupo focal de “enamoramento”.

Nos grupos focais, conforme Bender e Ewbank (1994), conta-se com um facilitador que coordena as discussões e, um observador, que faz os registros, representados, neste estudo, respectivamente pela pesquisadora e por uma docente pertencente ao Departamento de Enfermagem do Curso, em afastamento total das atividades didático-pedagógicas, para cursar a pós-graduação.

O facilitador, segundo afirma Garcia Montrone (1997), não deve influenciar nas diferentes percepções ou pontos de vista dos sujeitos, nem incentivá-los ao consenso, mas, sim, possibilitar oportunidade para exposição de idéias e comentários, na qual os participantes se envolvem mutuamente na discussão.

O observador deve ter também disciplina para realizar anotações sistemáticas daquilo que é observado sobre o comportamento dos integrantes do grupo, das reações verbais e não-verbais durante o transcorrer das atividades. Auxilia, ainda, no controle dos gravadores para registro dos discursos, na arrumação do ambiente de forma a favorecer a comunicação dos sujeitos, e participa do grupo, quando solicitado pelo coordenador (KRUEGER, 1998).

Em conformidade à orientação dada por Ressel, Gualda e Gonzales (2002), adota-se a disposição dos assentos em círculo, que confere maior acolhimento, maior interação face a face, dado todos os sujeitos estarem no mesmo campo de visão. Assim também, o observador e o facilitador ocupam posições distantes entre si, evitando idéia de centralização.

Acrescenta-se, ainda, a relevância que autores como Meier e Kudlowiez (2003) atribuem à organização do espaço físico e à escolha do local adequado e acolhedor para as sessões em grupo focal, o que neste estudo a pesquisadora busca garantir, possibilitando o atender ao consenso dos sujeitos. Para maior acolhimento, antes dos trabalhos realizados com os grupos focais, utiliza-se o

recurso da música ambiente e, após o encerramento das discussões, proporciona-se uma confraternização.

O tempo de duração e o número de participantes do grupo focal também devem ser respeitados. A previsão de duração é de uma hora a uma hora e meia e, a participação de, em média, 06 a 10 integrantes, podendo chegar a um total de 15. Como na entrevista, é fundamental utilizar o recurso da gravação (SENA; DUARTE, 1999; PEREIRA et al., 1999; CHIANCA; ANTUNES, 1999).

As autoras complementam que o facilitador no grupo focal utiliza um roteiro com questões preparadas previamente, e que, por sua vez, não há necessidade de segui-lo rigidamente, se as manifestações estão fluindo espontaneamente.

O roteiro deve conter questões abertas que estimulem as respostas e a discussão do tema de interesse, facilitando a condução do trabalho grupal ao encontro dos objetivos da pesquisa, conforme referem Meier e Kudlowiez (2003).

As questões disparadoras elaboradas para este estudo são primeiramente aplicadas para validação a um grupo de 12 alunos matriculados no 3º ano do Curso de Graduação em Enfermagem. Nesta oportunidade, são verificados alguns nós críticos relacionados ao uso de terminologias que dificultam o entendimento, sendo então reformuladas.

Nesta investigação, para a realização da coleta do material empírico nos grupos focais, utiliza-se um roteiro com quatro questões para nortear as atividades, envolvendo a formação, a práxis e as estratégias para a formação e para a práxis, abordadas de maneira particular a cada tipo de sujeito, como estão apresentadas a seguir:

Questões disparadoras para os acadêmicos de enfermagem

1. Como analisa o ensino teórico-prático da Administração em Enfermagem em sua formação?
2. Como se desenvolveram os estágios, tanto no campo hospitalar como no da saúde coletiva?

3. Na sua opinião, em relação à formação do enfermeiro, como deve ser o ensino de Administração?
4. O que você acha ser necessário para o desenvolvimento de competências gerenciais?

Questões disparadoras para os enfermeiros de serviço

1. Relembrando sua formação, como analisa o ensino teórico-prático da Administração na formação do enfermeiro?
2. No cotidiano do seu trabalho, como ocorre o exercício das funções gerenciais?
3. Na sua opinião, em relação à formação do enfermeiro, como deve ser o ensino de Administração?
4. O que você acha ser necessário para o desenvolvimento de competências gerenciais ao acadêmico de enfermagem?

Questões disparadoras para os docentes

1. Como você analisa o ensino teórico-prático da Administração na formação do enfermeiro?
2. Como se desenvolvem, nos campos de estágio hospitalar ou da saúde coletiva, as funções gerenciais do acadêmico de enfermagem?
3. Na sua opinião, em relação à formação do enfermeiro, como deve ser o ensino de Administração?

4. O que você acha ser necessário para o desenvolvimento de competências gerenciais ao acadêmico de enfermagem?

É importante esclarecer que as questões disparadoras norteiam as discussões, mas não determinam a mesma; assim sendo, cabe ao facilitador utilizá-las mediante a dinâmica dos trabalhos do grupo focal.

2.5.2 Trabalhando com os grupos focais

Nesta investigação, no desenvolvimento dos trabalhos junto aos grupos focais, são realizados quatro (04) encontros, envolvendo em um (01) deles os acadêmicos de enfermagem, em outros dois (02), os enfermeiros de serviço, sendo um com os do hospital e outro com os da saúde coletiva, e um (01), com os docentes.

Em relação ao número de sessões grupais, Aschidamini e Saupe (2004) referem que não existe um número padrão, dependendo sobretudo dos objetivos do estudo. Acrescentam que, no caso de diferentes grupos aos quais é proposta uma questão chave, um a dois encontros com cada grupo conseguem atingir o objetivo.

O primeiro trabalho com os grupos focais envolve os acadêmicos, os quais manifestam na fase de sensibilização pouco interesse em participar do estudo, sendo necessário realizar vários ajustes para conciliar o encontro, devido à indisponibilidade dos envolvidos. Esse encontro conta com a presença de onze (11) alunos, constituindo um grupo coeso, participativo, seguro nas exposições de suas vivências, após superação de visível tensão inicial, por meio de suporte elucidativo, dado pela pesquisadora no papel de facilitadora.

Essa atividade ocorre no período da tarde e perfaz o tempo de 1 hora e 30 minutos, havendo o atraso de um elemento e algumas breves interrupções, que são superadas pelos sujeitos do grupo, com os ajustes necessários para o andamento das discussões.

Após uma semana, é realizado o segundo encontro ou sessão, envolvendo os enfermeiros de serviço e, como já explicitado, não é possível reunir num único encontro os da área hospitalar

com os da área de serviços básicos de saúde, visto a sobrecarga de compromissos e horários de trabalho, não compatíveis entre os convidados.

Assim sendo, realiza-se o grupo focal com os enfermeiros dos ambulatórios, com a participação de sete (07) dos onze (11) envolvidos nos campos de estágio, com representatividade dos serviços desde o PSF, a Unidade Básica de Saúde (UBS), o Ambulatório de Especialidades, a Vigilância Epidemiológica. Eles optam por se reunir na Instituição de Ensino, buscando a neutralidade para o encontro, o qual transcorre em harmonia.

As atividades desse grupo iniciam-se com 30 minutos de atraso, para aguardar os participantes que confirmaram presença, e os que não comparecem, justificam impedimento para a saída do trabalho. Um deles trouxe suas duas filhas, alegando não ter com quem deixá-las e, por manifestar interesse em permanecer para as discussões, é integrado ao grupo por consenso.

A princípio, identifica-se uma tensão geral demonstrada pela preocupação com o comprometimento das gravações, que é diluída com a reiteração dos esclarecimentos pela facilitadora.

Esse grupo caracteriza-se pela participação efetiva de todos os sujeitos, havendo alguns momentos de fala monopolizada, ou seja, algumas usam a palavra mais vezes do que outras, sendo estas últimas incentivadas a falar pela facilitadora, sem perdas para as discussões, como também, por vários momentos de desabafo dos participantes, manifestando tensão, ansiedade e opressão. Ocorre no período da tarde e as discussões se mantêm por 1 hora e 10 minutos, esgotando-se pelos próprios envolvidos.

Os enfermeiros da área hospitalar encontram-se em outro momento, pois preferem que aconteça em seu local de trabalho, no período noturno, após o plantão da tarde, para facilitar a presença de maior número deles.

Isso contraria as orientações de Meier e Kudlowiez (2003) que apontam para um local preferencialmente neutro, isto é, de fácil acesso a todos, fora do ambiente de trabalho, livre de ruídos, possibilitando a captação das falas, sem “muitas” interferências.

Nesse grupo, dos nove (09) convidados, cinco (05) aceitam dar sua contribuição nesta investigação científica, e os que não participam alegam problemas particulares ou pouco

envolvimento com os acadêmicos. Durante essa atividade, há interferências por funcionários com a chamada da enfermeira do plantão noturno e da coordenadora de Enfermagem, ambas presentes. No entanto, as discussões são profícuas, com duração de 1 hora e 45 minutos, sendo necessário um intervalo de 15 minutos para a resolução de problemas, para evitar outras interrupções.

Após quarenta e cinco (45) dias, é que se consegue conciliar a disponibilidade dos docentes, todos os enfermeiros, responsáveis pela supervisão do Estágio Curricular, e reuni-los para a realização do grupo focal, do qual doze (12) participam. Na verdade, do total de dezessete (17) docentes, apenas três (03) não estão presentes, dados os compromissos pessoais e profissionais, pois, tanto a pesquisadora, no papel de facilitadora do grupo como a observadora estão excluídas do grupo, pelo envolvimento com a pesquisa.

Esse encontro é marcado por atrasos de dois (02) componentes e a breve saída de outros dois (02), durante as discussões, o que não interfere na sua evolução, a qual se retroalimenta pelas falas dos sujeitos, não sendo necessário a estimulação do facilitador. Ocorre pela manhã, com duração de 1 hora e 30 minutos, desenvolvendo uma dinâmica reflexiva, da qual todos participam contribuindo com suas vivências, fluindo as discussões até se esgotarem, dando-se por finalizadas as atividades do grupo focal pelos próprios sujeitos envolvidos.

2.6 Analisando os dados

Esta fase tem como finalidade “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não pressupostos da pesquisa e /ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte” (GOMES, 2001, p. 69).

Neste estudo, a análise dos dados fundamenta-se na perspectiva dialética, em consonância com o referencial teórico-metodológico desta investigação, permitindo contemplar os dados empíricos com suas particularidades, sem perder de vista a correlação com o contexto histórico e social em que estão inseridos.

Complementa Gomes (2001) que o processo de conhecimento não é único e não é acabado, é resultante de embates entre conclusões e refutações que levam a novas conclusões, pois o conhecimento que se produz acerca de um objeto é uma tentativa de aproximação da realidade.

Na análise qualitativa do material coletado nos grupos focais, uma das formas propostas por Iervolino e Pelicione (2001, p.119) é por meio da codificação dos dados via análise de conteúdo, que enfatiza a “descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões e em quais contextos isto ocorre”. E, a outra, é pelo sumário etnográfico que assenta-se “nas citações textuais dos participantes do grupo”. As formas citadas não são excludentes entre si, e podem ser combinadas em um só momento de análise.

Para a análise e interpretação do material empírico, neste estudo, utiliza-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática que, segundo Minayo (2004), busca os significados manifestos e latentes no material qualitativo, coletado por meio dos discursos dos sujeitos.

Assim, Minayo (2004) explicita que a análise temática destaca “o tema” como unidade de significado que permite descobrir os “núcleos de sentido” que compõem as comunicações dos sujeitos da pesquisa, caracterizados pela importância das “unidades de significado” identificadas.

A operacionalização da análise temática, proposta pela referida autora, constitui-se em três fases básicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A **pré-análise** é considerada a fase organizativa do estudo.

Esse primeiro passo consiste em organizar os dados coletados nos grupos focais, realizados com os sujeitos do estudo, em que a pesquisadora procede à transcrição das fitas-cassetes, respeitando os discursos dos sujeitos na íntegra.

Na impressão, são consideradas as quatro (04) amostragens do estudo. Assim, os grupos são enumerados com algarismos arábicos, sendo atribuído número **1** para os acadêmicos; **2**, para os enfermeiros do hospital; **3**, para os enfermeiros da saúde coletiva e, **4**, para os docentes.

Os sujeitos pertencentes a cada grupo são identificados pela letra S e recebem uma numeração em algarismo arábico, garantindo-se, assim, o anonimato das falas. Desse modo, a sigla **S 1.8** significa que se trata do sujeito 8 do grupo focal dos acadêmicos.

As anotações feitas de cada grupo focal realizado, pela observadora, configuram-se num relatório síntese que dá suporte para a caracterização dos mesmos (ANEXO 1-CD).

Nesse momento são retomados o objeto do estudo, os objetivos, os questionamentos e os pressupostos, direcionando a leitura do material impresso, que parte do geral para o específico.

A fase denominada **exploração do material** é a análise propriamente dita. Trata-se de um momento extenso do estudo, pois requer um movimento de ir e vir dos textos no intuito de explorar com profundidade o material disponível, culminando na categorização, que fornece ao pesquisador uma transformação dos dados brutos em informações com significado sobre o estudo proposto.

Assim, para a classificação do material empírico coletado nos grupos focais, são realizadas incessantes releituras dos conteúdos transcritos em cada grupo, procurando-se identificar e grifar os trechos dos discursos correspondentes aos vários núcleos de sentido, sendo definidas para este estudo duas grandes categorias empíricas que advém dos discursos dos sujeitos, que tratam da **formação**, que diz respeito **à construção do saber gerencial: o ensino da Administração em Enfermagem**, e da **atuação profissional**, no que se refere **à práxis do enfermeiro: cenário das práticas e estágios**.

Prosseguindo com a categorização do material empírico oriundo dos grupos focais, é realizada repetida vezes a “leitura transversal” de cada corpo agrupado, a partir dos núcleos de sentido, relacionando-os entre os sujeitos deste estudo: o aluno, o docente e o enfermeiro de serviço, do hospital e o da saúde coletiva.

Neste momento, procura-se fazer o enxugamento dos núcleos de sentido mais relevantes relacionados ao objeto e às questões desta investigação. Por conseguinte, neste refinamento classificatório, é possível definir as subcategorias empíricas nos seguintes recortes (ANEXO 1-CD):

Na **categoria formação – a construção do saber gerencial: o ensino da Administração em Enfermagem** identificam-se duas subcategorias empíricas:

- **Construção das dimensões do saber gerencial: processo ensino-aprendizagem**, englobando:
 - Relação teoria e prática;

- Estratégias de ensino-aprendizagem;
- Competências dos sujeitos no processo ensino-aprendizagem.
- **Conformação de competências gerenciais em face às Diretrizes Curriculares Nacionais**, englobando:
 - Perfil do profissional: o exigido e o possível;
 - Parceria ensino e serviço.

Na **categoria atuação profissional – a práxis do enfermeiro: o cenário das práticas e estágios** identifica-se a subcategoria empírica:

- **Organização do processo de trabalho em saúde e em Enfermagem**, desmembrada:
 - Processo de trabalho gerencial do enfermeiro;
 - Políticas administrativas institucionais.

A fase denominada **tratamento dos resultados** permite ao pesquisador propor inferências e fazer posteriores interpretações prenunciadas no quadro teórico, ou ainda vislumbrar novas frentes, servindo de base para uma outra análise, sugerida pela leitura do material, para novas dimensões teóricas, realizada pelo método da relação dialética.

Na análise final, procura-se, assim, com base em Minayo (2004), articular o material empírico e o referencial teórico, num movimento interpretativo e de abstração, visando ultrapassar a simples descrição dos dados e estabelecer relações que possibilitem novas explicações. Com isso, busca-se o encontro com os fatos empíricos, retomando os fundamentos da teoria e estabelecendo articulações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática, para construir uma nova aproximação do objeto, utilizando-se o método da Hermenêutica Dialética, sendo as categorias analíticas, as Políticas de Saúde, da Educação e o Ensino de Enfermagem, que conformam os eixos teóricos apresentados na fundamentação deste estudo.

Para tanto, na dimensão estrutural da análise, considera-se a proximidade dos dados empíricos ao contexto das transformações determinadas pelas Políticas de Saúde em relação à organização do trabalho em saúde e na Enfermagem e aos modelos assistenciais e gerenciais existentes. Na dimensão particular, a Política da Educação, por meio das Diretrizes Curriculares e

do Projeto Pedagógico que delineiam a formação do enfermeiro para este novo século, procurando ajustar a formação à práxis, numa perspectiva inovadora e transformadora, atendendo às demandas sociais e da vida. Assim também, na dimensão singular, o Ensino da Administração em Enfermagem, nas dimensões técnico-científica, ético-política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania, em que se considera o Estágio Curricular Supervisionado como espaço intercessor entre o ensino e o serviço, entre a teoria e a prática, entre os sujeitos desta investigação, o docente, o aluno e o enfermeiro de serviço, para a conformação de novas competências gerenciais e para a consolidação das adquiridas.

3 ANALISANDO A FORMAÇÃO NO CENÁRIO EMPÍRICO

É importante retomar, neste início de capítulo, que na análise do objeto deste estudo, que trata da conformação de competências gerenciais ao enfermeiro durante a formação, preparando-o para a práxis numa perspectiva transformadora, são consideradas como categorias analíticas, as Políticas de Saúde, da Educação e o Ensino de Enfermagem, que conformam os eixos teóricos de fundamentação apresentados.

E, ainda, na categoria formação que diz respeito à construção do saber gerencial: o ensino da Administração em Enfermagem é identificado duas subcategorias empíricas para a análise.

A primeira subcategoria refere-se à construção das dimensões do saber gerencial: o processo ensino-aprendizagem que engloba os recortes: - relação teoria e prática; - estratégias de ensino-aprendizagem; - competências dos sujeitos no processo ensino-aprendizagem.

A segunda subcategoria trata da conformação de competências gerenciais em face às Diretrizes Curriculares Nacionais englobando: - perfil do profissional: o exigido e o possível; - parceria ensino e serviço.

3.1 Construção das dimensões do saber gerencial: o processo ensino-aprendizagem

A concretização da relação dialética entre o eixo Educação, Saúde e Ensino da Enfermagem na perspectiva transformadora para a construção do saber gerencial e para a conformação de competências gerenciais ao enfermeiro envolve a atual organização do processo de trabalho em Saúde e em Enfermagem, na re-orientação filosófica e operacional do processo ensino-aprendizagem.

À luz de Santos (1997, p.197), a dicotomia ensino-serviço, educação-trabalho, é hoje questionado de maneira que “a Educação é concomitante ao trabalho e não mais anterior a este”. Para tanto, tem-se “a mudança da própria concepção de trabalho, em que fica evidente a diferença

entre trabalho e emprego, desvinculando a formação profissional enquanto investimento para um dado emprego”. Nessa linha de análise, o autor acrescenta que “a formação e o desempenho profissional tendem a se fundir num só processo, configurando-se na Educação Permanente”.

Na formação universitária, pressupondo-se um perfil profissional preparado para a práxis numa perspectiva transformadora, complementa Santos (1997, p.198):

[...] em face das incertezas do mercado de trabalho, da volatibilidade das formações profissionais, das mudanças dos perfis profissionais que ele reclama, tem procurado uma formação cultural sólida e ampla, quadros teóricos e analíticos gerais, uma visão global do mundo e das suas transformações de modo a desenvolver neles o espírito crítico, a criatividade, a disponibilidade para inovação, a ambição pessoal, a atitude positiva perante o trabalho árduo e em equipe, e a capacidade de negociação que os preparem para enfrentar com êxito as exigências cada vez mais sofisticadas do processo produtivo.

Ocorre, assim, certo regresso ao generalismo, conforme apresentado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, OCDE (1987, p.12, apud SANTOS, 1997), “a preparação deve ser ampla para uma grande variedade de condições subseqüentes imprevisíveis” em substituição a “um treinamento específico para uma tarefa que daqui a cinco ou dez ou vinte anos pode já não existir”. Neste relatório, OCDE (1987, p.66, apud SANTOS, 1997), consta ainda que “a universidade deve submeter os alunos a experiências pedagógicas que, independente do curso escolhido, criem flexibilidade, promovam o desenvolvimento pessoal e agucem a motivação individual”.

Nessa perspectiva inovadora de formação, os docentes são sempre considerados investigadores. Como esclarece Santos (1997, p.199), “a atmosfera de investigação foi sempre considerada o fundamento e a justificação da educação de nível superior”.

Em estudo sobre a prática docente pela reflexão grupal dos mesmos, Faria (2003) constatou a necessidade de se organizarem, enquanto equipe pedagógica, realizando o Planejamento Integrado do processo ensino-aprendizagem, em que o Planejamento de Atividades das disciplinas do curso deve ser elaborado em conjunto, envolvendo os docentes, os alunos e os parceiros de serviço, integrando ensino-serviço, sendo revisado continuamente e reconstruído tantas vezes quantas forem necessárias, consolidando-se, assim, a prática docente reflexiva,

investigativa, num exercício contínuo como articulador entre os sujeitos envolvidos nesse processo.

Analisando a construção das dimensões do saber gerencial no que se refere ao processo ensino-aprendizagem em que estão envolvidas a relação teoria e prática, as estratégias de ensino-aprendizagem e os sujeitos participantes deste processo, ainda referenciando Santos (1997, p.200), devem estar orquestrados ao compromisso social da universidade, conforme explica, “o apelo à prática, na vertente da orientação social e política, deve-se à invocação da responsabilidade social da universidade perante os problemas do mundo contemporâneo”.

3.1.1 Relação teoria e prática

Retomando Vale e Guedes (2004), a formação do enfermeiro para enfrentar as transformações do mundo do trabalho, norteadas pela construção de competências para a Administração e gerenciamento em Enfermagem, determinadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (CNE/CES, 2001), deve direcionar o processo ensino-aprendizagem para as quatro dimensões do saber, apresentadas por Delors (1998), o aprender a aprender ou conhecer, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a ser, visando à integralidade do fazer saúde.

Assim, é importante, fundamentado nos dados empíricos oriundos das discussões e depoimentos, tanto nos grupos realizados com os acadêmicos de enfermagem, como dos docentes e dos enfermeiros de serviço, e também, nas anotações da observadora, resgatar as relações importantes para a construção do saber gerencial.

Os acadêmicos de enfermagem em discussão no grupo focal revelam que, na relação teoria e prática no processo de construção do saber gerencial, o pouco embasamento teórico não lhes confere suporte para a atuação nos campos dos serviços básicos de saúde, o que acaba limitando a visão crítica, tornando-os inseguros, conforme evidenciam os recortes de falas: “[...] a teoria foi insuficiente... no ambulatório a gente ficava assim: o que é isso? como faz? pra que serve?...”

(S1.3); “[...] a gente tentou entender mais ou menos o serviço, mas não com tanta segurança...” (S1.2); “[...] poderia ter a visão crítica se está certo ou errado...” (S1.9).

Em relação ao estágio no hospital, os acadêmicos mantêm o consenso de que os conteúdos estão relacionados com as disciplinas do Curso, mas ocorre que a teoria ministrada nem sempre é oportunizada na prática, a qual está voltada mais para a assistência, diminuindo a disponibilidade de tempo para uma visão total das unidades e dos serviços: “[...] os conteúdos de administração se complementam com todas as outras disciplinas...” (S1.10); “[...] mas, a gente viu mais conteúdos na teoria que na prática. No hospital, a gente viu mais a parte de assistência...” (S1.9).

Essas dificuldades foram também encontradas por Timóteo e Liberalino (2003), que confirmam a pouca intervenção do ensino na realidade, quer pela utilização inadequada do tempo, quer pela falta de abrangência na explicação dos problemas encontrados no cotidiano do trabalho em saúde e na Enfermagem.

Entende-se que são sinais de que o ensino nos moldes tradicionais já não é suficiente para atender às demandas exigidas tanto para a formação como para o trabalho, como refere Morin (2000). E, ainda, que o docente deve ser capaz de inovar, facilitar a prática educativa, mobilizando diversos saberes, fomentando discussões, buscando soluções para atender às expectativas, tanto dos alunos como dos sujeitos envolvidos nos serviços.

Nesse enfoque, a discussão gira, apontando para a distribuição de carga horária, em que opinam sobre a possibilidade de redistribuí-la melhor, destinando mais tempo e espaço para a gerência do serviço, identificada na fala: “[...] a gente fica mais na assistência do que na gerência do serviço... acho que seria importante destinar mais tempo para a gerência do serviço...” (S1.10).

No que se refere às atividades administrativas desenvolvidas pelo aluno, estas são de natureza burocrática, dando uma visão distorcida da função supervisora ao acadêmico, como explicitado por S1.10 “[...] na supervisão geral, a gente estava preocupado em fazer relatórios das intercorrências ... mais do que ter uma visão total das alas... fazer uma supervisão total das alas...”.

No entanto, durante as discussões, a observadora registra que os depoimentos dados pelos alunos revelam uma riqueza de oportunidades para desenvolver a dimensão cuidadora em seu espaço de governabilidade e estes não conseguem alcançar como fazê-lo, na perspectiva da integralidade, talvez pelo fato de o modelo estar focado na função do profissional e, não, na do cliente. Para tanto, inserindo nessa análise Greco (2004) e Silva (2000), a gerência em Enfermagem deve ser entendida como uma atividade meio, ou seja, um instrumento que subsidia o cuidar, e não meramente atividades envolvendo questões burocráticas.

Na discussão, também fica explicitada a importância de inserir ou mesmo implementar a maneira de abordagem de alguns temas contemporâneos considerados fundamentais para conformar o saber e as competências do enfermeiro para a práxis profissional: “[...] *na saúde coletiva... a teoria deveria ser ‘revista’... a Política de Saúde é um assunto imenso, extenso, que modifica muito... a gente sai sem saber muito... a Bioética, a Globalização poderiam estar sendo discutidos mais... são assuntos do provão... o Programa de Saúde da Família...*” (S1.4).

É possível, assim, apreender que o aluno percebe a exigência de conhecimentos que o contextualizem com o mundo, e, mais particularmente, com o modelo de Atenção à Saúde preconizado pelo SUS. No entanto, em sua fala não faz referência ao significado desses temas para a atuação profissional, ainda reporta-se a eles de forma utilitarista. Revela, segundo Almeida (1997), a limitada consciência crítica necessária para vencer a alienação da resistente formação técnico-científica, centrada no modelo biomédico que desvincula do trabalho coletivo.

Para a perspectiva acadêmica, existe complementaridade na relação da Administração com as demais disciplinas, o que desvela o entendimento da importância da interdisciplinaridade da mesma, conforme está pontuado nas falas de S1.8 e S1.9, respectivamente: “[...] *acho que os conteúdos se complementam, sim, e a gente pode ver isso também na prática*”; “[...] *começa de forma gradativa mesmo, aos poucos você vai apreendendo na prática... e aos poucos com a teoria você vai incorporando a Administração em cada uma delas*”.

No entanto, ainda persiste na prática pedagógica o ensino por especialidades, fragmentando a construção do conhecimento para a prática gerencial, como sugere “*os conteúdos de Administração se complementam com todas as outras disciplinas... mas acho um pouco falho em*

relação à prática... falta esclarecer um pouco qual o papel da Administração nas práticas” (S1.10).

Como resultado da discussão entre os docentes, é também apontada a limitação da construção do saber gerencial na formação profissional do enfermeiro, pelo ensino fragmentado, pela formação voltada aos saberes por especialidades, onde, em cada campo, o aluno acaba por “fazer” um tipo de prática, em função da distribuição na escala de estágio nas várias especialidades, o que confere apenas noções, não dando para aprofundar o saber, como refere S4.8:

“[...] há uma abertura para os alunos estarem participando de várias atividades de gerenciamento... mas essa estrutura que o currículo tem fragmentado, por especialidade... é pouco tempo, mal dá para ter essa visão, mal consegue ver uma ou duas vezes... o aluno tem uma noção na questão de gerenciamento”.

Nessa discussão, também é abordada a limitação do docente, no que diz respeito a sua formação especialista para o alcance da interdisciplinaridade; quer dizer, o que ocorre é o impacto de perfis entre a formação fragmentada do docente, por especialidade e a formação profissional generalista do enfermeiro:

“[...] O docente tem dificuldade para trabalhar uma formação generalista, onde todo mundo se integra... seria até muito bonito, se nós da Materno-Infantil trabalhássemos juntas, uma dando continuidade ao trabalho da outra... nossa formação é segmentada, minha formação é da criança e a da colega é da mulher. Se o professor do Centro Cirúrgico sair desse setor e for para a Maternidade, ele não dá conta... a questão do modelo que se quer pregar com o professor que se tem é totalmente discordante... S4.7”.

Complica o quadro pela pouca ou falta de integração entre os docentes que são responsáveis, cada um, por seus conteúdos, o que é percebido pelos alunos. No caso da Administração, principalmente em saúde coletiva, questiona-se a falha e/ou ausência de integração dos conteúdos desta disciplina com as demais disciplinas específicas, e de estratégias de ensino-aprendizagem envolvendo a interdisciplinaridade, como está revelado numa das falas:

“[...] eu não consigo acompanhar a evolução do aluno, porque o curso é fragmentado... eu não sei o que o professor da Administração de Rede Básica está dando na disciplina dele” (S4.8). Assim também, S4.3 reitera que “[...] existe muito pouco intercâmbio entre os professores ... algumas coisas são tão fragmentadas, que a gente não consegue cobrar”.

Referem ainda que a interdisciplinaridade se configura em discutir, interagir e não apenas em comparar os conteúdos programáticos, ocorrendo ainda a pouca abertura entre os docentes:

“[...] a área hospitalar também precisa saber o que está sendo oferecido na Saúde da Criança, na Saúde Pública, na Psiquiatria, porque, de uma forma ou de outra, a gente tem uma interação com o cliente lá dentro do hospital S4.4”;

“[...] a comunicação verbal é muito melhor, do que apenas se inteirar pelo programa... é uma coisa que não acontece... S4.7”.

Em conformidade com a inquietação referida por alguns docentes deste cenário empírico pela pouca ou nenhuma comunicação verbal sobre o que cada disciplina contempla, configura-se num foco estratégico para se produzir a prática da reflexão grupal entre os docentes, a exemplo da desenvolvida por Faria (2003), buscando a ressonância entre eles para a investigação conjunta do que se ensina em Administração, como está sendo ensinado e o que precisa ser adequado, para permear todos os conteúdos e delinear caminhos para a prática pedagógica que favoreça o desenvolvimento de competências gerenciais para o aluno. A essa análise, reitera Masetto (2002), que o professor, ao ensinar, saiba mostrar, fazer, refletir e orientar a prática, articulando conhecimentos, habilidades, atitudes e espírito investigativo que subsidiam a construção e o desenvolvimento de competências ao aluno.

Caminhando nesse foco de análise, tanto entre os enfermeiros do hospital como entre os dos serviços básicos, fica também pontuada a questão do ensino fragmentado, por especialidades (Pediatria, Obstetrícia, Médico-cirúrgica, Centro Cirúrgico...), como fator limitante da integração da teoria com a prática. Referem que o aluno do último período do Curso não consegue sozinho juntar as partes, os fragmentos de conhecimentos, e o enfermeiro de serviço não consegue fazer essa articulação, até mesmo, pelo método tradicional, no qual foi formado. Reforçam que as

disciplinas são ministradas separadas umas das outras, com algumas tentativas de articulação, sem integrar com os conhecimentos da Administração, ou, se mesmo fazendo, se faz de maneira superficial, requerendo maior incentivo para o pensamento crítico e reflexivo do aluno, sendo apreendido nos recortes de falas: “[...] na graduação o aluno aprende partes da história...” (S3.5); “[...] quando chega no último período ele tem que ter condição de juntar as partes e fazer uma história completa...” (S2.2); “[...] mas, não é ensinado a ele, como não foi pra gente...” (S3.7).

Complementam, ainda, em concordância com os seus grupos, que a fragmentação do conhecimento não favorece o desenvolvimento do pensamento crítico no acadêmico, requerida pela formação generalista, como refere Santos (1997), e em consonância com as determinações das Diretrizes Curriculares (CNE/CES, 2001), como segue: “[...] uma grande dificuldade é fazer com que o aluno pense no que ele está fazendo...”.

É unânime entre os enfermeiros de serviço envolvidos neste estudo, tanto no campo hospitalar como na área básica, afirmarem que os conteúdos recebidos na academia estavam bem dissociados da realidade vivenciada enquanto profissionais, fato que permanece até hoje, como explicitado nos recortes de falas de ambos os grupos: “a formação de Administração que se dá na escola é diferente da prática” (S2.2); “o dia-a-dia é diferente, na prática como enfermeiro” (S2.4); “a grande dificuldade é a distância entre a academia e o serviço. A ‘academia está correndo e o serviço engatinhando’...” (S3.5).

Entende-se a distância referida entre a teoria e a prática, focalizando para “a academia está correndo e o serviço engatinhando”, que reforça a dicotomia existente nesse cenário empírico entre ensino e serviço, educação e trabalho, contrapondo o que Santos (1997) refere ser a Educação concomitante ao trabalho.

No entanto, entre os enfermeiros de serviço, é também apresentado em ambos os grupos que a integração teórico-prática se consolida com a experiência profissional, com o tempo, nas relações em serviço, com a realidade, com o cotidiano de trabalho, conforme evidenciado na fala de S3.4: “[...] a prática é com o tempo... como enfermeiro, com a experiência profissional, é que a gente foi entendendo a importância da Administração que a gente teve na teoria...”.

Apreendem assim, que o processo ensino-aprendizagem do saber gerencial é contínuo, permanente, o que chama a atenção para a formação e o desempenho profissional caminharem juntos, configurando na Educação Permanente, como reitera Santos (1997) e as Diretrizes Curriculares atuais.

É interessante inserir o apontamento da observadora quanto à angústia manifestada por alguns enfermeiros do hospital, ao tratar sobre o aprender a aprender com a vida profissional, sem o suporte da academia, o que revela, ao nosso entendimento, o compromisso da universidade em atender à necessidade da atualização aos profissionais em serviço, com a oferta da pós-graduação, que configura a demanda pela Educação Permanente na área da saúde. E, ainda, revela a percepção do enfermeiro de serviço quanto ao processo de idas e vindas, necessário para o desenvolvimento de competências gerenciais que extrapolam os limites da academia, e se consolidam nas relações em serviço, entre os parceiros, como também o quanto essa relação de ensinar e aprender é recíproca entre a academia e o serviço, aproximando o segundo em parceria com a primeira, da atualização, da inovação e com transformação.

Por sua vez, alguns docentes responsáveis pela supervisão dos alunos nos Estágios Curriculares confirmam que, como está revelado no recorte: “[...] *é muito questionado pelo aluno porque ele não faz o papel de administrador..., e quando vai para a prática como profissional, ele vê que aquilo que deveria ser não é aquilo que realmente existe...*” (S4.2). Assim, atualmente no ensino da Administração, complementa S4.1, o aluno ainda fica “*no faz de conta*”, “*no que deveria ser*”, não conseguindo vivenciar a teoria na prática, mais nitidamente na área hospitalar.

Em contraponto a esses docentes, surge na discussão a defesa de que o processo ensino-aprendizagem nas dimensões do saber gerencial acontece de maneira crescente e contínua, evoluindo das práticas para o estágio, “*a gente consegue ver a evolução desse aluno da prática para o Estágio Curricular...*” (S4.8), o qual deve assumir sua proposta na formação do enfermeiro que é “*oportunizar a experiência pré-profissional*” (S4.3). Assim, resgata-se que é fundamental “*articular nas atividades práticas a maior integração entre as disciplinas e, para os estágios, o planejamento conjunto dos docentes com os enfermeiros de serviço*” (S4.9), o qual

deve atender também à demanda do campo de estágio, estabelecendo uma relação de interação e troca.

O que revela a preocupação em direcionar o processo ensino-aprendizagem, na articulação da teoria com a prática, com o que Nimtz (2003) refere ser compromisso assumido pelas instituições de ensino como forma de resgate do trabalho.

Assim, atendendo ao desafio da formação do enfermeiro voltado para o trabalho, identifica-se a necessidade de os docentes assumirem uma pedagogia diferenciada, que considere no processo de formação a construção do conhecimento gerencial de maneira transversal, que segundo Rios (2001b), é recuperado em vários momentos, de idas e vindas, e que os sujeitos envolvidos no processo devem estar abertos para a articulação dos saberes, sem que isso denigra a imagem e o poder instituído pelo domínio exclusivo de qualquer conhecimento, buscando, assim, superar a fragmentação determinada pelas especialidades. No entanto, o envolvimento de todos os docentes, dos enfermeiros de serviço, e dos alunos, com o Projeto Pedagógico do curso ainda não se constitui realidade nesse cenário empírico, apesar de algumas tentativas que avançam para a maior integração entre os saberes, entre a formação e a práxis.

Durante a discussão entre os docentes, em face da construção do saber gerencial na formação, é apresentada a preocupação de que, diante do aumento da área de atuação do enfermeiro e da complexidade da mesma, em face da imprevisibilidade das situações no cotidiano do trabalho, *“o ensino teórico está aquém da demanda no campo de trabalho”* e *“o ensino de Enfermagem na graduação não consegue abranger a demanda do campo profissional do enfermeiro”* (S4.7). A docente, encontrando ressonância nos demais elementos do grupo, complementa: *“a gente se preocupa com muita coisa, o cuidar é muito abrangente, as áreas de atuação têm um aprofundamento muito grande e o que a gente tem no curso de graduação é muito pouco... para o aluno sair para o campo e atuar com mais tranquilidade”*.

Esse depoimento desvela o entendimento do docente quanto à formação generalista, exigida no Ensino de Enfermagem, o que, em face das condições do curso, gera certo impacto para atender à formação voltada ao trabalho, com as competências requeridas, em particular neste

estudo, as competências gerenciais, para o exercício de uma práxis na perspectiva transformadora.

Acrescentando ao discurso de abrangência do conhecimento requerido para o enfermeiro conformar as competências gerenciais para o trabalho, no perfil generalista esperado em face dos modelos assistenciais e gerenciais coexistentes, como exigência das DCN atuais, os docentes apresentam a complementação com a Especialização nas áreas específicas, enfocando a Educação Permanente para o enfermeiro, sendo imprescindível definir conteúdos e conhecimentos, tanto para a graduação como para a Especialização: “[...] *tem que pensar na formação de graduação do enfermeiro e na questão da Especialização... acaba misturando muita coisa... de repente, está ultrapassando... fica achando que o aluno tem que saber isso, mais isso, mais aquilo... é para se pensar...*” (S4.3). Acrescentam ainda: “[...] *o aluno sai como generalista, ele tem uma boa aceitação no mercado de trabalho, mas, ele sai com falhas*” (S4.8); “[...] *a gente reconhece as falhas... fica faltando a Especialização... não tem condições para dar todos esses aspectos na graduação*” (S4.7).

Esse depoimento tende para uma dupla interpretação; por um lado, entende-se a Educação Permanente como uma competência do enfermeiro, reiterando as DCN e, por outro, a abertura para que se justifique a superficialidade do conhecimento, atribuindo como saber generalista, deixando o aprofundamento para as Especializações. Configura-se, assim, a interpretação errônea pelas IES, em sério risco para garantir a construção das competências exigidas para a formação do enfermeiro, exigindo, dessa maneira, a clareza de que saber generalista diz respeito à ruptura da fragmentação dos conhecimentos, fortalecendo a integralidade na Atenção em Saúde e, não, às generalidades que caracterizam a superficialidade de saberes.

Atualmente é posto em discussão se a carga horária favorece a aplicação de estratégias pedagógicas que permitam trabalhar melhor o cotidiano de trabalho: “[...] *hoje, tem uma proposta para diminuição oficial da carga horária para 3200 horas... acho uma catástrofe para a formação do enfermeiro... E, a carga horária teórico-prática da Administração, dá tempo de trabalhar o aluno para as discussões?*” (S4.7).

Nesse momento da análise, é fundamental inserir se é possível operacionalizar práticas pedagógicas que favoreçam conformar competências ao enfermeiro em face do atendimento aos modelos que exigem mudanças na práxis, quando as forças das Políticas da Educação e da Saúde, ora se equilibram buscando conciliar formação e trabalho, ora colocam em risco a formação, abrindo espaço para cursos de 3200 horas para a Enfermagem, aprovado pelo Parecer CNE/CES nº 329/2004 (CNE/CES, 2004).

No entanto, ocorre a contradição entre a flexibilidade educacional e a rigidez normativa das corporações representativas que regulamentam o exercício profissional, e, assim, a oferta e a duração dos cursos superiores esbarram nas regras para o acesso à licença profissional, sendo vedada a prática profissional de egressos de cursos cuja concepção não são endossados por estas.

Culminam as discussões com a aprovação do Parecer CNE/CES nº 184/2006 (CNE/CES, 2006) que faz a retificação das cargas horárias mínimas dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial, excluindo dentre eles o curso de graduação em Enfermagem.

Segundo os princípios que definem as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, a sua duração deve constar do respectivo Projeto Político-Pedagógico, elaborado pela IES, e deve ser considerada como “carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos”. Com isso, fica evidente que a duração dos cursos deve ser estabelecida por carga horária total curricular, a ser cumprida nos tempos letivos fixados na LDB, Lei nº 9394/96, no mínimo de duzentos dias letivos para o ano/série, e com cem dias letivos/regime semestral, sendo que cada IES dimensionará o volume de carga horária a ser cumprida nas ofertas sob regime seriado, semestral, por sistema de créditos ou por módulos acadêmicos (CNE/CES, 2006).

Resgatando os discursos, os enfermeiros de serviço do hospital, em momento polêmico das discussões, apresentam em seus relatos de experiência a importância de implementar o processo ensino-aprendizagem, reforçando com conhecimentos que preparem o enfermeiro para a gerência de conflitos e de negociação, para trabalhar as relações interpessoais, a biodiversidade, a inteligência emocional durante a formação, desenvolvendo e consolidando competências, na dimensão do aprender a ser, do aprender a conviver e do respeito à cidadania:

“[...] o relacionamento é complicadíssimo!... saber gerenciar os conflitos, as crises, as emoções, as dores, as ações, trabalhar com o outro, que muitas vezes é limitado... este suporte psicológico que a gente tem que dar e a gente não tem onde buscar... S2.4”;

“[...] acho que são necessários conhecimentos que ajudem a gerenciar os conflitos, as relações interpessoais, igualmente aos conhecimentos específicos, científicos... S2.2”.

Por conseguinte, em relação à dimensão aprender a ser, aprender a conviver, ocorre entre os enfermeiros do hospital, o impacto do “eu pessoal” com o “eu profissional” na vida profissional, o que requer desenvolver a inteligência emocional para o enfrentamento de conflitos dessa natureza: *“[...] a gente tem que ir se achando, se achando... o suporte emocional não é trabalhado na formação do enfermeiro como deveria ser...” (S2.1)*. Reitera-se, assim, maior atenção ao preparo do profissional para o enfrentamento das relações que envolvem as situações de extremo, de dor, de sofrimento e de morte, as diferenças, as adversidades, ou seja, valorizar no ensino teórico-prático as dimensões aprender a ser e aprender a conviver.

Acrescentam, ainda, os enfermeiros desse grupo, a importância de desenvolver competências para as tecnologias leves: *“[...] nem sempre, o bom profissional é aquele que sabe tudo... mas, é aquele que te recebe bem, que sabe ouvir, que te passa confiança, que é bom, que é neutro...” (S2.2)*. Esse depoimento dado pelo enfermeiro revela que, no cotidiano do trabalho, consegue apreender que já não é suficiente o domínio do fazer e do saber, mas é necessário também desenvolver saberes, habilidades e atitudes que conformam competências para o ser e conviver no cotidiano do trabalho, como apresenta Masetto (2002), a respeito do compromisso do ensino universitário para a formação de futuros profissionais para a área da saúde.

Pelas considerações da observadora e pelos discursos dos sujeitos, tanto dos acadêmicos, dos docentes, como dos enfermeiros de serviço, fica desvelado que estes apresentam dificuldades no domínio do saber gerencial, no que se refere a aprender a ser e a conviver nas relações e situações do cotidiano nos serviços de saúde, e durante as atividades práticas e de estágio. O que se configura em limitação para conformar competências gerenciais ao aluno durante a formação,

para a atuação numa perspectiva transformadora, configurando momentos de contradições na articulação formação e trabalho, ensino e serviço.

Por conseguinte, se os sujeitos aprenderem a trabalhar com essas contradições e diferenças nos momentos de intersecção nos espaços dos cenários empíricos, gradativamente, irão alcançando a superação da reiteração e construindo a transformação da práxis.

3.1.2 Estratégias de ensino-aprendizagem

Para essa análise, resgatando Rios (2003), problematizar a prática permite trabalhar com a imprevisibilidade do cotidiano, exercitar e desenvolver o pensamento crítico e ético para o enfrentamento de situações críticas e conflitos vivenciados na práxis, como também desenvolver a maturidade frente à realidade concreta, construindo saberes e conformando competências gerenciais.

Os acadêmicos posicionam-se, em sua totalidade, favoráveis em relação a estratégias que consideram mais interessantes, que lhes permitam discutir os problemas que acontecem no dia-a-dia de estágio, direcionar a teoria para a realidade e fundamentar a prática, como:

“[...] as dinâmicas de grupo, as exposições de casos, de situações reais, devem continuar...” (S1.6);

“[...] discutir sobre qual seria nossa atitude numa situação... a instituição fez assim... qual o nosso pensamento crítico, ético?... com isso, a gente vai ter a mente trabalhada para enfrentar as situações na vida profissional com mais segurança... S1.4”.

Conforme os apontamentos da observadora, os docentes abordam várias vezes a questão de inserir no Planejamento do Estágio Curricular Supervisionado (ECS) os grupos de discussão para problematizar as vivências do cotidiano. No entanto, o que acontece, conforme apresenta S4.9, é que a proposta desenvolvida durante os Estágios Curriculares na área hospitalar não alcança o objetivo e, ainda, nos grupos não tem a participação dos enfermeiros de serviço.

“[...] no final de duas semanas de estágio havia um grupo de discussão dos alunos, com o professor responsável para estar discutindo o que foi feito e quais as dificuldades encontradas... Os alunos pouco participaram e os professores envolvidos, às vezes, nem todos podiam estar participando...”.

Por conseguinte, em concordância ao discurso dos acadêmicos, depara-se com poucas contribuições e retornos dos grupos, assim também, pouca resolutividade no serviço, como explicita o recorte: *“[...] é preciso haver processo de idas e vindas... é preciso rever os planejamentos de estágio, oportunizando ao aluno estar discutindo mais... não é só colocar o aluno em estágio que acabou...” (S4.9).*

A respeito da realização dos grupos de discussão para problematizar situações vivenciadas, durante o Estágio Curricular Supervisionado (ECS), os acadêmicos apresentam: *“[...] não adianta sobrecarregar, pois o aproveitamento é muito pequeno. Discutir os casos clínicos, as situações e problemas de Administração, o que aconteceu durante a semana no estágio é fundamental. Mas, tem que ter o tempo certo para isso...” (S1.7).*

Complementando com os apontamentos da observadora, eles entendem a importância dos grupos de discussão, mas apresentam a necessidade de desenvolvê-los dentro das seis horas de estágio ou, ainda, reservar um dia da semana para essa atividade, uma vez que nos sétimo e oitavo períodos, não há carga horária teórica, destinada para o ECS. E ainda referem que, depois das seis horas de estágio, estão muito cansados e não conseguem aproveitar muita coisa. Acaba por não se ver a hora de terminar, dando pouca contribuição à discussão, aproveitando pouco, o que revela uma prática no modelo das escolas nightingaleanas, apresentada por Backes (2000), na construção do objeto. Entende-se que a reflexão nos cenários empíricos da práxis é ainda percebida de maneira dicotômica, entre a formação e a práxis. Constitui-se um nó crítico, pois a reflexão não tem hora marcada, deve acontecer durante o cotidiano, nas relações entre os sujeitos.

Entre os enfermeiros dos serviços básicos, é também abordada com ênfase a problematização de situações ocorridas no cotidiano, para não cair no automatismo, mas conferem ao aluno a construção do saber gerencial e de competências, na medida em que participa de seu processo ensino-aprendizagem, conforme questiona, solicita, busca os porquês:

“[...] o aluno está mais questionador, tem uma gama de conhecimentos, ele pensa mais... a gente não fica na cola dele, não faz pra ele...” (S3.2).

No entanto, confirmam que o enfermeiro de serviço não está acostumado a questionar, pois, na sua formação, aprendeu a ser acrítico e a cumprir o estabelecido, como está desvelado no recorte: *“[...] a gente não está acostumado a questionar... mas, se não houver questionamentos, se não problematizar... não raciocina, não pensa, acaba fazendo tudo mecanizado...” (S3.5).*

Os enfermeiros da área básica avançam na análise e reiteram *“[...] é possível desenvolver a visão de gerência durante o Estágio Curricular que transcorre durante um ano...” (S3.6)*, reafirmando que o processo ensino-aprendizagem evolui nas relações em serviço, com a realidade, com o cotidiano de trabalho.

O aluno alcança maior domínio do serviço, maior desenvoltura, maior liberdade para atuar *“[...] no último ano, ele já tem formação melhor, ele gosta de maior liberdade. Se ele for um bom aluno, ele domina o serviço e ajuda a gente com o conhecimento...” (S3.3)*. Ocorre, assim, maior interação entre enfermeiro de serviço e aluno, como também maior troca de conhecimentos ensino e serviço, como apontam os depoimentos:

“[...] a gente chega para eles, eu não sei fazer isso, vem me ajudar. Faz uma rotina pra mim... há uma troca...” (S3.2)”;

“[...] o aluno tem que chegar ao serviço e ‘transpor’ um pouco do espírito crítico... levar uma proposta para desenvolver. E nós... aos poucos vamos vencendo, crescendo e aprendendo com eles (S3.3)”.

Diante do exposto, entende-se que os grupos de discussão configuram-se em uma estratégia de ensino-aprendizagem que favorece, num movimento de idas e vindas, o desenvolvimento do saber gerencial, configurando-se em momentos intercessores para o exercício do pensamento crítico e reflexivo, para as tomadas de decisão e para a resolutividade das situações do cotidiano de trabalho, adequando o Projeto Pedagógico às exigências das Diretrizes Curriculares atuais, conforme se apresenta no terceiro pressuposto.

Nesse caminhar, em face à inovação de posturas pedagógicas, entre os docentes, é referida a avaliação realizada pelos acadêmicos, docentes e enfermeiros, das atividades desenvolvidas nos campos de estágio, como uma estratégia para o alcance de avanços, no campo dos serviços básicos de saúde, no que se refere à relação ensino-serviço, como evidenciam os recortes:

“[...] No processo de avaliação do Estágio Curricular Supervisionado, a gente da saúde coletiva tem trabalhado dentro dessa discussão com o aluno e o enfermeiro de serviço... quando você faz esse trabalho com o aluno, voltando lá no campo, você muda alguma coisa, você fortalece... S4.7”.

Acrescenta, ainda, o referido docente:

“[...] a gente tem retroalimentado a relação com o trabalho... cada um no seu campo, com a sua realidade. A cada período que passa a gente está sempre ajustando alguma coisa que vem dessa avaliação do enfermeiro, do aluno e do docente... nós temos muito que melhorar, aprendendo...”.

Assim, esse *feedback* retroalimenta, tanto o processo de ensino-aprendizagem como o sistema de serviços conveniados, buscando alcançar a transformação, realizando mudanças na práxis.

De acordo com os depoimentos dos sujeitos, acrescentando-se as anotações da observadora, apreende-se que, na área dos serviços básicos, os enfermeiros apresentam-se mais abertos à problematização do cotidiano de trabalho com os alunos e os docentes, que os enfermeiros do hospital, sendo possível avançar, aproximando ensino e serviço, implementando as trocas, abrindo espaço para o desenvolvimento de competências gerenciais ao aluno, proposto nas DCN (CNE/CES, 2001), e por sua vez, viabilizando o que se apresenta no quarto pressuposto deste estudo.

Dada essa limitação identificada no campo de estágio hospitalar, durante o desenvolvimento de atividades práticas e de estágio, é apontada a integração entre os acadêmicos de diferentes

períodos, como estratégia para o processo ensino-aprendizagem do saber gerencial e do desenvolvimento de competências gerenciais:

“[...] o contato com colegas de outros períodos da Administração, da Fundamentação, da Médico-Cirúrgica é válido... S1.5”;

“[...] pelo campo ser ‘fechado’... a gente estar trabalhando com técnicos e auxiliares... com eles, a gente tem oportunidade de estar desenvolvendo a capacidade de gerenciamento... S1.4”.

Ao referir-se a campo ‘fechado’, traduz-se a questão de autonomia no campo, revelando que nas atividades do cotidiano o aluno tem maior contato com o trabalho dos técnicos e dos auxiliares que priorizam a assistência, tendo poucas oportunidades para o gerenciamento da Unidade ou do Serviço como um todo. E, assim, junto aos colegas, conseguem desenvolver as questões de gerenciamento, para a conformação de competências, o que se configura num contraponto na articulação ensino-serviço, pois as relações envolvem apenas os sujeitos da instituição de ensino, paralelamente aos sujeitos do serviço, não atendendo à proposta de formação para o trabalho.

Por sua vez, configura-se uma oportunidade para contextualizar com o aluno a divisão técnica e social do trabalho em Enfermagem, e articular nos campos da prática a gerência da assistência, voltada à integralidade do cuidado e do trabalho em equipe.

A maioria dos acadêmicos, em seus depoimentos, requer a oportunidade de experienciar a função da supervisão geral, acompanhando de perto o processo de trabalho gerencial do enfermeiro, como explicitado por algumas falas comuns: *“deve ser reservado pelo menos uma semana para acompanhar o enfermeiro” (S1.4); “ver a prática do dia-a-dia, como que é? o que ele supervisiona? como atua nas situações que acontecem?” (S1.9); “fazer gerência de serviço, acompanhando o enfermeiro” (S1.10).*

Assim, os acadêmicos, com esse depoimento, demonstram a importância da interação com o enfermeiro de serviço no cotidiano dos estágios, caracterizando a integração ensino e trabalho, a formação voltada à realidade, conforme reitera Rios (2001b), que apresenta o processo

educativo para a práxis transformadora como um movimento de idas e vindas com as demandas da realidade, e considera que a referência para a formação é a prática, como algo que se cria em um projeto conjunto entre os parceiros, confirmando, assim, o caminho para se operacionalizar o quarto pressuposto deste estudo.

No entanto, nos campos de estágio desse cenário empírico, ainda acontece um distanciamento do aluno quanto ao processo de trabalho gerencial do enfermeiro de serviço, mais nitidamente no ambiente hospitalar, o que limita o desenvolvimento de competências gerenciais.

Torna-se, assim, imprescindível valorizar e oportunizar as experiências que aproximam o acadêmico da realidade do trabalho, gerando a problematização dessa prática, envolvendo o docente e o enfermeiro de serviço, desenvolvendo o espírito crítico e questionador do aluno, a propósito do que já vem sendo gradativamente conquistado nos campos da área básica, em que o enfermeiro de serviço acredita e investe no potencial do aluno, respondendo positivamente como estratégia para atender ao quarto pressuposto deste estudo.

Diante do exposto, à luz da experiência da prática docente pela reflexão grupal, vivenciada por Faria (2003), reitera-se a importância da articulação entre os sujeitos envolvidos, o aluno, o docente e o enfermeiro de serviço, para um trabalho coletivo no desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem do saber gerencial, problematizando-se as situações do cotidiano do serviço de saúde, o que, neste cenário empírico, apresenta limitações a serem superadas. Justifica-se, assim, a reflexão grupal, que é entendida por grupos de discussão, como uma das estratégias a ser articulada, mobilizando os sujeitos a avançar para a perspectiva transformadora, viabilizando caminhos para atender ao compromisso social de formação da Universidade voltada para as demandas da realidade das instituições de saúde e da sociedade, como referencia Santos (1997).

3.1.3 Competências dos sujeitos no processo ensino-aprendizagem

Conforme os apontamentos da observadora, os acadêmicos consideram que falta embasamento teórico, o que limita a participação e o desenvolvimento em seu processo ensino-aprendizagem, alegando que *“quem não sabe não enxerga, não muda, não transforma”* (S1.4).

No entanto, na discussão dos docentes, a participação do aluno no processo ensino-aprendizagem está ligada ao seu interesse pela Administração, que associam com questões burocráticas, revelando que “[...] *tem aluno que aproveita, que se interessa, que busca, outros querem a assistência mesmo, não interessam em ficar preenchendo papéis, fazendo pedido de materiais, conferindo materiais...*” (S4.1).

Chama atenção nos relatos dos docentes a visão tradicional da gerência científica e burocrática, o que gera limitação na formação do profissional, traduzindo assim uma prática pouco reflexiva associada ao modelo hegemônico em saúde. Para nosso entendimento, tanto os alunos como docentes e enfermeiros de serviço, devem convergir esforços para reverter à prática gerencial os fundamentos do modelo gerencial participativo, flexível, viabilizando a valorização da dimensão cuidadora numa perspectiva voltada para a integralidade da assistência, conforme a proposta da ação articulada entre o MS pela SGTES com o MEC (BRASIL, 2004).

Foi lembrado, ainda, que o potencial individual para desenvolver as competências gerenciais difere de um aluno para outro, como apresenta o recorte:

“[...] Quando o aluno da Administração tem ‘aquela’ liderança nata, desenvolve as atividades... consegue pegar as orientações, mas, quando não tem muita liderança... chega no final do plantão, ele não dá conta nem de dominar o que tem os pacientes, nem o que é para passar no plantão... não consegue ter ‘aquela’ visão de Administração... S4.6”.

Em conformidade com Amantéa (2004), as Diretrizes Curriculares têm a concepção pedagógica balizada no aluno, o que, no nosso entendimento, deve ser trabalhado de acordo com as suas potencialidades, para o desenvolvimento de competências gerenciais, superando suas dificuldades.

A importância do docente, como elemento chave na integração teoria e prática, no papel de mediador do processo ensino-aprendizagem, é apontado pelos acadêmicos conforme explicitado: “[...] *a realidade é muitas vezes diferente da teoria que a gente tem como perfeita...*” (S1.8);

“[...] o professor deve relacionar a teoria com a prática... passar como deve ser o trabalho de acordo com a teoria e vice-versa...” (S1.4).

Os alunos revelam, ainda, que o enfermeiro de serviço, principalmente nos serviços básicos de saúde, contribui com o processo ensino-aprendizagem durante os estágios, sem, contudo, ter vivenciado a gerência de serviço: *“[...] de cada enfermeira, a gente conseguiu reunir algumas idéias e pegar o básico, mas, como gerenciar uma unidade, não...” (S1.3).*

Diante do exposto, confirma-se a importância do envolvimento do docente para as questões administrativas, buscando chamar a atenção do aluno, num processo de idas e vindas, estimulando o desenvolvimento de competências gerenciais no cotidiano de trabalho nos campos de estágio.

No entanto, os dados evidenciam que, para os acadêmicos deste estudo, tanto o professor que supervisiona, como o enfermeiro do serviço, nem sempre dominam os conhecimentos específicos de Administração, limitando a orientação dos alunos nas questões gerenciais: *“[...] Não é fácil!!, nem todos os professores dominam, e nem todos os profissionais do serviço dominam a Administração, a gerência...” (S1.4).*

O mesmo se repete em: *“[...] a supervisão do professor de outras matérias dava mais valor ao cuidado, à parte assistencial que à parte administrativa...” (S1.9); “[...] por não ser professor da área, não tinham conhecimento específico, entravam em confusão...” (S1.10).*

Nesses depoimentos, fica explicitada a indefinição do papel gerencial que o aluno tem que desempenhar durante o Estágio Curricular Supervisionado para o desenvolvimento de competências específicas, quer dentro da Unidade de Internação, na chefia de setor, como também na supervisão geral. E, por conseguinte, o docente não consegue apontar para esses papéis, pois a prioridade está na assistência. Para elucidação, os alunos estão escalonados nas funções de supervisão geral de duas ou mais unidades de serviço, na chefia de setor e na assistência direta.

De acordo com Ribas Gomes (1999), o processo de transformação da formação e da práxis evidencia que a gerência configura-se em um desafio, apontando, ainda, que o conhecimento específico de Administração não é fácil de ser estudado, dada a sua complexidade e abrangência.

Por sua vez, na discussão entre os docentes envolvidos na supervisão dos alunos nos Estágios Curriculares, identifica-se em algumas falas o reconhecimento de sua limitação na supervisão da parte administrativa, o que atribuem:

“[...] entre os docentes tem os que não gostam de fazer a parte administrativa, gostam de fazer mais a parte docente na sua área específica... S4.8”;

“[...] o professor não dá conta de ficar apontando a parte administrativa para o aluno... S4.6”;

“[...] a gente tem que ficar atentando para assistência durante o plantão... S4.2”.

Um dado referenciado pelos docentes é a limitação encontrada, quando os mesmos têm a responsabilidade do setor e da orientação e supervisão do aluno para as questões administrativas: *“[...] se eu tenho um setor todinho sob minha responsabilidade, dependendo do dia, da demanda ali, você não tem tempo de cobrar nada da parte administrativa... é cada um trabalhando num local... é a questão de tempo... S4.12”.*

Por outro lado, é gerado um contraponto, quando no mesmo grupo o docente apresenta:

“[...] no ensino da Administração o professor oferece todo o material, o aluno aprende... chega na prática, se os docentes fossem os responsáveis pelo setor... talvez o aluno tivesse mais condições de perceber a função do enfermeiro... talvez os alunos saíssem com mais competência para gerenciar... S4.1”.

Surge, assim, a questão da função de docente-assistencial como estratégia para ter maior autonomia, favorecendo o desenvolvimento de competências, como acontecia antes da mudança curricular de 1962. No entanto, o que atualmente acontece, particularmente nesse cenário empírico, é *“o docente priorizar na formação do aluno a assistência, cabendo ao enfermeiro a gerência do serviço”*, como complementa S4.1 durante a discussão. A realidade apresentada por esse depoimento contrapõe o que Mishima (1995) considera como gerência, a qual caracteriza como um processo aberto, que possibilita a criação coletiva de estratégias para a práxis, alicerçado no trabalho em equipe, entre os sujeitos, e não centrado em uma só pessoa.

Acrescenta-se ainda que, quando a supervisão é realizada por docente de outra disciplina, outra área específica, este tem dificuldade em ser facilitador na consolidação ou mesmo na conformação de novas competências gerenciais ao aluno em fase de formação profissional.

Entre os docentes, é apresentada a questão da pouca ou nenhuma capacitação dos mesmos, para trabalhar estratégias flexíveis, dada a formação pelo método tradicional, o que o faz assumir postura verticalizada e prescritiva sobre a atuação do aluno, não dando espaço para a construção participativa no seu processo de ensino-aprendizagem: “[...] *tem situação que o aluno de Administração é que teria que resolver... quando a situação brota, de repente, eu apresento a solução em vez de forçar o aluno... eu tenho que estar me policiando pra ver qual será a tomada de decisão dele, como ele vai avaliar a situação... S4.10*”.

Complementa-se, ainda, quanto à necessidade de capacitação pedagógica dos docentes para estratégias de ensino-aprendizagem inovadoras: “[...] *se tivessem alguns seminários, oficinas, para estimular novas estratégias para o docente... capacitá-lo para fazer com que o aluno problematizasse a situação e ele mesmo apresentasse as soluções...*”. O que nos fez refletir e traduzir uma “conscientização” do docente em buscar a superação da limitação de sua prática pedagógica tradicional. Isso se configura numa responsabilização da IES em favorecer ou promover a capacitação dos docentes para metodologias que desenvolvam o pensamento crítico e a reflexão do aluno. No entanto, resgatando Pimenta (2002), a prática pedagógica do docente deve também estar fundamentada na formação voltada ao espírito investigativo e à articulação ensino e serviço e, não apenas, a simples treinamentos e capacitações.

Nesse foco de discussão, é acrescentado também pelos enfermeiros dos serviços básicos que o docente, para ser articulador, precisa estar capacitado para o modelo pedagógico da problematização, o que ainda se configura num desafio, como pode ser identificado na fala:

“[...] hoje, até pode estar tentando trabalhar um ‘método diferente’, mas, a abordagem com que o docente ensina ainda é no ‘método antigo’... por mais que se queira que o aluno pense... desde que ele pense da maneira que você queira, está excelente!!!... S3.5”.

Contudo, apesar da demanda instituída pela capacitação pedagógica do docente e mesmo pela formação de docentes, ainda persiste na maioria das IES a resistência à inovação das práticas pedagógicas, coexistindo as linhas de pensamento reiterativo, apegado à pedagogia tradicional com a de pensamento transformador, aberto à problematização da realidade, à construção participativa e flexível do processo ensino-aprendizagem, rompendo a rigidez da centralização em que o conhecimento flui.

Acrescenta-se a essa análise a vivência apresentada por um dos enfermeiros do hospital em sua formação, a qual lhe traz inquietude em sua vida profissional, o que vem caracterizar a importância do docente no processo de construção do saber gerencial do aluno:

“[...] no estágio de supervisão, ficava um setor pra gente supervisionar... tinha que trabalhar com pessoas que não conhecia... você era acadêmico e eles não aceitavam suas normas... como lidar com isso?... uma professora me falava sempre: ‘lidar com pessoas é lidar com interesses’... você tem que ter jogo de cintura e tudo... S2.1”.

Com esse depoimento, o enfermeiro de serviço reforça a importância do docente como articulador no processo ensino-aprendizagem do aluno, facilitando o desenvolvimento dos saberes nas dimensões comunicativa, ético-política, além da técnico-científica, dos conhecimentos específicos de administração e liderança.

Para tanto, como articulador da construção do saber gerencial, requer ao docente utilizar-se da “riqueza” dessa situação, trazê-la para a problematização e para a teorização de temas importantes que embasam a conformação de competências ao enfermeiro, como a delegação de serviço, o trabalho em equipe, a liderança flexível, as relações interpessoais e multiprofissionais, a gerência de conflitos e a negociação, a supervisão participativa, as relações de poder e autoridade, a inteligência emocional, dentre outros que possam surgir na discussão de situações reais.

Essa reflexão encontra suporte na análise da prática docente reflexiva, referida por Schön (2000), que defende o desenvolvimento da aprendizagem no aprender fazendo, praticando a reflexão na ação, pelos sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem.

Apreende-se também a unanimidade entre os docentes, entre os enfermeiros do hospital e os dos serviços básicos, de que o docente deve ser o articulador entre a escola e o serviço durante os estágios:

“[...] é necessário que o professor preceptor do campo de estágio conheça as necessidades do serviço... para que o aluno vá na tentativa de suprir a demanda daquele serviço... S3.3”.

“[...] o aluno sabe que se ele tiver algum problema deve acionar o professor preceptor dele... o enfermeiro também sabe se ele tiver um problema com o aluno, ele vai acionar o professor e o problema vai ser resolvido... tem que ter essas duas vias de comunicação abertas... S4.8”.

Diante desse posicionamento dos sujeitos, considera-se a questão do compromisso do docente em conhecer a realidade do campo de estágio e, em parceria com os enfermeiros do serviço, fazer o Planejamento de Estágio, buscando atender às necessidades requeridas, avaliar as prioridades e conciliar ensino-serviço. Consegue-se, assim, com essa estratégia de ação do docente, delinear o caminho para operacionalizar a proposta transformadora do MEC com a SGTES em articular a formação profissional para atender às demandas requeridas pelos serviços de saúde e pela sociedade.

A articulação ensino e serviço encontra ressonância também entre os enfermeiros dos serviços básicos que demonstram estar mais politizados, manifestando interesse na interação com os docentes na construção do Projeto Pedagógico como está desvelado na fala de S3.5:

“[...] no dia em que os professores estiverem ‘enxergando’ a importância de inserir o enfermeiro nas discussões da escola, a gente vai poder atuar mais de perto... poderão estar passando pra gente como vai se desenvolver o conteúdo teórico-prático... assim, vai mudar o papel do profissional de enfermagem... Mas, da maneira como acontece na realidade, a distância continua, o Projeto Pedagógico está avançando e o serviço está a passos curtos...”.

Os dados evidenciam a importância atribuída ao docente, pelos sujeitos deste estudo, em relação a ser o elemento articulador do processo ensino-aprendizagem, conciliando ensino e serviço, teoria e prática, o que confirma Amantéa (2004), ao referir que as DCN (CNS/CES, 2001) têm a concepção pedagógica centrada no aluno e o docente se apresenta como facilitador desse processo, conduzindo-o para o desenvolvimento de competências e habilidades, inserindo-o no trabalho nos modelos assistenciais e gerenciais determinados pela Política de Saúde, na consolidação do SUS, cujo perfil apresenta a competência gerencial como um dos eixos de sustentação para a formação e para a práxis do enfermeiro.

Assim também fica explicitada a importância de integrar ensino e serviço no planejamento, supervisão e avaliação do aluno nos campos de estágio, em face das exigências requeridas pelas Diretrizes Curriculares, de articular a formação ao trabalho, refletidas nos Projetos Pedagógicos. Esses, retomando Vale e Guedes (2004), orientam os caminhos, mas, não viabilizam as condições para o fazer na perspectiva transformadora.

Para tanto, no campo hospitalar e nos serviços básicos, espaço de convivência entre os sujeitos envolvidos na formação e práxis do enfermeiro, articulando ensino concomitantemente ao serviço, em face das demandas oriundas do cotidiano do trabalho é que será possível, durante o desenvolvimento das atividades práticas e dos Estágios Curriculares, conformarem competências gerenciais, e consolidá-las num movimento de idas e vindas ao longo do Curso, buscando atender ao que se espera desse profissional para a gerência da assistência e de serviços, na proposta dos modelos assistenciais e gerenciais sustentados pelo SUS, operacionalizando o que se propõe no quarto pressuposto.

No entanto, para se alcançar a mudança do foco da atenção para o modelo assistencial centrado no usuário/cliente e, para o modelo gerencial mais participativo, centrado no 'trabalho orquestrado' da equipe multiprofissional e na flexibilidade das relações de poder, é fundamental a reflexão crítica, investigativa sobre os problemas que a prática apresenta como desafios, como propõe Rios (2003). A atuação reflexiva do docente deve acontecer tanto junto ao aluno como ao

enfermeiro de serviço, para que, na ação-reflexão-ação das situações do cotidiano, seja possível ir desenvolvendo os vínculos, a escuta, a responsabilização entre os parceiros, com os demais profissionais e com a clientela/usuário, em relação à atenção à saúde e à vida humana, que constituem o 'centro' do trabalho em saúde e em Enfermagem, superando a racionalidade técnica, atendendo ao que se apresenta no primeiro pressuposto deste estudo, no que se refere ao docente desenvolver estratégias para se alcançar a práxis transformadora.

3.2 Conformação de competências gerenciais em face das Diretrizes Curriculares Nacionais

Observando as dimensões estrutural, particular e singular, propostas neste estudo, o complexo cenário atual na área da saúde vem exigindo uma práxis transformadora, aumentando o desafio à formação de profissionais nas Universidades, sendo oportuno retomar algumas reflexões para a melhor percepção dos dados empíricos desta investigação, para a análise da construção de competências gerenciais durante a formação e o desenvolvimento das mesmas, no cenário da práxis do enfermeiro, campo de atividades práticas e de estágios dos alunos.

Por conseguinte, há a necessidade de transformações filosóficas e pedagógicas que venham a atender as expectativas da cultura no novo milênio, como está estabelecido na LDB (Brasil, 1996a), que, entre as finalidades principais da Educação Superior, destaca estimular a formação de profissionais com espírito científico e pensamento reflexivo.

Nesse momento da análise, é importante abrir um parêntese referente à questão das transformações no campo filosófico, retomando para melhor compreensão, a crise do modelo cartesiano que, pelo culto à racionalidade científica, abandonou a subjetividade dos sujeitos, tornando o homem mero objeto, subjugado pela tecnologia e pela história (JAPIASSU, 1996).

Apropriando-se das reflexões de Santos (1987, p.123), que, a respeito da opressão causada pelo reducionismo da ciência, refere “a ciência que produz conhecimentos e desconhecimentos, torna o cientista um ignorante especializado e o cidadão comum um ignorante generalizado”.

Na busca por alternativas, urge a reforma do ser humano, enquanto ser social e histórico o que, para Japiassu (1996), configura-se na necessidade de que o maior número de pessoas adquira e exerça a sabedoria como poder de tornar-se ativo, como vontade que avalia e interpreta, em substituição à existência de alguns poucos sábios, detentores do poder.

Em relação à transformação na Educação, resgatando Bordenave e Pereira (1977), trata-se da contraposição que ainda persiste nos dias atuais entre a concepção hegemônica tradicional, expressa pela pedagogia da transmissão, centrada no docente, na aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade, e a concepção crítica reflexiva, sustentada na construção do conhecimento, a partir da problematização da realidade, na articulação teoria e prática e na participação ativa do aluno no processo ensino-aprendizagem.

Na Saúde, desde a criação do SUS em 1988, a formação de recursos humanos está aquém na busca de alternativas que contextualizem as questões das práticas, técnicas, relações entre os setores, e a relação com a clientela/usuário do Sistema de Saúde, sobre o que Sakai (2001, p.111) refere que, “para o SUS ser operacionalizado, os recursos humanos para a saúde precisam compreender e participar dos processos de transformação dos modelos assistencial e gerencial da prática vigente”.

Para tanto, o desafio da Universidade na educação de profissionais para a saúde é recuperar seu papel na formação de cidadãos, com capacidade de reflexão, de crítica, de ação transformadora, o que considera “avançar a novas metodologias do ensino-aprendizagem e buscar a construção de Projetos Pedagógicos que reoriente a dinâmica curricular, considerando a concepção pedagógica de homem, de saúde, de modelo de atenção e de gerência” (FREIRE; GUIMARÃES; HENRIQUES; MAURO, 2003, p.382).

Para o alcance desse desafio, de acordo com Feuerwerker e Sena (1999, p.53), considera-se que os docentes, alunos, profissionais de serviço e comunidade trabalhando juntos, dentro e fora dos muros das Universidades e dos serviços de saúde, o que, neste estudo, diz respeito aos espaços intercessores, “desenvolvem novas maneiras de aprender, novas práticas de saúde, recuperando os valores da solidariedade e da cooperação”, sendo fundamentais para operacionalizar o processo de trabalho voltado à integralidade da assistência em saúde e à

flexibilidade na gerência, com abertura à participação coletiva, mobilizando os sujeitos para a formação de parcerias, buscando construir estratégias para a conformação e consolidação de competências gerenciais durante a formação.

Assim, na subcategoria empírica referente a conformação de competências gerenciais em face das Diretrizes Curriculares Nacionais, da categoria formação, são considerados dois recortes, sendo o primeiro, o perfil do profissional: o exigido e o possível e, o segundo, as parcerias entre as instituições de ensino e de serviços de saúde, estabelecidas por meio de convênios para a realização das atividades práticas e do Estágio Curricular Supervisionado.

3.2.1 Perfil do profissional: o exigido e o possível

No caminho das transformações, emanadas da LDB, surgem as Diretrizes Curriculares Nacionais (CNE/CES, 2001) que fornecem, a cada área de formação profissional, as bases para o exercício da profissão, definindo o perfil e as competências a serem alcançados, e ressaltando a necessidade da flexibilização dos currículos de graduação, de forma a permitir Projetos Pedagógicos inovadores, formando pessoas mais críticas, reflexivas, ativas, dinâmicas, adaptáveis às demandas do mundo do trabalho.

À luz de Deluiz (1997), por sua vez, no campo do trabalho, o modelo valorizado é o do trabalhador polivalente, multiquificado, capaz de assumir funções muito mais abstratas e intelectuais, com menos trabalho manual e mais manipulação da dimensão subjetiva dos sujeitos em ação. É exigido, ainda, desse trabalhador capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto-organizar-se e de enfrentar situações em constante mudança.

Dada a complexidade do campo de atuação dos enfermeiros, os movimentos para a mudança alcançam uma diversidade, buscando consolidar a formação desses profissionais, dotando-os de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) e de uma visão ampliada de saúde para possibilitar a atuação multiprofissional e interdisciplinar, tendo como beneficiários os indivíduos

e a comunidade, suprimindo suas demandas, a organização dos serviços de saúde e a gestão do trabalho (FEKETE, 1999; FREIRE; GUIMARÃES; HENRIQUES; MAURO, 2003).

Neste momento do estudo, procura-se direcionar a análise da formação dos enfermeiros, para o enfoque das exigências determinadas pelas Diretrizes Curriculares atuais, quanto ao perfil e à construção de competências gerenciais que envolvem as dimensões articuladas e integradas do processo de trabalho gerencial em saúde e em Enfermagem, que em conformidade com Almeida et al. (1994), diz respeito a técnica, a ético-política, a comunicativa e a de desenvolvimento da cidadania, numa perspectiva transformadora.

Os dados evidenciam que, durante a formação, os acadêmicos de enfermagem conseguem alcançar o entendimento de que devem aprender a aprender sendo partícipe do processo ensino-aprendizagem, “[...] *tem que criar, tem que ficar procurando os problemas, questionando, criando coisas... é preciso aproveitar os momentos certos para agir...*” (S1.7). Isso desvela o espírito crítico e questionador, saber aproveitar as oportunidades do cotidiano, para desenvolver competências para o exercício da liderança.

Na dimensão técnica da gerência, os acadêmicos discutem sobre a liderança, na dualidade entre ter o domínio global de tudo o que acontece e entre trabalhar a gerência, identificando as prioridades, como se pode apreender nos recortes:

“[...] a gente tem que saber um pouco de tudo, não pode focar só numa coisa, tem que dar conta de todos os exames que precisam ser encaminhados, todos os médicos que estão passando, o que eles estão pedindo, material que tem de ser providenciado para o bom funcionamento do setor. Tem que ter visão ampla... S1.5”;

“[...] Ah! Tem que ter a capacidade de filtrar as coisas... minha prioridade agora é essa... aí!!! você tem a capacidade de liderança para poder gerenciar... S1.6”.

Entre os enfermeiros de serviço do hospital, ter liderança é saber identificar e avaliar prioridades, a que se atribui ser uma conquista gradativa:

“[...] na supervisão geral, tem que saber quais os pontos chaves para supervisionar... o aluno inicialmente pensa que tem que enxergar tudo, dar conta de tudo e isso não vai acontecer... a gente visualiza os setores com os problemas chaves e busca intervir... ele vai aprender a filtrar o que é importante, conforme for adquirindo a maturidade... S2.4”

Nesse caminhar para o entendimento de como se conformam as competências gerenciais, no cotidiano dos estágios, os acadêmicos referem experienciar situações em que se revelam a prática do modelo de liderança autocrático e centralizador e apontam para certo grau de insatisfação frente a essa realidade:

“[...] o enfermeiro tem que ter liderança... mas, depende do tipo de liderança... é uma dificuldade... numa Unidade Básica de Saúde o enfermeiro acha que está no ‘topo’ e que as outras pessoas não têm seu valor... deveria saber trabalhar e ‘respeitar os valores de cada um’... isso é ter liderança... S1.10”.

Ao que se percebe, a liderança referida nesses depoimentos, tanto de acadêmicos como de enfermeiros de serviço do hospital, em conformidade com Mishima (1995), restringe-se à visão da dimensão técnico-administrativa do saber gerencial que o enfermeiro deve desenvolver desde a formação. No entanto, a autora e Masetto (2002) complementam que requer, a ele também, assumir atitudes profissionais que caracterizam o aprender a conviver, nas dimensões comunicativa e ético-política do saber gerencial e, ainda, do aprender a ser, construindo competências para o desenvolvimento da cidadania, requeridas ao perfil do profissional para atuar nos paradigmas da integralidade na assistência e da flexibilidade na gerência.

Por outro lado, nos registros da observadora, identifica-se que, pelo posicionamento dos acadêmicos, mesmo que de forma elementar, estes conseguem avançar na questão da liderança participativa, em que os valores individuais são reconhecidos, o trabalho em equipe é valorizado, e o poder é descentralizado para as tomadas de decisão. Historicamente, a gerência participativa vem se evidenciando a partir da década de 1990, determinando mudanças na organização do trabalho em saúde e na Enfermagem, e a inserção na formação dos profissionais de saúde do trabalho coletivo, em equipe, superando a formação voltada à rigidez hierárquica, cujo poder é centralizado e inflexível (MOTTA, 1998).

Observa-se também que, em se tratando de perfil dos profissionais da saúde, para desenvolver a práxis de maneira criativa e transformadora, os enfermeiros dos serviços básicos focalizam a importância *“de desenvolver desde a base o espírito crítico e questionador...”* (S3.3). E apontam que *“a geração dos novos enfermeiros é muito mais crítica e reflexiva, e não vai aceitar qualquer coisa...”* (S3.2). E complementam que *“se a gente aprende a receber ordens de cima para baixo, a gente tem pouco espírito crítico... não consegue mudar nada...”* (S3.3), o que revela a consciência desses enfermeiros para as inovações e as mudanças, e a necessidade de se buscar a superação da reiteração, sustentada pela alienação do pensamento acrítico, respondendo com contraponto ao segundo pressuposto desta investigação, que apresenta que os enfermeiros não conseguem avançar para a práxis transformadora.

Em concordância com as Diretrizes Curriculares atuais, os acadêmicos apontam, no perfil do enfermeiro, o domínio do conhecimento técnico-científico específico e geral, a capacidade de tomar decisões e resolver os problemas, que subsidiam enfrentar a imprevisibilidade do cotidiano de trabalho, como se identifica em parte do discurso:

“[...] o que ‘faz a diferença entre um enfermeiro e outro é o domínio do conhecimento’ e a postura profissional... é estar presente nas situações para as tomadas de decisão e a resolutividade... ala cheia, com pacientes graves que necessitam da presença do enfermeiro, da orientação para os funcionários... S1.5”.

No entanto, focalizando para: *“o que faz a diferença entre um enfermeiro e outro é o domínio do conhecimento”*, configura-se a questão do *‘poder pelo saber’*, que é característico do Modelo Hegemônico Neoliberal, centrado no saber médico, o que limita o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe, em que os saberes são orquestrados numa relação de interação e igualdade, como propõem Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005).

Essa questão do poder conferido ao conhecimento do enfermeiro é destacada também pelos enfermeiros do hospital: *“[...] o enfermeiro tem que ter segurança em relação ao auxiliar e ao*

técnico... se você mostrar que não sabe, ele fica inseguro com a gente... perde a confiança, o respeito e não tem produção boa...” (S2.2). E acrescentam:

“[...] Na Enfermagem tem que ter um conhecimento geral de tudo... tem que gerenciar tudo... não é só providenciar recursos... a gente tem que se preocupar em gerenciar a assistência para os pacientes e para isso é necessário ter conhecimento de patologia... a Enfermagem tem que entender de neuro, ortopedia, de nefro... hoje tem especialista para tudo... S2.4”.

Com esses depoimentos, é possível inserir na análise que o profissional na linha de trabalho, em particular no hospital, atende à exigência do modelo curativo, centrado nas especialidades médicas, o que requer do enfermeiro um domínio de conhecimentos num leque abrangente, o que lhe confere poder e respeito frente à equipe. O que revela também que a interação e integração entre os profissionais de saúde, buscando a orquestração de conhecimentos para alcançar a integralidade da assistência, no fortalecimento da dimensão cuidadora, proposta pelo SUS, ainda se configura num desafio a ser alcançado nessa realidade empírica.

É destacado também, pelo próprio profissional, que o enfermeiro é o elemento articulador para a equipe de enfermagem e a multiprofissional: *“a gente aprende que o enfermeiro é o chefe e a equipe tem que se submeter a ele, mas, não é bem assim que acontece no trabalho...” (S2.1).* E complementa que, durante a formação, o ensino priorizou a liderança centralizadora, hierarquizada, limitando a atuação gerencial do enfermeiro: *“na Administração a gente vê a liderança em enfermagem com uma visão como se estivesse indo para a guerra... para liderar é preciso ter autonomia... mas a escola não dá a forma para liderar...” (S2.1).*

Por sua vez, esse modelo de liderança em que o enfermeiro de serviço foi formado atende à gerência racional, fundamentada no taylorismo e no fordismo, e não confere abertura para maior sensibilidade nas relações, para a imprevisibilidade, para o emocional, o espontâneo e o ilógico, que caracterizam a flexibilidade nas relações gerenciais, como refere Motta (1998).

Encontra *feedback* na maioria dos acadêmicos a importância do enfermeiro *“saber gerenciar conflitos...” (S1.9); “saber lidar com pessoas...” (S1.1); “saber ouvir, saber falar...”*

(S1.8), que expressam o entendimento a respeito do domínio de tecnologias leves, apresentadas por Merhy (1997a,b), que envolve o acolhimento, a escuta e o vínculo, fundamentais para conformar competências gerenciais na dimensão comunicativa, requeridas para o perfil do profissional.

Entende-se ainda que, quando o acadêmico refere: “[...] o enfermeiro precisa ter atitude ética... chamar a atenção na frente dos outros, de todo mundo, não é certo... você expõe muito a pessoa, cria um clima ruim, cria conflito, muita confusão...” (S1.8), ele está apreendendo também a importância da dimensão ética do saber, que lhe confere competência quanto à atitude e à postura profissional na relação com o outro.

A dimensão ética é fundamental no gerenciamento de conflitos e negociações, constituindo um instrumento de transformação social, o que Garrafa (1995) afirma ser o “outro”, não um competidor ou subalterno, mas parceiro, e as relações assim entendidas assumem a premissa da solidariedade e da partilha, consolidando o direito da cidadania.

Foi lembrado, ainda, por uma das acadêmicas, S1.9, uma situação vivenciada, a qual lança o questionamento de se constitui oportunidade ou barreira para o desenvolvimento do saber gerencial e de competências:

“[...] a gente vê muito isso no Plantão Noturno... tinha que cuidar das quatro alas... teve época que estavam lotadas, com mais de sessenta pacientes... tinha que dar conta dos pacientes, saber o que cada um estava precisando, tanto de materiais necessários e tudo mais... e mais, fazer as admissões... os funcionários não faziam... diziam: ‘essa é sua função!!’, às vezes, chegavam cinco pacientes numa ala e três na outra...”.

Esse tipo de articulação confirma a importância de trabalhar na formação do enfermeiro a dimensão comunicativa, fundamentando-o para as relações interpessoais, multiprofissionais, como também a dimensão técnico-científica do saber administrativo, referente à delegação de serviços, à tomada de decisão, à liderança, que conferem competência ao enfermeiro para a gerência da assistência e de serviço; caso contrário, situações como estas tornarão o trabalho mecanizado, centrado em procedimentos, o acadêmico mero “tarefeiro”, além de fomentar

relações conflituosas no dia a dia dos estágios. Resgata-se, assim, o primeiro pressuposto, de que o docente deve aproveitar as situações do cotidiano para trabalhar as competências gerenciais no profissional em formação.

Questiona-se também, entre os docentes, a falta de clareza em identificar o perfil possível de estar formando o aluno em face da realidade, em relação ao perfil que se espera pelas Diretrizes Curriculares, no que se refere à construção do saber gerencial: “[...] *toda disciplina também tem um perfil em que você agrega e tem um perfil maior do Projeto Político-Pedagógico, de acordo com aquilo que ela vai trabalhar, de acordo com as possibilidades do campo... falta essa discussão de que perfil gerencial se espera do aluno*” (S4.3). Para tanto, esclarece S4.8: “[...] *a Administração, para o aluno dos 7º e 8º períodos, que vai fazer tudo... há a necessidade dos professores discutirem o que o aluno, quando atinge este ponto, tem que fazer... o que a Administração quer... o que o ‘outro’ quer...*”.

Nessa reflexão conduzida pelas docentes, para a formação do enfermeiro, fica explicitada a necessidade de se definirem as metas para o processo ensino-aprendizagem no Estágio Curricular, de modo que haja uniformidade e critérios para a supervisão, e o que estar orientando e desenvolvendo com o aluno. Resgata-se, assim, que a premissa para a construção do saber gerencial e a conformação e consolidação de competências gerenciais, durante a formação, seja entendida pelos sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem como um movimento de idas e vindas, evoluindo das atividades práticas para os estágios, num processo contínuo, como apresenta o terceiro pressuposto deste estudo.

Retomando que, para o enfermeiro ser elemento articulador da equipe de enfermagem, são requeridas posturas e atitudes exigidas pela dimensão comunicativa, no cenário empírico, S2.2 complementa, apresentando o relato de uma vivência que refere a dificuldade do enfermeiro em trabalhar com competências dessa dimensão, confirmando a percepção dos acadêmicos face a esse nó crítico no perfil encontrado nos profissionais nos campos de estágio, citado anteriormente:

“[...] Um acompanhante veio me reclamar, não da Enfermagem, pois considerava a assistência muito boa, mas achava que era pouco o número de funcionários para o setor. Eu respondi que a gente sabe que é pouco... ‘Se o senhor tivesse falado que algum funcionário foi sem educação, se alguma medicação não foi feita. É a mim que o senhor teria que estar reclamando. Mas, nesse caso, o senhor deve reclamar direto na administração ou reclamar diretamente na UNIMED’. Porque não era eu que tinha que ouvir que... S2.2”.

Considerando o enfermeiro como “ponte” na rede de comunicação entre as equipes de apoio, a Administração, o paciente, a família e a comunidade, o que constitui atribuição de sua função supervisora, evidencia-se que, na formação profissional, é fundamental a valorização das tecnologias leves para subsidiar na práxis uma postura de acolhimento, priorizada na dimensão cuidadora, um dos processos de trabalho do enfermeiro, em que a gerência se configura como um instrumento para viabilizá-la, como confere Greco (2004) e Silva (2000).

Fica também explicitada nas falas dos enfermeiros do hospital, num momento de polêmica envolvendo alguns dos sujeitos, a importância da postura ética e legal mediando as questões conflituosas que acontecem no cotidiano do trabalho. Questionam se o rigor exigido para a ética do enfermeiro é um fator facilitador ou limitante nas relações do cotidiano, gerando contradições nas posturas apresentadas e necessidade de repensar o “ético”:

“[...] tem situação no cotidiano da gente que você sabe a gravidade do problema e você não pode... dependendo da hierarquia, do poder envolvido, não pode falar o que sabe... S2.5”;

“[...] na Enfermagem, em tudo a gente questiona isso é ético, aquilo é ético... de repente, a gente deixa de fazer alguma coisa porque a gente acha que é ‘anti-ético!!’... S2.2”;

Assim, de acordo com Garrafa (1993), a dimensão ética, na práxis transformadora requerida para o profissional da saúde, deve vir atrelada ao desenvolvimento da cidadania, em que os sujeitos devem ser protegidos e respeitados em seus direitos à vida e a mantê-la em limites de qualidade e dignidade para sua sobrevivência. Reitera-se, assim, a importância da relação multiprofissional no trabalho em equipe em que o cliente é o foco, e é em função dele que fluem

as relações. Por conseguinte, configura-se que, no espaço singular, em que se desenvolvem as atividades no cotidiano de trabalho em saúde e na Enfermagem, é possível estar delineando o processo de transformação nas relações em serviço, e dos valores profissionais e pessoais, conformando e consolidando competências gerenciais nas quatro dimensões do saber.

Em face dos dados empíricos obtidos dos acadêmicos, docentes e enfermeiros de serviço nos campos hospitalar e na rede básica de saúde, e dos apontamentos da observadora, é importante reiterar que os acadêmicos conseguem perceber, para o perfil profissional, as competências gerenciais requeridas nas quatro dimensões do saber. Desvelam também em seus depoimentos que o enfermeiro, mais nitidamente o do hospital, encontra nós críticos para o alcance das mesmas, tanto na sua participação na formação, como no desenvolvimento de sua práxis. São limitações individuais ou institucionais, que constituem um desafio a ser enfrentado nesse contexto de transição de modelos pedagógicos, assistenciais e gerenciais.

Os docentes, por sua vez, mostram-se preocupados em atender na formação o perfil requerido pelas Diretrizes Curriculares, buscando estratégias para a adequação do Projeto Pedagógico do Curso, que ainda está marcado fortemente às contraposições entre os modelos pedagógicos tradicionais e inovadores, e pelos modelos assistenciais e gerenciais que coexistem nos cenários da práxis profissional. Assim, se deparam com as limitações em estar passando um leque de informações para conferir o perfil generalista ao enfermeiro, e defendem a determinação de metas para serem desenvolvidas durante o ECS, delineando os caminhos para a conformação e consolidação de competências gerenciais ao aluno.

Os enfermeiros de serviço na rede básica priorizam na academia a conformação de competências para um perfil profissional que saiba enfrentar a imprevisibilidade do cotidiano; para tal, apontam o espírito questionador, ético, o saber trabalhar em equipe e o correr riscos. E, os do hospital, uma vez inseridos no modelo biomédico, curativo, fragmentado, funcional, encontram dificuldades em trabalhar as situações geradoras de conflitos que requerem as competências nas dimensões ético-políticas, comunicativas e de cidadania. Além disso, não conseguem utilizar no cotidiano as tecnologias leves, na dimensão do cuidado e nas relações em serviço. Isso revela um desafio para IFES, em face das mudanças de paradigmas, de estar

buscando a transformação dos sujeitos, dos processos pedagógicos, assistenciais, gerenciais e da organização dos serviços de saúde.

3.2.2 Parceria ensino e serviço

Fundamentando-se na linha de análise de Feuerwerker e Sena (1999), a respeito das parcerias entre as instituições, o que neste estudo diz respeito à IFES e aos serviços de saúde conveniados para a realização das práticas e dos estágios dos alunos, e, entre os sujeitos, o que diz respeito ao docente, ao aluno e aos enfermeiros, que participam do processo ensino-aprendizagem durante a formação nos campos dos serviços básicos e hospital, apresentam que:

Uma coisa é ir aos serviços de saúde ou à comunidade com os estudantes com uma agenda definida apenas pelo professor, e outra completamente diferente é ir a esses lugares com uma agenda construída em conjunto, que considere não somente as necessidades de ensino-aprendizagem, mas também, os problemas identificados pelos serviços e pela comunidade (FEUERWERKER; SENA, 1999, p.51).

Assim, nesse foco de análise, é possível fazer um paralelo com os acadêmicos nos campos de estágio, em relação às atividades desenvolvidas para seu processo de ensino-aprendizagem que devem estar integradas às demandas dos serviços, cujo planejamento deve contar com a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos.

O exercício de construir parceria é um desafio, mas, mesmo nos contextos mais desfavoráveis, nas instituições mais rígidas e conservadoras, o fato de se ter que estabelecer algum grau de diálogo com os outros segmentos, de construir objetivos comuns, de, em alguma medida, compartilhar decisões, saberes e recursos, é suficiente para existir a possibilidade de se constituírem novos sujeitos, tornando-se permeáveis às mudanças, abertos para as transformações (FEUERWERKER; SENA, 1999, p.53).

É importante citar Severino (1992) que afirma que o desenvolvimento humano e, por conseguinte, o movimento de transformação não depende apenas das vontades dos sujeitos. Ele vai se construindo num processo de interação contínua entre o sujeito e a sociedade, o que

confere a necessidade de desenvolver competências na dimensão do saber ser e saber conviver. Por sua vez, concomitantemente, ocorre o desenvolvimento da cidadania que Feuerwerker e Sena (1999, p.52) apresentam como uma qualificação do exercício da própria condição humana, que se concretiza pelo jogo dos direitos civis, políticos, sociais e que exige o compartilhar efetivo de bens materiais, de bens sociais, de subjetividades, o que se pode alcançar por meio de parcerias, constituindo as dimensões do saber voltadas para a vida, como um processo de construção permanente.

No entendimento dos acadêmicos de Enfermagem, a parceria ensino-serviço acontece durante os estágios nos serviços básicos de saúde e nos hospitalares, no dia-a-dia, em que contribuem para a sistematização do serviço, como revelado nos recortes: “[...] *é importante para o serviço o aluno fazer o Manual de Normas, Rotinas, os Protocolos de Atendimento*” (S1.3); “[...] *a gente elaborou o diagnóstico de saúde local... a estrutura, o funcionamento, a função de cada um no Serviço de Enfermagem, bom para nós e para o serviço*” (S1.5).

Baseando-se nos apontamentos da observadora, em conformidade aos acadêmicos de Enfermagem e aos docentes, os enfermeiros dos serviços básicos reiteram quanto a aproveitar o conhecimento do aluno para organizarem, sistematizarem alguns programas do serviço, o que possibilita o desenvolvimento de competências gerenciais dos mesmos: “[...] *nós, ‘da ponta’, precisamos desse intercâmbio com a Escola para ajudar a organizar os serviços, a sistematizar os Programas, a organizar os dados estatísticos...*” (S3.1). Complementa S3.3: “[...] *a maioria das rotinas do Ambulatório foram os alunos do Estágio Curricular que fizeram... há uma troca... o enfermeiro do campo tenta passar maior resolutividade para ele como acadêmico... em contrapartida, o espírito crítico dos alunos trouxe um desenvolvimento para nós...*”.

De acordo com a reflexão apresentada pelos docentes: “[...] *no Estágio Curricular tem que existir integração, entre o docente e o enfermeiro de serviço... eles são os nossos parceiros na supervisão dos alunos... eles têm que saber qual a proposta de formação e, nós, o que eles querem...*” (S4.9), parece apontar para avanços na integração docente-aluno-enfermeiro de serviço, tanto para o ensino, no planejamento, supervisão e avaliação dos Estágios Curriculares, como para a organização do serviço de saúde, em conformidade ao que Feuerwerker e Sena

(1999) referem que todos os sujeitos envolvidos devem participar ativamente do Planejamento de Atividades e estas devem estar voltadas para as demandas de ambas as partes. Complementam, ainda, as autoras que o que fundamenta as parcerias é a busca pela solução dos problemas e de satisfação para as necessidades dos parceiros.

Os docentes consideram ainda que a parceria ensino-serviço é uma construção contínua que favorece ambas as partes, o que configura o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a IFES e as instituições de saúde conveniadas, confirmando-se, na realidade empírica, as reflexões de Educação e cidadania, como um processo de construção permanente, apresentadas por Severino (1992) e Feuerwerker e Sena (1999), como explicita a breve retrospectiva feita por S4.8:

“[...] Eu comparo as parcerias do curso com os serviços de saúde, com o desenvolvimento da cidade. Quando a gente começou, a cidade tinha uma ou duas unidades básicas... esses espaços foram aumentando, com a Política de Saúde... a Escola sempre esteve presente... em função dessa parceria foi permitindo estar criando condições para o aluno no campo de estágio e eles terem até certa autonomia... favorecem uma ligação com o pessoal da Secretaria de Saúde, da GRS... tem dado oportunidades para os docentes, discentes participarem em vários projetos com estas instituições de serviço... de montar Ambulatórios, Serviços, de gerenciar a Unidade de Saúde...”.

Para operacionalizar essa ação conjunta, é apresentada pelos docentes a importância da realização de reunião prévia ao Estágio Curricular, envolvendo o docente e o enfermeiro de serviço para o Planejamento das Atividades do aluno e a definição de papéis. No entanto, S4.8 explica que *“[...] o planejamento com os enfermeiros de serviço, todos juntos... a gente já tentou fazer e o pessoal não vem...”*, inviabilizando o planejamento global com as diversas unidades conveniadas. O que se tem conseguido é um trabalho isolado, em que *“[...] cada professor que é responsável pela unidade deve estar colocando a importância da atuação do aluno no campo... numa reunião inicial com a chefia...” (S4.2).*

Retoma-se novamente a importância de se determinar as metas que os alunos deverão alcançar no Estágio Curricular, favorecendo o processo ensino-aprendizagem do saber gerencial, apresentada pelo docente: *“[...] uma estratégia é pontuar objetivos, até onde o aluno deverá ser*

capaz de chegar ao final do estágio... pois o perfil já está traçado e as competências também...” (S4.1). No entanto, nesse cenário empírico, o que se tem são ações pontuais dos docentes nas práticas e nos estágios. Ainda não se desenvolve a construção conjunta e contínua entre os sujeitos, das metas e dos objetivos que se têm e é possível alcançar nos campos de prática e estágio, e que se configuram em estratégias para a conformação e consolidação de competências gerenciais ao aluno, requeridas pelas DCN.

É importante acrescentar que, segundo os registros da observadora, os acadêmicos também sugerem essa reunião para as articulações e determinações de como as atividades devem ser desenvolvidas em cada campo de estágio.

Nesse foco da análise, é importante acrescentar que, no que se refere à parceria entre o docente com o enfermeiro de serviço na supervisão dos acadêmicos no Estágio Curricular, o compromisso da coordenação e do controle desse processo é da instituição de ensino, como explicitado no recorte: *“[...] existe todo um trabalho que é feito com o enfermeiro de serviço desde o planejamento, o desenvolvimento das atividades, o aproveitamento do aluno, a evolução até o processo de avaliação... é fazer um trabalho junto, mesmo não estando no campo as seis horas que o aluno passa pelo campo...” (S4.7).*

Diante da construção coletiva do Planejamento das Atividades de Estágio, os docentes afirmaram que a permanência dos mesmos como responsáveis pelo campo de estágio favorece as relações entre os sujeitos: *“[...] o professor deve ficar por mais anos responsável pela mesma unidade, de tal modo que ele conheça a realidade, consiga atuar junto com o aluno, com o enfermeiro e fazer essa articulação... qualquer problema na unidade, a gente é consultado para estar discutindo”,* exercendo, assim, o papel de facilitador junto ao enfermeiro de serviço e ao aluno, configurando-se em momentos intercessores entre os sujeitos para a construção de competências gerenciais ao aluno, confirmando o quarto pressuposto desta investigação. No entanto, é preciso, ainda, atentar que, em algumas situações, a interação ocorre no nível pessoal, particular, dada a periodicidade dos docentes, devido às férias, aos recessos didáticos, aos finais de semana, como esclarece S4.3: *“[...]o docente não está lá todo dia, todo tempo, toda hora. Essa periodicidade muitas vezes tem que ser trabalhada com o enfermeiro de campo, para estar*

conseguindo que ele repasse para os alunos as questões do serviço ... entra a questão da amizade, da empatia”.

No que se refere ao tempo de permanência do acadêmico no campo de estágio, o docente S4.3 explica que, na saúde coletiva: “[...] *aqueles dois meses que o aluno passa naquele Ambulatório X, dá para ele conhecer, trabalhar todos os aspectos, tanto administrativos quanto os assistenciais...*”, o que favorece o processo ensino-aprendizagem e o desenvolvimento de competências gerenciais, inserindo-o na realidade, conforme proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Complementa, ainda, que se trata de uma estratégia, uma vez que “[...] *a escola, não tem campo próprio, o aluno atua dentro da realidade dos serviços de saúde do município... onde há uma abertura para os alunos estarem participando de várias atividades de gerenciamento...*” (S4.3).

Reiterando o compromisso da IFES nas parcerias com as instituições conveniadas, para os campos de estágio, nos relatos a seguir fica explicitado que os enfermeiros de ambos os grupos buscam pela atualização que lhes confere a continuidade da educação, para se adequarem aos novos modelos:

“[...] a Escola faz o convênio com a Prefeitura, com a Secretaria de Saúde... a Prefeitura tem um compromisso com a Escola e vice-versa... S3.4”;

“[...] no contexto dessa parceria... tem que ter a Educação Continuada... tem que ter a pós-graduação... S2.4”.

A Educação Permanente para o enfermeiro, determinada pelas DCN, nesse cenário empírico pode ser oportunizada, em face da vontade expressa pelos sujeitos dessa parceria, satisfazendo ambas as partes, por um lado, a IFES que prepara o futuro profissional para promover a Educação Continuada e por outro às instituições de saúde que favorece ao pessoal de serviço a continuidade do processo educativo.

É nesse contexto de parcerias e nos espaços intercessores dos sujeitos envolvidos na formação e na práxis durante o ECS, que é possível desenvolver estratégias para operacionalizar mudanças, o que vem a atender à proposta de integrar ensino e serviço, requerida pelas DCN e, por conseguinte, o quarto pressuposto deste estudo.

Nessa análise, resgatando Rios (2001a, b), a referência para a formação é a prática, é o ideal para o trabalho, criado em um projeto conjunto entre os parceiros. Para tanto, reforça-se a importância do aluno vivenciar a realidade, contextualizá-la, propor planos de intervenção e desenvolver o processo, buscando atender às demandas sociais do cotidiano, num exercício para a conformação e consolidação de competências, voltado à perspectiva transformadora.

Para tanto, na realidade do cenário empírico, em momento de desabafo, é revelada pelos enfermeiros do hospital, a expectativa da instituição de saúde pela cobertura do campo pelos alunos e docentes, como minimizadora da sobrecarga dos serviços, oferecendo suporte na assistência à clientela: “[...] *quando os acadêmicos e os professores estão na casa, é ‘ótimo!!!’... nesses momentos, acontece cobertura de todos os setores por um enfermeiro docente e os alunos, dando a maior cobertura para a assistência...*” (S2.4). E ainda acrescentam “[...] *é isso mesmo, os professores e alunos ficam na chefia das unidades e nós, os enfermeiros, na supervisão geral...*” (S2.2).

Assim também, em se tratando da questão de atender às demandas dos serviços de saúde, os enfermeiros dos serviços básicos explicitam o direcionamento dos Trabalhos de Conclusão de Curso para as necessidades dos serviços, aos quais os alunos estão inseridos, reforçando que se trata de estratégia importante para a inserção do aluno à realidade profissional e o fortalecimento do serviço, aumentando a integração enfermeiro-aluno-docente e a parceria ensino-serviço: “[...] *uma outra coisa que a gente percebeu foi a contribuição do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Como a gente cresce com o TCC!, principalmente, quando eles escolhem fazer relacionado ao nosso trabalho...*” (S3.2).

Diante do exposto, é possível apreender que a expectativa do enfermeiro dos serviços básicos de saúde em relação ao aluno configura-se na atuação gerencial para a organização das unidades e dos serviços. Entendem também que a investigação científica, o conhecimento da

academia é o caminho para as mudanças que se espera nos serviços de saúde, e que a articulação ensino e trabalho é a chave para o desenvolvimento de uma práxis transformadora.

No entanto, os enfermeiros do hospital, em face da realidade do cotidiano, esperam do aluno um suporte para minimizar a sobrecarga, como força de trabalho para a assistência, abrindo espaço para a gerência na Unidade de Internação.

Os depoimentos desses enfermeiros desvelam que o modelo gerencial que delineia o processo de trabalho no hospital é o da gerência científica e burocrática, o que caracteriza uma atuação funcional, hierarquizada, normativa, sem muito espaço para a pesquisa, onde a dimensão técnico-científica do saber gerencial se sobrepõe às dimensões ético-política e de desenvolvimento da cidadania, e a dimensão comunicativa vem permeada de conflitos, desencontros, insatisfações.

Por conseguinte, vale inserir a essa análise que o dimensionamento de pessoal sob a orientação do modelo da gerência científica e burocrática tem como enfoque a tarefa, em que a hora de Enfermagem na assistência é reduzida ao tempo para a realização dos procedimentos, o que concorre à provisão de pessoal insuficiente à demanda de atendimento para suprir o que se preconiza pela integralidade da assistência em que a dimensão cuidadora se respalda nas tecnologias leves que requerem atenção ao usuário como pessoa e não como doença. Para tanto, o dimensionamento que se espera para cobrir essa demanda deve ser repensado conforme a Resolução COFEN nº 293/2004, em que se consideram vários fatores para o cálculo quantitativo de pessoal para as Unidades de Internação do Serviço de Enfermagem, priorizando para tal a complexidade da assistência que cada cliente requer da equipe de enfermagem (COFEN, 2004).

A academia, por sua vez, na parceria ensino-serviço tem a oportunidade de conseguir avançar da reiteração para a reflexão e encaminhar para mudanças, inovações, buscando alcançar a práxis transformadora, sendo necessário que sejam elaboradas metas a serem atingidas no Estágio Curricular, envolvendo as partes desse processo, como apontado pelos docentes, confirmadas entre os alunos e os enfermeiros de serviço.

4 ANALISANDO A PRÁXIS NO CENÁRIO EMPÍRICO

Na categoria atuação profissional, no que se refere à práxis do enfermeiro: cenário das práticas e estágios identifica-se a subcategoria empírica organização do processo de trabalho em saúde e em Enfermagem, desmembrada nos recortes: - processo de trabalho gerencial do enfermeiro; - políticas administrativas institucionais.

4.1 Organização do processo de trabalho em saúde e na Enfermagem

No processo de idas e vindas nesta análise, resgata-se que a Reforma Sanitária brasileira trouxe para o cenário de construção do SUS um conjunto de demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais que tem desafiado a Administração Pública (FERRAZ; RIBAS GOMES; MISHIMA, 2004).

A gestão de sistemas e de serviço de saúde requer, de acordo com Ceccim (2002), além do conhecimento de gerência de unidades, de serviços, o pensamento crítico para planejar, avaliar, buscar a inovação para transformar.

Para tanto, complementa que, dessa maneira, para o processo de implementação e consolidação do SUS, aumenta o desafio para a adequação dos trabalhadores de saúde aos seus princípios e diretrizes, tanto na formação como na práxis, conformando e consolidando competências para a gerência de serviços de saúde e para a re-organização do processo de trabalho em saúde e em Enfermagem, que priorizem a produção de cuidados à população, em atendimento a sua demanda e não à dos setores, focando no usuário/cliente e, não, nos procedimentos e protocolos.

O Modelo de Atenção preconizado pelo SUS, para Mattos (2001), remete à problemática da relação entre trabalho e educação, apontando para o caráter contraditório do trabalho em saúde que leva à discussão da integralidade como atributo das práticas dos profissionais de saúde e das organizações dos serviços. Complementa Ramos (2005) que o princípio da integralidade da

Atenção à Saúde recoloca o sentido do trabalho na “subjetivação” da vida, voltado às necessidades do ser humano, como sujeito e não como objeto, como vem ocorrendo no processo de trabalho em saúde, sob o modo de produção capitalista.

A outra contraposição para esse modelo de produção, de acordo com Mattos (2001), é a divisão social do trabalho com a correspondente divisão técnica, a separação entre trabalho manual e intelectual, entre dirigentes e dirigidos.

Assim, as mudanças necessárias nos processos de trabalho em saúde exigem a superação dos processos produtivos centrados em “valores de troca” para processos centrados em “valores de uso”, socialmente necessários à população, o que, em conformidade com Cecílio (2001, p.115), é possível desenvolver nos espaços intercessores, nas relações no trabalho: “numa primeira dimensão a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes da equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, abertos para assimilar necessidades não previstas em rotinas e protocolos”.

No entanto, corrobora Ramos (2005, p.209) que “a equipe multiprofissional numa atuação coordenada ainda não conseguiria garantir a integralidade da Atenção à Saúde decorrente a divisão social e técnica do trabalho”, que demarca a separação entre o trabalho manual e o trabalho intelectual, numa estrutura rigidamente hierarquizada, em que persiste o modelo funcionalista.

Acrescenta a autora que, nos sistemas ou serviços de base taylorista e fordista, “a divisão de tarefas e responsabilidades estão associadas à qualificação do trabalhador, pela natureza de sua formação”, o que determina a função hierárquica que se enquadra na estrutura organizacional. Para tanto, a atuação nesse modelo requer conhecimentos que possibilitem criar e se adequar a protocolos de trabalho, minimizando as “interferências” e “imprevisibilidades”, consideradas “indesejáveis” e “desestabilizadoras” para o serviço e para o sistema (RAMOS, 2005, p.212).

No entanto, nos modelos pós-fordistas, continua Ramos (2005, p.212), a produção de serviços em saúde tem como foco “o ser humano”, que Zarifian (1999) classifica como “cliente” no setor privado e, “usuário”, no setor público, cuja essência desta produção é a qualidade com potencial para a transformação. Complementando sobre esse tipo de organização do trabalho em

saúde e na Enfermagem, Ramos (2005) refere que a principal característica na formação e na práxis é saber trabalhar com a imprevisibilidade. Assim, a aprendizagem gira em função da adaptabilidade ao adverso, às situações de conflitos, sendo que a dimensão comunicativa adquire relevância, dada a necessidade de implementar as interações entre os membros das equipes, nas relações em serviço, passando a se exigir menos conhecimentos e habilidades técnicas formais sobre os procedimentos e mais competências do trabalhador em face da autonomia, da responsabilidade e da capacidade de comunicação (RAMOS, 2005).

No espaço hospitalar, para a transição do modelo de gestão, Michel Maffesoli explicita que, para uma práxis transformadora, a gerência precisa focar num primeiro momento o que chama de “ambiência”, que se trata da análise da atmosfera hospitalar, porque é ela que determina o processo de trabalho, as atitudes individuais e coletivas dos profissionais (MAFFESOLI, 1997).

Acrescente-se também que a estrutura organizacional dos hospitais públicos ainda se conforma em face dos modelos gerenciais, científico e burocrático, demarcados por linhas de poder centralizado, com fluxo de autoridade hierarquizada, caracterizado pelo trabalho normativo, prescritivo, permeado por atividades burocráticas, conforme aborda Ferraz (2002).

Entende-se, conforme o exposto, que, para a re-organização dos serviços de saúde e de Enfermagem em face das Políticas Públicas e as Políticas Administrativas institucionais, no cenário da práxis, tanto nos serviços básicos de saúde, como no hospitalar, é fundamental a formação de profissionais, especialmente os enfermeiros, dotados de saberes e competências para o exercício do processo de trabalho gerencial para o serviço e para o sistema de saúde, do qual são os legitimadores, para se alcançar a práxis transformadora.

Assim sendo, apreender na realidade empírica dos campos de estágio, cenário da práxis, tanto dos alunos, docentes e enfermeiros de serviço, sujeitos deste estudo, como ocorre a organização do trabalho em saúde e em Enfermagem, particularmente, o processo de trabalho gerencial do enfermeiro, e as Políticas Administrativas das instituições conveniadas e da IFES, integra esse caminhar na análise do objeto deste estudo, que trata da conformação dos saberes e competências gerenciais, na formação e na práxis, numa perspectiva transformadora.

4.1.1 Organização do processo de trabalho gerencial do enfermeiro

Retoma-se para este momento da análise, a contraposição existente entre o processo de trabalho gerencial na concepção do Modelo Neoliberal Hegemônico e do Modelo de Atenção à Saúde preconizado pelo SUS.

Para a análise do processo de trabalho em saúde e na Enfermagem, resgata-se Mendes Gonçalves (1992), apresentado na construção do objeto, o qual refere que o objeto de trabalho e os meios/instrumentos utilizados constituem-se num processo histórico-social que possibilita compreender as atividades realizadas pelos profissionais de saúde e de Enfermagem, além das atividades técnico-científicas, possibilitando acompanhar a dinâmica social e a organização dos serviços.

Por sua vez, a análise do processo de trabalho gerencial na prática em Enfermagem será conduzida à luz de Castellanos et al. (1989), também apresentada na construção do objeto, o qual está orientado por uma finalidade imediata que diz respeito à organização do trabalho e a uma finalidade mediata que é viabilizar o processo de cuidar, individual e coletivo. E, ainda, apresenta como objeto de trabalho a organização da assistência e a Educação Continuada dos recursos humanos, tendo como meios/instrumentos, os recursos humanos, os recursos materiais, os saberes administrativos delineados pelos modelos e métodos.

Num processo de idas e vindas, resgatando os dados empíricos das falas dos docentes, para a análise da conformação de competências para o processo de trabalho gerencial durante a formação, apreende-se que, igualmente ao que foi referido pelos acadêmicos, na formação, no campo de estágio hospitalar, o processo de trabalho do aluno se desenvolve junto ao técnico e ao auxiliar de enfermagem, junto à assistência. Segundo eles, essa vivência dificulta fazer o *link* da gerência da assistência com a gerência do serviço, caracterizando o que seria facilitador da assistência, como sendo fatores dificultadores:

“[...] no hospital, somos tratados pelos funcionários como técnicos e auxiliares... E, agindo como técnico, como auxiliar, a gerência fica só na teoria e a gente não sabe como interagir com as questões administrativas do serviço S1.1”.

“[...] na assistência nós temos liberdade de ação... na administração, torna-se um pouco utópico... ele administra os colegas, a equipe institucional de ensino... existe uma ‘certa cobrança’ de o docente estar ali com o aluno para cumprir um serviço... a gente fica totalmente responsável pelo setor... tem toda autonomia, o aluno faz tudo, nada é vetado, mas, na parte assistencial S4.12”.

Os dados confirmam ainda que, no campo de estágio hospitalar, tanto os acadêmicos quanto os docentes apresentam a possibilidade de atuação do aluno junto ao processo de trabalho gerencial do enfermeiro, não como uma conquista, mas como limitadora na conformação de competências gerenciais ao aluno, conforme está explicitado:

“[...] a gente pratica supervisão e chefia de setor... mas, não dá visão do geral... Assim, a enfermeira do hospital não está fazendo o que eu estou fazendo e eu não tenho oportunidade de fazer o que ela faz... S1.7”.

“[...] nós não temos ‘aquela’ atuação... principalmente na área hospitalar. O aluno não consegue, não lhe é permitido atuar junto ao processo de trabalho do enfermeiro, levantando problemas, atuando, intervindo... S4.9”.

Diante do exposto, desvela-se que no entendimento dos sujeitos a gerência constitui uma atividade-fim, em que se prioriza a estrutura organizativa do serviço, tanto em relação aos recursos humanos quanto aos materiais. Com isso, a assistência recebe uma conotação de tarefa, cumprimento de protocolos, de rotinas, de técnicas que tornam o fazer mecanizado e alienante.

Por sua vez, o enfermeiro contrapõe e apresenta que, durante a formação, no ambiente hospitalar, é possível desenvolver a competência gerencial e alcançar a área de domínio e atuação reconhecidos, na chefia de setor. E, ainda, reitera que, em um setor restrito, favorece o controle em relação aos conflitos, conforme se apreende no depoimento:

“[...] como enfermeiro-chefe de uma Unidade, você consegue supervisionar de igual para igual... você atua, supervisiona, passa o plantão, sabe de tudo o que acontece... é mais fácil controlar as conversinhas, esclarecer, orientar. A

supervisão geral é que deixa a desejar em relação ao contato direto com o cliente... a convivência com os funcionários... S2.4”.

É neste contexto que o enfermeiro de serviço no hospital atribui também que a participação em Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de Educação Continuada favorece para se alcançar maior autonomia em seu processo de trabalho gerencial, promovendo maior proximidade junto aos demais profissionais da equipe. No entanto, ainda é uma conquista a ser alcançada neste cenário:

“[...] existe maior contato do enfermeiro da CCIH e da Educação Continuada com os médicos e demais profissionais da equipe... deveria ter enfermeiro exclusivo trabalhando nestas comissões, o que não é nossa realidade... eu não tenho pra quem apontar e não tenho tempo para essa função...” S2.4.

Com esses depoimentos, entende-se um avanço para o exercício da gerência de serviço no ambiente hospitalar, contudo, à luz de Ramos (2005), a organização do trabalho gerencial do enfermeiro ainda acontece segundo o modelo taylorista e fordista, em que a atuação está voltada ao controle do cumprimento de protocolos de trabalho, afastando-se as interferências e contornando-se os imprevistos, considerados “indesejáveis” para o andamento do serviço.

Com a citação: “[...] a função administrativa, no hospital, muitas vezes, não está na mão dos enfermeiros... tem outra autoridade manipulando... o enfermeiro não tem autonomia...” (S1.10), o acadêmico consegue perceber que, quando o processo de trabalho gerencial do enfermeiro está limitado pela subordinação hierárquica à Administração, a sua autonomia encontra-se limitada.

Assim, com esse depoimento, o aluno reitera o que foi apreendido nos discursos dos docentes e dos próprios enfermeiros, que a autonomia gerencial do enfermeiro no espaço de governabilidade do Serviço de Enfermagem, se caracteriza segundo o modelo com bases na gerência científica e burocrática, hierarquizado, com poder centralizado no Administrador do hospital, em que o poder decisório emana de cima para baixo, com pouca abertura para a

participação, reforçando-se uma práxis reiterativa, como confirma Ferraz (2002), sobre a organização dos hospitais públicos.

Na realidade hospitalar desse cenário empírico, no processo de trabalho gerencial do enfermeiro, surge ainda o impasse entre os que apontam o trabalho em equipe como facilitador para a gerência: “[...] o que facilita a atuação do enfermeiro é o trabalho em equipe... você tendo uma equipe que pode confiar... isso ajuda muito a vencer as dificuldades...” (S2.1). E os que referem dificuldades, pela falta de interação nas relações interpessoais e multiprofissionais, atrelando à questão da autonomia conferida ao enfermeiro: “[...] quando o serviço dá autonomia ao enfermeiro, é diferente... você pode sugerir participar do tratamento do cliente... a equipe multidisciplinar se interage e há participação de todos, não trabalha isolado... fica mais fácil cuidar do cliente...” (S2.5).

Por sua vez, os docentes envolvidos na supervisão também identificam que, tanto no campo hospitalar, como nos serviços básicos, um aspecto facilitador para o desenvolvimento do processo de trabalho gerencial do enfermeiro é o trabalho em equipe: “[...] eu acho importantíssimo a gente trabalhar com a parte de equipe... a interação entre as várias profissões, os vários profissionais no trabalho em equipe...” (S4.2).

Consegue-se, com esse depoimento, avançar para a atuação coordenada entre os profissionais de saúde; no entanto, apontam para as relações de poder determinadas pela hegemonia médica, as quais limitam o exercício do processo de trabalho gerencial do enfermeiro:

“[...] o aluno deve ter preparo para realidade... tem que saber que tem problema de equipe, que o médico não aceita o enfermeiro dar palpite, o outro profissional não aceita que você entre na área dele... esses nós, eles encontram... deveria saber pontuar os problemas da prática... mas ele não tem noção do que fazer... S4.2”.

Apesar de S4.8 se posicionar que “[...] essas diferenças ficam muito claro durante o curso. A vivência que ele tem, já mostra que a equipe não funciona direito...”, a maioria dos docentes concordam com S4.2.

No entanto, o enfermeiro apresenta que sua atuação no hospital ainda é marcada pelo desconhecimento de sua identidade profissional pelo cliente, o que é tolerável e entendido por ele, mas também falta clareza e reconhecimento pela equipe multiprofissional, gerando-lhe uma relação de dor e de frustração:

“[...] minha ‘dor’ maior de enfermeira não é o cliente me confundir. Eu não acho que ele tem que saber... eu entendo, eu oriento, encaminho e pronto... minha dor maior é o profissional me confundir, o colega meu, o fisioterapeuta, o médico, o bioquímico, o assistente social... S2.4”;

“[...] essa mistura diária, de críticas erradas, para pessoas erradas, no setor errado, isso dói... parece que você não tem função... fica difícil para as pessoas enxergarem isso, mesmo os nossos colegas... é um cutucando o outro e se desrespeitando, o que é pior... S2.2”.

Nesses desencontros entre a assistência e a gerência, potencializados pela sobrecarga de serviços e de responsabilidades, pela atuação emergencial, sem perspectiva para mudanças, e pela subordinação ao poder centralizado na política administrativa da instituição e na relação de poder e subalternidade pela hegemonia do saber médico, o enfermeiro apresenta um relato de estresse no trabalho gerencial:

“[...] as dificuldades no dia-a-dia são muitas... o funcionário que trabalha mal... a gente é chamada de ‘cinco em cinco segundos’ no hospital todo... não existe trabalho em equipe... o médico continua sendo o centro das atenções de tudo... a atuação vai dependendo do médico, do que ele prescreve... é difícil manter a qualidade e o trabalho torna-se estressante... S2.1”.

O acadêmico, ao inserir na discussão o trabalho em equipe, coloca o enfermeiro na liderança, como responsável pela sistematização da assistência, como apresenta o recorte: *“[...] o enfermeiro trabalha em equipe e é aquele que sistematiza as atividades e a assistência dando respaldo ao processo de trabalho. E, porventura, na ausência dele, os funcionários podem estar desenvolvendo o serviço...” (S1.4).*

Assim, nessa análise insere-se que os sujeitos deste estudo em conformidade com Mattos (2001), resgatam a divisão técnica do trabalho na própria equipe de enfermagem, e na de saúde, apontando a separação entre o trabalho intelectual e o manual. E, ainda, confirma Ramos (2005), que numa estrutura construída e mantida em bases hierárquicas, em que persiste o modelo funcionalista, alicerçado na hegemonia do saber médico, acentuam-se as diferenças sociais e técnicas entre os sujeitos, que, apesar da “vontade” explicitada de alguns deles, há pouco espaço para se alcançar na práxis a integralidade na assistência e a participação coletiva na gerência, que caracterizam a transformação exigida.

Conforme o depoimento: “[...] *a gente mal vê o enfermeiro passando na ala durante o plantão inteiro... a ala cheia... pacientes graves... necessitavam da presença do enfermeiro, da orientação para os funcionários do que fazer naquela situação*” (S1.5), o acadêmico identifica no cotidiano das práticas na Unidade de Internação hospitalar a pouca resolutividade do enfermeiro de serviço, numa perspectiva transformadora, uma vez que não consegue trabalhar a dimensão cuidadora na gerência.

Por sua vez, o enfermeiro atuante na organização do trabalho no cenário empírico hospitalar, refere como fator limitante no processo de trabalho gerencial sua função supervisora polivalente, em que é o responsável por todas as unidades durante o plantão, desde a assistência até a gerência dos serviços. Nesse enfoque, a atuação gerencial do enfermeiro na supervisão geral é emergencial, para resolver problemas de materiais, medicamentos, pessoal, sendo caracterizado por este, como sendo um “bombeiro” que “apaga fogo” a todo o momento, como desvelado nos recortes:

“[...] quando não tem estágio... nós não somos enfermeiros, somos ‘bombeiros’, nós simplesmente apagamos fogo... os alunos apavoram pelo tanto que a gente é chamada... muitas vezes, é por causa de um plasma, um gelco, etc... S2.2”;

“[...] eu não posso pedir ao aluno que me acompanhe a noite toda. Vamos deslocar para lá, vamos deslocar para cá. Vamos ser ‘bombeiros’. Vamos ‘apagar o fogo’. Vamos atender às intercorrências, às solicitações, vamos fazer a supervisão geral. Vamos fazer o que eu faço... na supervisão geral, o meu modelo não é o modelo da escola... S2.4”.

Apreende-se ainda, pelos depoimentos, que a atuação do enfermeiro na gerência da assistência é caracterizada por prescrições de enfermagem verbais, consideram a sistematização da assistência uma utopia, e referem que o pessoal técnico-assistencial segue protocolos de atendimento independentemente da presença direta do enfermeiro:

“[...] na gerência da assistência, o máximo que a gente consegue fazer é a prescrição verbal de enfermagem... quando chega o paciente, ele tem que prestar os cuidados e não tem que esperar o enfermeiro... não acontece só aqui, até em hospital de primeira linha ainda é assim... S2.2”;

“[...] com a Educação Continuada, o próprio funcionário vai entendendo e fazendo, independente do meu planejamento, da minha presença... é só ele seguir o protocolo de atendimento que ele conhece, e prestar os cuidados de rotina... porque ele é um profissional técnico. Ele tem que saber como agir, é a função dele, sim... S2.4”.

Segundo a observadora, o enfermeiro S2.1 manifesta, em vários momentos da discussão, a insatisfação com a atuação gerencial, tanto na formação como na práxis:

“[...] no estágio de Administração e nos hospitais que eu passei, na realidade, o enfermeiro ficava preso à parte burocrática e esquecia da parte assistencial. Eu não imaginava que o enfermeiro-chefe, supervisor geral, atuasse de maneira tão burocrática... a função era vigiar a atuação... era fazer a conferência de material e tudo mais... você não tinha ‘aquele’ contato com o cliente. Nas reuniões a discussão não era a respeito dele, resumia em falar mal dos funcionários, que ele fez isso, aquilo... S2.1”.

Esses depoimentos apresentados pelos acadêmicos e pelos enfermeiros do hospital traduzem que o eixo norteador do processo de trabalho gerencial do enfermeiro, nesse cenário empírico, é o modelo gerencial funcional, burocrático, tanto para a formação quanto para a práxis, enfatizando o aspecto fiscalizador da supervisão, o que fortalece o foco sobre cumprimento de normas, rotinas, protocolos de serviço, em detrimento do cuidado à clientela e de tudo que possa favorecê-la, caracterizando uma práxis reiterativa. Conseguem apreender,

portanto, que o foco da gerência não é o cliente, mas o procedimento, e, mesmo ao funcionário, é atribuída a função de mero executor de técnicas e tarefas, cumpridor de normas e regras, com pouca ou nenhuma preocupação para a Educação Continuada e o desenvolvimento do pessoal em serviço, o que distancia a atuação do enfermeiro para uma práxis transformadora, como confirmam Ferraz (2002) e demais autores, apresentados na construção do objeto.

Prosseguindo essa análise, no cenário dos serviços básicos, os dados evidenciam que o processo de trabalho gerencial recebe interferência das Políticas Públicas do município, o que limita a autonomia de ação do enfermeiro, assim como do aluno e do docente: “ [...] hoje, dentro das Políticas Públicas, o que vai acontecer vai estar sempre ligado à questão municipal... a gente também tem que estar seguindo essa regra municipal. Não vai dar para fugir disso, porque essa é uma Política Pública...” (S4.8).

E, ainda, complementam: “[...] as próprias instituições de serviço não têm um gerenciamento de enfermagem próprio... na realidade, muitas vezes, se tem um gerente de unidade que não tem formação gerencial...” (S4.8).

Os enfermeiros dos serviços básicos de saúde complementam que a organização dos serviços de saúde prioriza o modelo assistencial curativo, com investimento na tecnologia de ponta, com pouco investimento na Atenção Básica, o que cria impacto em face da Política de Saúde preconizada pelo SUS, caracterizada pelo Modelo Assistencial de Atenção Básica, o qual é determinante para a formação de recursos humanos para a saúde neste século e, como os serviços de saúde, nesse espaço e momento da investigação empírica, encontram-se desorganizados para desenvolvê-los: “[...] o município de Alfenas, com os estudantes todos, se destaca pela assistência curativa. Nós temos a tecnologia de ponta. Nós temos do secundário para frente... mas a nossa Atenção Básica... nós não temos nada sistematizado...” (S3.3).

Nesse foco de discussão, os enfermeiros dos serviços básicos acrescentam que a autonomia pode ser conquistada no cotidiano do processo de trabalho pela equipe, buscando-se sistematizar o serviço, favorecendo-se a maior resolutividade no dia-a-dia de trabalho: “[...] acaba tendo autonomia o Programa que tem protocolo, como por exemplo, o da Hanseníase...” (S3.1). No entanto, entendem que é fundamental o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS): “[...]”

mas não tem autonomia de gerenciamento... eu acho que um 'olhar diferente' da Secretaria Municipal de Saúde seria o caminho para a autonomia e resolutividade do serviço... S3.2". Assim, como revelam os dados, referem que a pouca ou nenhuma autonomia no gerenciamento dos serviços está vinculada ao componente político, num âmbito estrutural que influencia as relações de poder e de autoridade.

Apreende-se também, nos serviços básicos, pela sequência de depoimentos a seguir, quanto à pouca ou total falta de autonomia para a atuação do enfermeiro nos Programas e nos Serviços de Saúde, em face das relações de poder entre o Serviço de Enfermagem e o Serviço Médico, e a determinante hegemonia médica nos Programas de Saúde, acentuando a divisão técnica e social do trabalho, refletindo em pouca resolutividade no dia-a-dia e em pouca integração multidisciplinar, confirmando Ramos (2005):

"[...] eu enfermeira comecei a colher o preventivo, facilitou o acesso das mulheres no Ambulatório... mas será que é só colher? E o resultado? A gente não pode, a gente não tem autonomia para pedir exames, a gente não pode diagnosticar... S3.4";

"[...] no Programa da Tuberculose... quem diagnostica é a baciloscopia, mas tem que se fazer... se eu preciso pedir um exame BAAR, a gente fala 'fulano de tal' pede para mim. Porque a gente não pode pedir... a Secretária Municipal de Saúde não aceita... a gente tem vontade... mas não consegue avançar muito... não há resolutividade... o que vai dificultando o nosso serviço... S3.2";

"[...] o serviço não me proporciona, o restante da equipe não me proporciona. Nós não temos liberdade de atuação... S3.1".

Assim, entende-se também que, na dimensão singular do cotidiano do serviço de saúde, acontece falta de definição de papéis, compromissos e responsabilidades entre os profissionais da equipe de saúde, ou seja, as linhas de autoridade e responsabilidade, apesar de hierarquizadas, não estão definidas e a resolução de problemas está centrada na figura médica, reiterando a pouca autonomia e resolutividade ao enfermeiro em serviço, confirmada no recorte: *"[...] Ah! Vocês não estão fazendo baciloscopia? É comigo que vocês vêm falar isso? Vai falar com o Doutor!*

Mas, ninguém ‘empeita’ o Doutor... eu não posso resolver... a enfermeira não tem autonomia para resolver, se tivesse seria bom... fala com quem pode! O Doutor!” (S3.3).

É importante apontar nesses depoimentos dos enfermeiros dos serviços básicos uma manifestação de desabafo pela prática hegemônica médica, o que acaba utilizando para justificar qualquer possibilidade de relação interdisciplinar na equipe de saúde, sendo que a multidisciplinar ainda se mantém na práxis reiterativa, hegemônica do poder exercido pelo saber médico, o que gera nos sujeitos certa insatisfação, pela limitação para estar construindo em direção aos paradigmas norteados pela proposta do SUS, na qual o usuário é o centro do cuidado e, não, o procedimento.

Como foi apreendido pelos enfermeiros dos serviços básicos, os do hospital também entendem com esse depoimento que o modelo hegemônico, curativo, centraliza a atenção no procedimento, no protocolo e, não, no paciente, girando sempre ao redor do saber médico. Apreendem que o pensamento crítico dos demais profissionais, que contribuiria em muito para o atendimento integral ao cliente, fica subjugado em face da resistência da hegemonia do saber médico sobre os demais saberes, conforme acrescentam:

“[...] os médicos mais antigos ainda mantêm certa resistência... existe conservadorismo ao modelo hegemônico... S2.3”;

“[...] às vezes, tem situação no cotidiano da gente que você conhece a patologia do cliente, sabe a gravidade do problema e você não pode... dependendo da hierarquia, do poder envolvido, não pode falar que sabe... S2.5”.

A fragilidade desse *status* pelos novos paradigmas leva a classe médica a buscar suporte legal:

“[...] e esse ‘tal’ Ato Médico... é porque ‘eles’ estão perdendo espaço... ‘eles’ não querem isso... ‘eles’ querem ser individuais e o ‘resto’ trabalhando em função do que eles prescrevem. Não existe discussão sobre o paciente, sobre o tratamento mais adequado, isso interfere na linha de pensamento... S2.1”.

Isso revela a resistência da hegemonia médica, para sobreviver à essa tensão gerada pela necessidade de atender às demandas sociais e partir para a flexibilização, para o trabalho em equipe, para a gerência participativa, garantindo a integralidade na assistência à saúde e a valorização do cliente como centro do trabalho em saúde.

No entanto, configuram-se nesse cenário empírico, que corresponde aos campos de estágio, os espaços intercessores entre os sujeitos, que na singularidade do cotidiano, em conformidade com Cecílio (2001), é possível desenvolverem a dimensão cuidadora voltada à integralidade da assistência e à gerência como instrumento/meio para operacionalizá-la, considerando os saberes mobilizados pelas tecnologias leves, construindo competências além das técnico-científicas, as referentes à dimensão comunicativa, como reitera Ramos (2005). Com esse exercício, articulando os saberes, os poderes e as vivências entre os sujeitos envolvidos no processo de formação e práxis, é que se conformam e consolidam as competências gerenciais que darão suporte para as transformações requeridas, confirmando o quarto pressuposto desta investigação.

4.1.2 Políticas administrativas institucionais

Considera-se neste momento da análise os fatores que limitam ou que facilitam a construção do saber gerencial, a conformação e a consolidação de competências aos alunos nos cenários da práxis, no que diz respeito às políticas administrativas das instituições de serviço conveniadas, assim também, da IFES e da própria Política de Ensino da Enfermagem.

Em conformidade com as anotações da observadora, todos os sujeitos deste estudo apresentam que a cobrança institucional sobre a produtividade do enfermeiro o leva a priorizar o serviço, não oportunizando ao aluno participar do processo de trabalho gerencial, como está desvelado em um dos recortes: “[...] o enfermeiro que trabalha em campo, fica preocupado que tem que fazer o serviço, porque é responsabilidade dele... se ficar parando para explicar para o aluno, pode ter que deixar serviço pra mais tarde e isso vai atrapalhar a produtividade dele...” (S4.3).

É importante ressaltar que no ECS o aluno recebe a supervisão do docente de modo indireto, que é conferido o nome de preceptor, oportunizando ao aluno maior abertura para interagir com o serviço e, por conseguinte, com os funcionários e profissionais, para fazer o *link* teoria e prática, considerando-o pré-profissional.

No campo hospitalar, o enfermeiro apresenta que, em sua formação, fazia chefia de setor com a supervisão do enfermeiro de serviço e defende que, no estágio, o aluno deve ficar na Unidade de Internação junto com os funcionários, fazendo a chefia de setor, chamando a enfermeira supervisora nas intercorrências: “[...] no estágio de Administração também deve seguir a escala com aluno nas chefias dos setores e na supervisão geral...” (S2.2).

No entanto, segundo a Resolução nº 299/2005, no artigo 5º, parágrafo único, do Conselho Federal de Enfermagem, “é vetado ao enfermeiro, estando em serviço na instituição em que se realiza o Estágio Curricular, exercer ao mesmo tempo, as funções para as quais estiver designado no serviço, e a de supervisor de estágio” (COFEN, 2005). Abre-se o questionamento, se essa medida avança ou retrocede na caminhada para a formação do enfermeiro, a qual deve estar voltada à maior integração ensino-serviço, às parcerias, e à construção do saber gerencial na interação e na inserção na realidade, com o cotidiano das situações profissionais, em que se entende que a formação é concomitante ao trabalho.

Busca-se, ainda, operacionalizar o cumprimento do artigo 7º da Resolução CNE/CES nº3/2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a qual refere sobre a obrigatoriedade do Estágio Curricular Supervisionado em serviços de saúde do nível primário ao terciário, nos dois últimos semestres do curso, explicitando em parágrafo único que, “na elaboração do planejamento das atividades e no processo de supervisão do aluno, pelo professor, deve ser assegurada a efetiva participação dos enfermeiros de serviço onde se desenvolve o referido estágio” (CNE/CES, 2001, p.4).

Em continuidade à análise em relação às políticas administrativas institucionais, a de recursos humanos da IFES, os dados evidenciam que: “[...] o quadro de pessoal é insuficiente para nossa proposta de trabalho... a gente não consegue dar cobertura na Administração...”

(S4.7), o que se traduz em fator limitante na construção do saber gerencial e na conformação e consolidação de competências gerenciais ao aluno.

Acontece, então, que o mesmo docente faz supervisão direta aos alunos durante as práticas dos demais períodos e a supervisão indireta aos alunos em Estágio Curricular Supervisionado, como apresentam: “[...] *uma das dificuldades da área hospitalar foi a falta do professor de Administração... muitas vezes, a gente passava sem o professor estar direto com a gente... ele tinha que acompanhar os alunos do outro período, em prática... (S1.9)*”.

E mesmo o quadro de docentes para o departamento de Enfermagem que chefia e coordena o Curso, ocorre que não tem docente exclusivo para o Estágio Curricular, como explicitado nos recortes: “[...] *acontece que todos os docentes são responsáveis pelos Estágios Curriculares... O que está nos prejudicando é a legislação vigente... não permite contratar, não permite ampliar o quadro...*” (S4.5);

Retomando a formação especialista do docente envolvido na formação generalista do enfermeiro, apresentado no PPP do Curso, identifica-se um ambiente de insatisfação com relação à política de recursos humanos da IFES e de *stress*, envolvendo os docentes nos campos de estágio: “[...] *talvez a nossa proposta seja um pouco ousada pela nossa capacidade de trabalho... aí entra o stress do professor, o desgaste, a dificuldade... ter certa paciência para voltar lá em alguma coisa que não é de sua disciplina...*” (S4.7).

Acrescenta-se que, em alguns locais, a política da instituição de serviço não favorece o envolvimento do enfermeiro com o processo ensino-aprendizagem do aluno de Enfermagem, pela própria filosofia das partes envolvidas, instituição de ensino e de serviço de saúde, não estar “afinadas” em suas propostas, sendo mais acentuado no campo hospitalar, conforme explicitam os depoimentos: “[...] *a política da própria instituição é que atravanca o processo...*” (S4.11); “[...] *se os enfermeiros oferecem alguma oportunidade de gerência e de ensino para os alunos, é barrado pela Administração...*” (S4.4).

No entanto, essa dificuldade é minimizada pela experiência de docência de alguns enfermeiros de serviço, conforme apresentam: “[...] *um ponto facilitador... quando você trabalha*

com um profissional que já foi docente, a visão desse profissional é diferente... ele sabe o que o aluno precisa, ele tem paciência de estar chamando o aluno, de estar explicando...” (S4.3).

Os depoimentos dos docentes: “[...] não dá para os quarenta alunos passarem pelo CTI, como também, no CC, na Hemodiálise” (S4.1); “[...] na saúde coletiva, nem todos os alunos têm a mesma oportunidade de passar em todos os campos” (S4.3), apontam também para a exigência das instituições conveniadas, quanto ao número limitado de alunos nos setores críticos, como Centro de Terapia Intensiva (CTI), Centro Cirúrgico (CC), Berçário, Hemodiálise e nos campos da área de serviços básicos, sendo permitido escalonar um a dois alunos por campo, configurando a necessidade de abrir um “leque” de locais para serem desenvolvidos os estágios, gerando um impasse em face do número de docentes do Curso. Como também em face dessa limitação não é possível a todos os alunos retornarem a esses setores no Estágio Curricular.

Resgatando a visão ético-política do enfermeiro e o processo de trabalho gerencial desenvolvido na instituição hospitalar, a parceria ensino-serviço em que o aluno não tem autonomia para agir sem a supervisão direta do docente, e o enfermeiro de serviço não compartilha a supervisão do aluno em campo, é importante esclarecer o desenvolvimento das atividades no Estágio Curricular na percepção do enfermeiro do serviço, em duas óticas distintas de análise da questão:

“[...] no diurno, o acadêmico tem a supervisão do professor e ele desenvolve a chefia de unidade... no noturno, ele fica com a supervisão do enfermeiro da instituição. E, neste caso, o aluno não tem autonomia para agir por si mesmo, por critério da administração da instituição, que não assume a responsabilidade legal pelo aluno. Alguém tem que responder por ele, e este é o professor, isso tudo faz a diferença. Porque é o professor que tem responsabilidade técnica sobre o aluno e o serviço que ele desenvolve... Assim, quando em cada unidade tem um professor com os alunos, eles têm autonomia para resolver os problemas, receber e passar os plantões... S2.4”;

“[...] depende da instituição... em outra instituição, a relação do acadêmico com os funcionários é de maior respeito. Tudo eles passam para os acadêmicos que está como supervisor da unidade e acatam suas decisões. A enfermeira deposita no acadêmico a maior confiança. Eles respeitam o aluno como enfermeira. E, assim, o aluno consegue atuar como enfermeira e assumir seu papel gerencial... S2.2”.

É apresentada em discussão, entre os enfermeiros do hospital, num momento de consenso, outra questão que diz respeito à política administrativa da instituição, que é a falta de interação nas relações interpessoais e multiprofissionais entre os serviços, como desvela o recorte: “[...] *no exercício da função gerencial, a integração entre enfermeiro e médico é muito difícil... é o trabalho da equipe multiprofissional que não interage que não é unida, nem com os serviços de apoio...*” (S2.5).

Aproveitando esse momento de análise, nessa realidade empírica, apesar das limitações encontradas pelas políticas institucionais, tanto do órgão formador como do serviço de saúde, procura-se pelos convênios entre a IFES e as instituições de serviço atender às demandas de ambas as partes. Assim, mediante a oferta do campo, em contrapartida a IFES, ao desenvolver as atividades práticas do aluno, com a presença direta do docente, oferece suporte às demandas do serviço, como também se utiliza da estratégia da parceria ensino-serviço na supervisão do aluno que se encontra no Estágio Pré-Profissional. Para tanto, ocorre a cobertura didático-pedagógica do docente, que faz a preceptoria, que se caracteriza pela supervisão indireta do aluno, reiterando a necessidade de o professor atuar na instituição de serviço como facilitador do processo ensino-aprendizagem, articulando nas situações em que este, o aluno pré-profissional, não consegue superar os problemas encontrados, favorecendo a conformação e a consolidação de competências gerenciais para a práxis. O escalonamento do docente nos campos permite que o Planejamento das Atividades do Aluno pela Comissão de Estágio e o docente responsável procure se adequar à demanda de cada serviço, para fortalecer a parceria, com *feedback* positivo para as partes envolvidas, como tentativa para se alcançar a formação e adequar a práxis à perspectiva transformadora.

No entanto, é necessário apresentar a posição do COFEN, junto aos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN's), quanto à fiscalização nos serviços de saúde, atribuindo ilegalidade à supervisão de alunos por enfermeiros em seu horário de serviço, interferindo na autonomia das

IES, em relação às parcerias na formação de profissionais para a Enfermagem, como também na proposta ministerial de integração formação e trabalho.

É fundamental, contudo, não generalizar. É imprescindível, sim, a verificação da real postura das escolas de graduação em Enfermagem, quanto ao compromisso de planejamento, supervisão e avaliação dos seus alunos em Estágio Curricular Pré-Profissional, e o cumprimento das práticas com supervisão direta docente, em campos hospitalar e de serviços básicos, realizados previamente ao longo dos períodos anteriores de sua formação, oportunizando a vivência de situações reais com a profissão, com carga horária teórica e prática que favoreçam ao aluno o desenvolvimento de habilidades e competências gerenciais, que se solidificarão no Estágio Curricular e que embasarão a conformação de novas, estimulando o pensamento crítico e reflexivo para o saber, o fazer, o ser e o conviver em Enfermagem.

A generalização dessa Resolução incorre em sérios riscos de restringir um Projeto Pedagógico que busca caminhar para a formação voltada à realidade profissional, distanciando ainda mais a teoria da prática, reforçando a dicotomia dos interesses entre as instituições de ensino e a de serviço, entre a formação profissional e o trabalho.

Deve-se clarificar a necessidade de fiscalizar a “formação em massa”, sem a real supervisão da IES, lançando no mercado pré-profissionais sem o acompanhamento na complementação de sua formação. No entanto, é preciso salvaguardar o Projeto Pedagógico que trabalha a formação do profissional construída pela parceria ensino e serviço, entre docentes, alunos e enfermeiros de serviço, com a oportunidade de o pré-profissional conquistar sua autonomia na construção do saber gerencial, na conformação e consolidação de competências gerenciais numa ótica crítica, reflexiva, inserida nas demandas dos serviços de saúde, como partícipe de uma práxis transformadora, requerida para este século.

Em continuidade a essa análise, na ótica dos enfermeiros dos serviços básicos de saúde, a política administrativa institucional encontra impacto entre o Modelo Assistencial de Atenção Básica, preconizado para a formação dos recursos humanos na saúde, e os serviços de saúde, como se encontram desorganizados para desenvolvê-lo, conforme sugere a sequência dialogada entre alguns dos sujeitos envolvidos nos campos:

“[...] a exigência hoje é o profissional ter maior enfoque na saúde coletiva... uma questão importante é a dos Programas... tem que ter um caminho para chegar ao serviço de saúde, é o básico... o Serviço da Mulher, da Criança, do Adulto, do Idoso, do Diabetes, da Hipertensão... S3.2”;

“[...] a cidade de Alfenas, sendo uma cidade universitária, não tem o serviço como deveria ser... estatisticamente, não tem nada... não tem muita coisa sistematizada... S3.1”;

“[...] a questão do serviço de saúde é que não está preparado, não está atualizado... para esse modelo novo, essa maneira nova de formação... S3.6”.

Continuando a discussão em relação à dicotomia face aos princípios preconizados pelo SUS e o que os serviços de saúde priorizam, os enfermeiros reiteram a visão de saúde atrelada à política, em que os interesses apontam para o modelo assistencial hospitalocêntrico, sobre o domínio hegemônico médico, centrado na doença, com pouco investimento na Atenção Básica, e maior investimento na tecnologia de ponta. No entanto, entendem a importância de organizar os serviços de saúde, da base para cima, da atenção básica para cima:

“[...] enquanto a visão da saúde for política... Agora, é uma situação que nós estamos vivendo... amanhã... muda a ‘Prefeitura’... muda-se tudo... novas propostas, avanços, prioridades... Enquanto uma coisa estiver atrelada com a outra... S3.2”;

“[...] você tem que estar organizando os serviços de saúde de baixo para cima, organizando da base, do primário... a porta de entrada é realmente, lá o Programa de Saúde da Família (PSF), os ambulatórios... mas a nossa pirâmide é o inverso... S3.1”.

O enfermeiro que vivencia os serviços na rede básica comenta também que sofre pela falta ou pelo inadequado Planejamento Estratégico em nível local, para atender à demanda real dos serviços, gerando gastos desnecessários e a conseqüente falta de investimentos em áreas prioritárias. Aponta, assim, para a política administrativa que favorece a compra de recursos materiais, não para atender à demanda do serviço, mas para atender a interesses de terceiros:

“[...] a Secretaria da Saúde compra, não o que ela quer, mas o que os outros querem vender... mas, e o planejamento?... Eu preciso de 50 ultra-sons e nada mais. Eu compro 100, pra quê? Será que essa é a minha necessidade?... Nós não temos planejamento para saber o que nós precisamos... S3.5”.

Diante desse impasse em face do descompasso entre a Política Administrativa Municipal e as demandas reais dos serviços, apreendem que o enfermeiro é o elemento indicado para o gerenciamento do serviço de saúde: *“[...] o sistema deveria ouvir o enfermeiro que está no dia-a-dia. Perguntar para ele a demanda do serviço... qual sua expectativa em escolher um material, de tomar uma decisão... o enfermeiro deveria ser ouvido pelo sistema, em relação ao gerenciamento...” (S3.4).*

Em face da Política administrativa em nível local estar aquém da demanda de capacitação dos recursos humanos em saúde, sugerem implementar os convênios entre órgão formador e serviço para promover a Educação Continuada dos enfermeiros de serviço, atualizando-os nas questões das mudanças nas Políticas de Saúde, na organização e sistematização dos serviços, como também promover encontros entre docentes, enfermeiros e alunos para a troca de conhecimentos e vivências, aproximando formação e trabalho:

“[...] será que não é hora de rever os convênios da escola com a Secretaria, com a Prefeitura?... em relação ao estágio na Administração, quando o formando chegar com um Projeto, nós precisamos onde?... nós temos Programas da Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, da Hanseníase, nós temos todos... mas o que temos é muito pouco... será que com a luz de alguém poderia ficar melhor?... seria a possibilidade de discutir a organização do serviço, como montar, como resolver isso... aquilo... como sistematizar... S3.6”.

O enfermeiro de serviço do hospital também reconhece a necessidade de atualizar-se, mas não tem apoio institucional, como explicita: *“[...] a gente precisa atualizar... como é que eu vou melhorar, se eu não tenho conhecimento... mas a dificuldade é o custo... não há apoio financeiro da instituição de serviço” (S2.4).*

Reiteram, assim, a necessidade de capacitação de pessoal para os serviços básicos de saúde, investindo na Política de Recursos Humanos, para maior e melhor organização dos mesmos, compreendendo e desenvolvendo o processo de trabalho em saúde e na Enfermagem.

No foco da Política Administrativa da SMS, identificam a necessidade de melhorar o planejamento, a organização e o controle dos Programas de Saúde, de definir os papéis dos profissionais da equipe de saúde, de construir metas para serem alcançadas e um sistema de controle e avaliação eficazes, desvelado no recorte:

“[...] todos os serviços têm metas... o PSF tem metas, a Atenção à Mulher tem metas, a Saúde da Criança tem metas... mas, muitas vezes, essas metas são avaliadas por avaliar, se você fez ou se não fez, é a mesma coisa... tem que ter uma penalidade... o que deveria acontecer é um controle de cima para baixo... o que acontece e como acontece... S3.1”.

Os enfermeiros reiteram como estratégia maior a organização e o controle da Política de Saúde, em nível local, pela SMS: *“[...] é a questão da Política de Gerenciamento... alguém teria que assumir isto... o Ministério da Saúde manda na Secretaria de Estado da Saúde, que manda na GRS, que manda na Secretaria Municipal de Saúde... Supervisão tem que ter gente!!...”* (S3.2). Complementa ainda S3.3: *“[...] é preciso partir, não da punição, mas da cobrança de uma liberdade vigiada para que as coisas sejam executadas... Os dirigentes, os gestores deverão começar a organizar e a controlar os serviços de saúde...”*.

Na discussão dos enfermeiros dos serviços básicos de saúde, fica explicitado que o peso da dimensão política é maior do que o da dimensão particular que é a formação do profissional e, da singular que é o gerenciar em enfermagem, quer dizer, o enfermeiro se encontra limitado na gerência, porque a questão política ali no serviço tem um peso enorme que limita sua atuação.

Assim, no espaço dos serviços básicos, nessa realidade empírica, a dimensão estrutural, ou seja, a dimensão política domina tudo, e a dimensão singular, onde o enfermeiro pode ter certa governabilidade, pode ter autonomia, resolutividade, tomada de decisão, isso ainda não acontece,

como reiteram as falas sintetizadas no trecho de uma delas: “[...] *mas nós não temos autonomia... se nós tivéssemos, seria bom...*” (S3.4).

Os enfermeiros pertencentes aos serviços básicos de saúde conveniados, que constituem os campos de estágio e das práticas, atingem com suas discussões momentos de crítica e reflexão, conseguindo apreender importantes focos dificultadores, como também vislumbram, delineiam estratégias para a práxis transformadora. Alcança, nos vários momentos polêmicos da discussão, análise nas três dimensões propostas; a estrutural, que envolve a Política de Saúde em nível local, determinante na organização dos serviços de saúde e de Enfermagem; a dimensão particular, que diz respeito à formação dos enfermeiros e à capacitação para os novos paradigmas e, a dimensão singular, que se refere ao gerenciamento em Enfermagem nos serviços básicos de saúde, isto é, a competência gerencial do enfermeiro para a gerência do serviço.

Apontam para algumas dificuldades na Política de Saúde local que determina a organização dos serviços de saúde que geram impacto em face dos princípios preconizados pelo SUS, como o fato de atenderem a interesses particulares, de grupos hegemônicos de políticos e médicos. Há também o impasse entre a valorização da Atenção Básica de Saúde, preconizada pelo SUS e a evidente priorização dos setores secundários e terciários, com investimentos na tecnologia de ponta, presente no setor hospitalar. No período da realização desta investigação, o modelo institucional na área de serviços básicos de saúde atendeu, assim, a um modelo hospitalocêntrico, hegemônico ao saber médico, centrado na doença, com pouco investimento na Atenção Básica.

O enfermeiro aponta também para a falta ou inadequado Planejamento Estratégico em nível local, gerando um descompasso no controle dos recursos gerenciados pelo SUS, buscando na implementação da parceria escola-serviço, oportunizar a Educação Continuada e cursos de capacitação, organização e sistematização dos serviços para o pessoal do serviço de saúde, preparando-os para as mudanças de paradigmas.

Acrescentam que a Política Nacional de Saúde, fundamentada nos princípios do SUS, reflete a necessidade de mudanças no Ensino da Enfermagem para a formação crítica, questionadora, para o profissional assumir o papel de agente de mudança e a importância que atribuem ao perfil gerencial do enfermeiro para trabalhar nesses novos paradigmas. Entendem

também que os enfermeiros de serviço em saúde coletiva encontram-se desatualizados em relação aos novos modelos assistenciais e gerenciais, investindo na necessidade de capacitação de pessoal para o serviço, na Política de Recursos Humanos para maior e melhor organização dos serviços de saúde, compreendendo e desenvolvendo o processo de trabalho em saúde e na Enfermagem.

Assim sendo, no foco da Política Administrativa da SMS, identificam a necessidade de melhorar o planejamento, a organização e o controle dos Programas de Saúde, de definir os papéis dos profissionais da equipe de saúde, de construir metas para serem alcançadas e um sistema de controle e avaliação eficazes, cuja expectativa da participação dos alunos e docentes é esperada pelos enfermeiros de serviço, fortalecendo a parceria escola e prefeitura, ensino e serviço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num movimento dinâmico de idas e vindas, conhecendo a realidade empírica em face do olhar dos sujeitos, de suas discussões, assim também dos apontamentos da observadora, presente durante a realização dos grupos focais, pontuam-se algumas considerações finais, respondendo aos objetivos e pressupostos deste estudo.

Considerando Minayo, Deslandes, Cruz Neto e Gomes (2001) que “todo aprendizado não é a estação final do trem”, este estudo é apenas um exercício em busca de possibilidades para a conformação e consolidação de competências gerenciais numa perspectiva transformadora para o aluno, entendida pelos sujeitos como um processo que ultrapassa a formação de graduação.

Ao final, o fluxo das informações apreendidas convergiu para vislumbrar os cenários das práticas gerenciais em que ocorre a intersecção entre a formação e trabalho, ensino e serviço, ou seja, entre os sujeitos desta investigação, o docente, o aluno e o enfermeiro de serviço, identificando as demandas, buscando a superação dos fatores limitantes próprios de uma formação e práxis reiterativas, apreendendo as estratégias, e construindo caminhos para uma proposta transformadora, ajustando o que se tem com o que determinam as atuais Políticas de Saúde, da Educação e Ensino, particularmente neste estudo, o ensino da Administração, na conformação e consolidação de competências gerenciais ao enfermeiro, objeto desta investigação.

É pontuada, em todos os grupos envolvendo os sujeitos, a formação por especialidades, fragmentada nos saberes, o que contrapõe a proposta de formação generalista das Diretrizes Curriculares Nacionais. E, ainda, os docentes e os enfermeiros de serviço revelam a necessidade de implementar estratégias que estimulem o pensamento crítico e reflexivo do aluno, na problematização da prática, para a qual é imprescindível o papel do docente como facilitador do processo ensino-aprendizagem, articulador na integração da teoria com a prática, em que o enfermeiro de serviço compartilha com ambos suas necessidades e desafios. Assim, nesse foco, é possível fortalecer a parceria ensino e serviço, e construir coletivamente alternativas para a

solução de problemas, melhorando a resolutividade do serviço e o exercício da capacidade gerencial do aluno.

Nessa realidade empírica, na relação entre as instituições de ensino e as de serviço, é apresentado pelos sujeitos envolvidos que os recursos humanos, no que se refere ao dimensionamento de docentes e de enfermeiros, respectivamente, conferem uma demanda que traz limitações para caminhar na proposta transformadora.

No entanto, se a proposta for a integração ensino e serviço, e ainda, entendendo que, na formação de parcerias, partindo da premissa de superar a divisão de forças, conhecimentos e vivências para a interação entre os sujeitos dos serviços de saúde, e da instituição de ensino, é possível construir estratégias, no dia-a-dia, delineando os caminhos, viabilizando mudanças na ordem da reiteração para a transformação.

Ainda que, na dimensão estrutural, as Políticas Públicas mantenham a retórica da transformação, e os sujeitos tenham desvelado dificuldades para atendê-la, tanto na formação quanto na práxis, determinadas pelas demandas do resistente Modelo Hegemônico na Educação e na Saúde, que ainda persiste nas Políticas institucionais da IFES, da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital, em relação às atividades desenvolvidas nos campos de estágio, é possível identificar alguns avanços e apontar expectativas à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais e do Pró-Saúde.

Considerando que as Diretrizes Curriculares atuais apontam para a organização do trabalho em saúde e na Enfermagem para a lógica do SUS, cria-se nesse cenário empírico a necessidade de investir nas parcerias inter-institucionais, aumentar a adesão entre os sujeitos deste estudo e estender a rede de relações com outros profissionais, não ficando circunscrita apenas à equipe de Enfermagem.

Entendendo ainda que o processo de trabalho em saúde e para a Enfermagem deve estar centrado no usuário/cliente, é fundamental fortalecer o trabalho coletivo. Identifica-se, nos discursos dos enfermeiros dos serviços básicos, a insatisfação pelo fato de a práxis ainda estar fundamentada na fragmentação do conhecimento, no predomínio das especializações, favorecendo a alta tecnologia, a assistência curativa, individual centrada no saber médico, e na

gerência burocrática, permeada pela rigidez da hierarquia e pela centralização do poder decisório, limitando a autonomia do profissional enfermeiro. Com isso, as estratégias de integração do processo ensino-aprendizagem com a rede de serviços de saúde devem ser implementadas, uma vez que, nesse cenário empírico, os enfermeiros, docentes e alunos já apontam para esse entendimento, particularmente os da área da Atenção Básica, para a qual se prioriza a reorientação da formação profissional, buscando a superação da práxis reiterativa.

Nesse caminhar para a transformação, num processo contínuo e gradativo, construído a partir das contradições, das dificuldades, dos conflitos, das relações intersubjetivas que acontecem no dia-a-dia, na intersecção ensino e serviço, formação e trabalho, é possível oportunizar a conformação e consolidação de competências ao aluno além das técnico-científicas, mas também, a ético-política, a comunicativa, convergindo para o desenvolvimento da cidadania, fundamentais para a atuação profissional do enfermeiro diante dos paradigmas da integralidade na assistência e da flexibilidade na gerência, considerando-a um instrumento para a dimensão cuidadora.

Identifica-se que, em vários momentos das discussões nos grupos focais, o que também foi apontado pela observadora, nos campos de estágio, quer dos serviços básicos, quer hospitalar considerados espaços intercessores, que há a possibilidade de mudar o foco do processo de trabalho assistencial de procedimento-centrado para usuário/cliente centrado, uma vez que os três sujeitos referem o maior contato e autonomia com a assistência. Assim também, no processo de trabalho gerencial, as relações tornam-se mais participativas, desenvolvendo-se a gerência como instrumento para operacionalizar a dimensão cuidadora, aproximando da proposta de integralidade na assistência nos serviços de saúde.

Os dados evidenciam a importância atribuída pelos sujeitos à implementação dos encontros grupais, denominados grupos de discussão, envolvendo o aluno, o docente e os enfermeiros dos serviços básicos e hospital, os quais estão envolvidos nos processos de ensino-aprendizagem, assistencial e gerencial, sendo possível dar continuidade à ação-reflexão-ação esperada para retroalimentar a formação e a práxis numa perspectiva transformadora e articulada entre ensino e serviço. No entanto, é fundamental que essa ação reflexiva e coletiva entre os sujeitos aconteça

durante o desenvolvimento do processo de trabalho assistencial, gerencial, de ensino e de pesquisa, nos cenários das práticas e dos estágios. Nesse cenário empírico, essa articulação dos docentes, alunos e enfermeiros de serviço com as questões administrativas para o desenvolvimento de competências gerenciais ao aluno, nas situações do cotidiano, nos campos de prática e estágios, se configura, segundo os mesmos, num processo gradativo. Uma vez que é apontado pelos alunos e reconhecido pela maioria dos docentes e enfermeiros de serviço, a limitação em relação aos conhecimentos de Administração, por serem de áreas específicas.

Apreende-se também pelos depoimentos que os alunos, os docentes e os enfermeiros sugerem que, nas práticas anteriores aos Estágios Curriculares, devem-se escalonar os alunos por um tempo maior e em turmas menores. E, ainda, que tanto os docentes como os alunos devem conhecer as demandas do serviço, entendendo-se que já se inicia a motivação para a interação entre aluno-docente-enfermeiro no período em que estão sendo desenvolvidas as práticas. Ao final de cada etapa, como apresentado pelos enfermeiros e docentes, é dado um retorno, fortalecendo a parceria escola-instituição de serviço de saúde. Com isso, confirmam que a construção dos saberes é um processo pactuado e contínuo em que o saber gerencial e a conformação de competências gerenciais acontecem num movimento de idas e vindas, que transita das práticas para os estágios, se consolidando com o cotidiano, em face da imprevisibilidade que permeia a relação ensino e serviço, delineando caminhos para a práxis transformadora.

Das discussões oriundas dos sujeitos, pôde-se apreender que, em face das limitações encontradas nos campos de estágio, acentuadamente no hospital, dada a pouca autonomia para a atuação nas questões administrativas do serviço, docentes e alunos envolvidos nas práticas e nos Estágios Curriculares defendem a estratégia de implementar o Planejamento conjunto com os enfermeiros de serviço, previamente ao desenvolvimento das atividades nos campos. Apresentam como fundamental atender aos interesses de ambas as partes, da instituição de ensino e da de serviço, o que ficou explicitado ser uma conquista gradativa e contínua, com *feedback* positivo, principalmente para os campos dos serviços básicos de saúde, sinalizando o caminho para a nova concepção pedagógica, da formação voltada para o trabalho, articulando o ensino com o serviço.

Os acadêmicos valorizam a participação do enfermeiro de serviço na supervisão das atividades de estágio, sugerindo estar acompanhando-o durante o exercício do processo de trabalho gerencial no cotidiano de trabalho. Contudo esta estratégia é apontada no grupo dos enfermeiros do hospital com restrições, referindo-se ao fato de o quantitativo de pessoal ser calculado para suprir ao modelo funcional, prevendo as horas de enfermagem para procedimentos e tarefas e não para a assistência integral e individualizada, e ainda pela demanda de seu papel supervisor estar voltada para atender às situações emergenciais.

No entanto, no cenário do hospital, trata-se de uma estratégia de intersecção entre os sujeitos, importante para se avançar na práxis transformadora, sendo fundamental a intervenção do docente para articular a gerência no trabalho em equipe na Enfermagem, bem como, desenvolvê-la como instrumento do processo de cuidar, valorizando a dimensão cuidadora, abrindo para o diálogo, a escuta, a responsabilização, tanto na assistência como na gerência, consideradas tecnologias leves, fundamentais para a operacionalização dos modelos assistencial e gerencial do SUS, para o qual convergem o perfil e as competências requeridas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais ora vigentes.

Para tanto, essa reflexão exige que se avance nas discussões para fundamentar o aspecto legal do enfermeiro de serviço supervisionar o aluno de graduação em Enfermagem e conferir a ele autonomia para a função supervisora, salvaguardando os aspectos legais de vinculação da instituição formadora com o serviço de saúde, como o cumprimento de convênio, termo de compromisso entre o acadêmico e a instituição de serviço, apólice de seguro, carteira de estagiário registrada no COREN, Plano de Atividades do aluno no campo de estágio com clareza do sistema de avaliação vinculada à escola, das orientações periódicas do docente *in loccus*, do retorno à IES para as atividades complementares, orientação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), e a apresentação de Relatórios ao término de cada etapa para retroalimentar a relação ensino-serviço, e, ainda, observando que apenas um terço da carga horária do semestre é permitida ao aluno estar vivenciando essa experiência a distância, garantindo o compromisso da escola por sua formação. Exige também voltar o foco para o modelo gerencial institucional, a visão ético-política, de dimensão da cidadania do enfermeiro, a política administrativa da

instituição de saúde, a filosofia, a missão, e sua expectativa, quanto à parceria ensino-serviço, buscando a afinidade para as partes envolvidas, verificadas em contato *in loccus* pela Comissão de Estágio, antes de firmar o convênio.

Na percepção dos acadêmicos é possível construir novos caminhos, tanto para o ensino como para o serviço, numa perspectiva transformadora, se as parcerias forem fortalecidas e os sujeitos nos espaços e tempos intercessores, na dimensão singular, no campo de governabilidade resolver vincular a formação com o trabalho, comprometer-se um com o outro e fazer a diferença, num exercício real e contínuo de cidadania.

Assim, construir caminhos é buscar re-significar a “objetividade” e repensar a “subjetividade” nas ações, como propõem Silva Jr., Alves e Alves (2005, p.78), conferindo que as relações não são permeadas pelo domínio, mas pela convivência e, com isso, as transformações ocorrem em interações e comunhão entre os sujeitos, o que não deve ser assumido com a eliminação de conflitos, mas, sim, com a articulação entre os parceiros para a maior resolutividade e organização dos serviços, e aproximação entre a formação dos profissionais de saúde das necessidades da população brasileira e da operacionalização do SUS.

É imprescindível, como advertem os autores, que, para a consolidação do SUS, os profissionais de saúde, neste estudo, os enfermeiros, no exercício do processo de trabalho gerencial, repensem a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, para re-significar a formação e a práxis.

Retomando o quarto pressuposto desta investigação, que refere sobre o espaço de intersecção onde são construídas as relações entre os sujeitos, no qual se revela o campo micropolítico, na dimensão singular de desenvolver a interação formação-trabalho, acrescente-se, para esta análise, que constitui espaço para a problematização dialogada no cotidiano do trabalho entre os sujeitos envolvidos, sendo possível ao profissional em formação e ao que se encontra na práxis conformarem e consolidarem competências gerenciais num contínuo, em que se entende a Educação como permanente, construída ao longo da vida, nas relações em trabalho, nas relações sociais, entre as pessoas que compartilham o viver e o conviver em sociedade.

É possível apreender que uma das “chaves” para a perspectiva transformadora está no fazer, no ser, no conviver no cotidiano do trabalho, delineando para a dimensão cuidadora nos serviços de saúde, por conseguinte, da equipe de saúde e da Enfermagem em que o processo de trabalho gerencial do enfermeiro poderia se colocar como co-responsável dessa orquestração de saberes, cujo centro deve ser o cliente/usuário.

Nesse cenário empírico, identifica-se a possibilidade de iniciar a mudança pela dimensão singular, no cotidiano do processo de trabalho nos serviços de saúde e de Enfermagem, sendo fundamental para se avançar nesse contexto o planejamento conjunto entre os sujeitos envolvidos na formação e na práxis, o que, para este estudo, são os acadêmicos, os docentes e os enfermeiros dos serviços básicos de saúde e do hospital, integrando ensino e serviço. Para tanto, a formação e o trabalho devem caminhar simultaneamente, e não como vem acontecendo, de a formação preceder o trabalho, buscando acompanhar e fortalecer as exigências das atuais Políticas de Saúde, Educação e do próprio Ensino da Enfermagem em que a Administração consolida competências ao enfermeiro para o exercício do processo de trabalho gerencial, em que assume papel de articulador, facilitador na gerência de serviços e na assistência à clientela.

É possível retomar, nesse contexto de análise, que o perfil profissional para a práxis transformadora requer competências para a manipulação simbólica, para as subjetividades nas relações, em superação à manipulação tecnológica excessiva, em que o “sujeito” é priorizado e, assim, o aluno é o objeto do processo ensino-aprendizagem, o cliente é o objeto do processo de trabalho em saúde e na Enfermagem, e cada trabalhador é objeto no trabalho em equipe.

Para tanto, neste século XXI, a formação e a práxis do enfermeiro devem transitar entre os processos de trabalho nas dimensões cuidadora, gerencial, educadora e de investigação científica, para assumir seu papel de articulador no sistema, nos serviços e na assistência à saúde, na ótica da integralidade, da integração ensino e serviço, atendendo às demandas da população, construindo caminhos para a operacionalização do SUS. E, por conseguinte, os docentes, os alunos e os enfermeiros de serviço, envolvidos e comprometidos como atores desse contexto histórico e social nos cenários da práxis, no cotidiano do desenvolvimento das práticas e estágios, conformam e consolidam não apenas competências gerenciais na formação do profissional

enfermeiro, como ainda criam e ampliam uma rede de sustentação com os demais profissionais e com os usuários/clientes.

Essa teia de inter-relações e parcerias tem fortalecido a IFES a aproximar-se de modelos pedagógicos voltados à realidade, às demandas sociais, ao trabalho em saúde e na Enfermagem, e as instituições de saúde a viabilizarem Projetos, Programas e a oportunizarem a Educação Permanente de seus profissionais, pela aproximação contínua com as atualizações e inovações que ocorrem na vida dinâmica da academia.

Para tanto, ainda é preciso avançar para novos caminhos, buscando a superação da reiteração e da reflexão sem ação, e operacionalizar, neste cenário histórico e social, a práxis transformadora, fortalecendo e criando novas estratégias entre os parceiros, trabalhando as limitações e contradições geradas pelos modelos co-existentes quer sejam eles pedagógicos, assistenciais ou gerenciais. Isso diz respeito, respectivamente, aos impasses existentes entre a formação por especialidades, fragmentada, formativa e a integralizada, transdisciplinar e problematizadora; ao modelo assistencial Neoliberal Hegemônico e o Clínico Epidemiológico, preconizado pelo SUS e, ainda, ao modelo gerencial racional e ao modelo da gerência participativa e flexível.

Retomam-se como novos caminhos para a formação de profissionais da saúde aqueles que atendem não apenas ao que é legal, mas ao que confere o desenvolvimento de competências para ações transformadoras, como o fortalecimento da rede de parcerias entre ensino e serviço. Assim, nos cenários das práticas e estágios, durante a formação, propõem-se maior interação ativa do aluno com os docentes, com os enfermeiros de serviço, com os profissionais de saúde, com a população, possibilitando a construção dos saberes e competências em face da realidade social, assumindo responsabilidades crescentes compatíveis com seu grau de autonomia, contribuindo para o desenvolvimento da cidadania.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, G. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculo a sua expansão na sociedade brasileira.** 1963. (Concurso para Cátedra) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1963.

ALMEIDA, M.C.P. A enfermagem e as políticas de saúde. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 53-62, jul. 1997.

_____. **Contribuições ao estudo da prática de enfermagem.** Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem, USP, s.d. Mimeografado.

ALMEIDA, M.C.P.; FORTUNA, C.M.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; VILLA, T.C.S. **Gerência na rede básica de serviços de saúde: processo de trabalho.** In: Encontro de Enfermagem do Nordeste, 10. [Apresentação]. Salvador (BA), 1994.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida, MCA; Rocha, SMM (org). **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997. 296p.

ALMEIDA, M.C.P. de; SILVA, E.M.; MISHIMA, S.M.; VILLA, T.C.S. Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48. 1996. São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEn, 1996, p. 142-149.

AMANTÉA, M.L. **Competências do professor no Estágio Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem segundo a percepção dos próprios docentes.** 2004. 102p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

ANTUNES, M.J.M. O SUS, a saúde coletiva, a assistência integral de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48. 1996. São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEn, 1996, p.102-108.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** 7. ed. Campinas: Cortez, 2000. 199 p.

ASCHIDAMINI, I.M.; SAUPE, R. Grupo focal-estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. UFSC, Florianópolis, 2004. Disponível em:
<<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitarearticle/viewPDFInterstitial/1700/1408>>.
Acessado em: 23/03/2006.

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Carta de Teresina. Teresina: ABEn-PI, 2002. 5p. Documento elaborado por ocasião do 6º SENADEn; 2002. Mimeografado.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Diretrizes Curriculares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, jul/ago. 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Administração. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, jul/ago. 2004.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Jornal da ABEn. **Carta de Natal: 9º SENADEn**. Brasília: ABEn, ano 47, n.3, jul/ago/set.2005b, p. 10-11.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Jornal da ABEn. **Jornada de 30 horas para a enfermagem e regulação social**. Brasília: ABEn, ano 47, n.3, jul/ago/set.2005a, p.14-15.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface: comunicação, saúde e educação**. Rio de Janeiro, v. 6, p. 117-120, fev. 2000.
- BACKES, V.M.S. **Estilos de pensamento e práxis na Enfermagem**: a contribuição do estágio pré-profissional. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2000. 272p.
- BARROS, S.M.P.F. Gerenciamento em saúde: implicações, tendências e perspectivas para a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45, 1993, Recife. **Anais**, Recife: Ed. Universitária da UFPE, 1994. p. 93-103.
- BAPTISTA, W.A. Relação escola-campo de estágio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 19, n. 4, p. 318-322, ago. 1966.
- BAYMA, F. Capacitação de administradores para as organizações sem fins lucrativos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.6, p.119-126, nov/dez. 1997.
- BENDER, D.E.; EWBANK, D. The Focus Group as a Tool for Health Research: Issues in Design and Analysis. **Health Transition Review**, Washington, v. 4, n. 1, p. 63-104, apr. 1994.
- BERGAMINI, C.W. A difícil administração das motivações. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.38, n.1, p. 6-17, jan/mar. 1998.
- BERNARDES, A. **O trabalho administrativo do enfermeiro sob a ótica de outros profissionais**. 2000. 110p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
- BOCCHI, S.C.M.; FÁVERO, N. O processo decisório do enfermeiro no gerenciamento da assistência de enfermagem em um Hospital Universitário. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 218-246, jul./dez. 1996.
- BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 1996b. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/res19696.htm>>. Acessado em: 10/05/2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Seção II. Artigo 196. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/constituição.htm>>. Acessado em: 04/08/2002.

BRASIL. Lei n. 7498 de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Seção 1, p. 8853-8855.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19, set., 1990a. Disponível em: <www.saude.rj.gov.br/secretaria/publicações/portarias/8080.htm>. Acessado em: 05/05/2002.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28, dez., 1990b. Disponível em: <www.saude.rj.br/secretaria/publicações/portarias/8142.htm>. Acessado em: 05/05/ 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996: estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 34, n. 248, 23 dez. 1996a. Seção 1, p. 833-841.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n. 1721, de 15 de dezembro de 1994: currículo mínimo do Curso de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 1994. Seção 1, p. 19301-2.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior / MEC. Edital n. 4, de 04 de dez. de 1997. 1997, Brasília, DF, 1997. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acessado em: 04/08/2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. **Enfermagem, legislação, e assuntos correlatos**. Rio de Janeiro: Artes Gráficas da FSESP, 1974. v.3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **AprenderSus: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde**. Brasília (DF): SGTES, 2004.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria da Gestão de Trabalho e da Educação e Saúde. In: SEMINÁRIO SOBRE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS NA GRADUAÇÃO DAS CARREIRAS DA SAÚDE: Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de

saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente do SUS. 2003, Brasília. **Anais**. Brasília: editora, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Parecer nº 163, de 28 de janeiro de 1972. **Ementa**. 1972, Brasília (DF), 28 jan 1972. Seção 1, p.

BRITO, M. J. M. **O enfermeiro na função gerencial**: desafios e perspectivas na sociedade contemporânea. 1998. 176p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. (orgs). **Planejamento sem normas**. 2 ed. São Paulo (SP) : HUCITEC, 1994.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R.T. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC. 2000a.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: A constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000b.

CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

CARTA DE FLORIANÓPOLIS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, CONGRESO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10, Enfermagem: situando-se no mundo e construindo o futuro, out.1999. **Anais**. Florianópolis (SC): ABEn, p.413-420.

CARVALHO, A.C. **Associação Brasileira de Enfermagem**: 1926-1976. Documentário. Brasília: ABEn, 1976. 514p.

CASTELLANOS, B.E.P.; RODRIGUES, A.M.; ALMEIDA, M.C.P.; ROSA, M.T.L.; MENDES, S.A.S.A. Desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis (SC): ABEn, 1989, p. 147-169.

CATANI, A.M.; OLIVEIRA, J.F.; DOURADO, L.F. Reflexões sobre a Política Educacional, Mudanças no Mundo de Trabalho e Reforma Curricular dos Cursos de Graduação no Brasil. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 22, n. 75, p. 24-40, ago. 2001.

CECCIM, R.B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim de Saúde**. Brasília, v.16, n.1, p.9-36, 2002.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001, p.113-126.

_____. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, mar/abr, 2005.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul/set, 1997.

CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. (orgs). Pesquisa qualitativa: referencial teórico. In: _____. **A classificação internacional das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPEsc)**. Brasília: ABEn, 1999. p. 305-324. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. 2 ed. São Paulo: Afiliada, 1994. 522p.

CIAMPONE, M.H.T. **Grupo Operativo: construindo as bases para o ensino e a prática na enfermagem**. 1998. 184p. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

CIAMPONE, M.H.T.; KURCGANT, P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 391-392, jul/ago. 2004.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, p.143-147, dez. 2000. Número especial.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 293/2004. Estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. 2004. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acessado em: 23/06/2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 299/2005. Dispõe sobre indicativos para a realização de estágio curricular supervisionado de estudantes de Enfermagem de graduação e do nível técnico da educação profissional. 2005. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acessado em 23/06/2006.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior (CES). Resolução CNE/CES 3/2001. Instituem Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em <<http://www.abennacional.org.br>>. Acessado em 19/04/2005.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Parecer n. 776, de 05 de dezembro de 1997. **Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação**. Brasília: MEC, 1997.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior (CES). Parecer CNE/CES nº 329/2004. Carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília (DF): MEC, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior (CES). Parecer CNE/CES nº 184/2006. Retificação do Parecer CNE/CES nº 329/2004, referente à carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília (DF): MEC, 2006.

COSTA, H.A.G. A prática da enfermagem nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Comissão Permanente de Serviço de Enfermagem. **Organização da assistência de enfermagem**. Brasília, ABEn, 1991 (Série Documento 1).

CURY, C.R.J. Reforma universitária na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional? **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 101, p. 3-19, jul.1997.

DEIENNO, S.R.R. **Atuação do enfermeiro em unidade de internação, enfoque sobre as atividades administrativas burocráticas e não burocráticas**. 1993. 99p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez, 1998.

DELUIZ, N. **Mudanças no mundo do trabalho e necessidades de qualificação de trabalhadores de saúde**, Rio de Janeiro, 1997. Mimeografado.

_____. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5-15, maio. 2001.

DEPRESBITERIS, L. **Avaliando competências na escola de alguns ou na escola de todos?** São Paulo, 2002. Mimeografado.

DESAULNIERS, J.B.R. Formação, competência e cidadania. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 18, n. 60, p. 51-63, dez. 1997.

DIAS, S.M. **Gerência de Enfermagem em Hospital Universitário: o planejamento como política da ação**. 2002. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

DOURADO, H.G. Algumas tendências na formação de enfermeiras. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 166-172, out. 1948.

DRUCKER, P. **Sociedade pós-capitalista**. 2.ed. Trad. Nivaldo Montigelli Jr. São Paulo: Pioneira, 1994. 186p.

FARIA, J.I.L. **Prática docente reflexiva na disciplina de administração em enfermagem hospitalar**: uma experiência de desenvolvimento profissional de professores-pesquisadores. 2003. 307p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FAUSTINO, R.L.H. **Desafios e possibilidades da mudança curricular na EE-UFMG**: a percepção discente. 1999. 193p. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

FAUSTINO, R.L.H.; MORAES, M.J.B.; OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.5, p.343-347, jul.ago. 2003.

FÁVERO, N. **O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado**. 1996. 92p. Tese (Livre Docente) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

FEKETE, M.C. **Sistemas de incentivo como instrumentos de gestão do trabalho em saúde**. 1999. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1999.

FELLI, V.E.A. **A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem**. 2002. 125p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant, P. (coord). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERRAZ, C.A. **A transfiguração da administração em enfermagem**: da gerência científica à gerência sensível. 1995. 248p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

_____. **Ensaio sobre reforma político-administrativa hospitalar**: análise sociológica da transição de modelos de gestão. 2002. 157p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

_____. Gerenciamento de enfermagem: do modelo burocrático à atualização científica. **Caderno de atualização científica**. Série Medicina e Saúde. SOBRAGEM. São Paulo: Frontis Editorial, 1997.

FERRAZ, C.A.; RIBAS GOMES, E.L.; MISHIMA, S.M. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v.57, n.4, p.395-400. jul.ago. 2004.

FERREIRA, M.S. A década político-pedagógica. In: ALMEIDA, M.D. (org). **Projeto Político Pedagógico**. Natal (RN): EDUFRN, 2000. p. 25-28. (Coleção Pedagógica).

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.de. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.C.M.; LLANOS, M. (orgs). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. Londrina (PR): UEL, 1999, p.47-82.

FINKELMANN, J. Saúde no mundo: tendências e perspectivas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51. / CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10., 1999, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1999. p. 41-56.

FLECK, L. **La genesis y el desarrollo de un hecho científico**. Madri: Alianza Editorial, 1986.

FONSECA, R.M.G.S. da; FORCELLA, H.T.; BERTOLOZZI, M.R.; CIANCIARULLO, T.I.; BARBIERI, M.; MATHEUS, M.C.C.; EGRY, E.Y.; GAIDZINSKI, R.R. Historicidade dos Congressos Brasileiros de Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48. 1996. São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEn, 1996, p. 79-101.

FORUM DE PRÓ-REITORES DE GRADUAÇÃO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS. **Plano Nacional de Graduação**: um projeto em construção. Campinas, 1999. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/forgrad>>. Acesso em: 04/08/2002.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde. 2003. 139p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (orgs). **Construção social da demanda**: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p.181-193.

FREIRE, R.P.; GUIMARÃES, R.M.; HENRIQUES, R.L.M.; MAURO, M.Y.C. O currículo integrado da Faculdade de Enfermagem UERJ: uma reflexão sobre a formação de recursos humanos para o SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.4, p. 381-384, jul/ago.2003.

FUNDAÇÃO DO INSTITUTO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **História das Conferências Nacionais de Saúde**. Petrópolis, 2000. Disponível em: <<http://www.fiocruz/histconferenciasframe/htm>>. Acesso em: 07/05/2002.

GARCIA MONTRONE, A.V. **Promotores para o estímulo da lactância materna e estimulação do bebê em uma comunidade de baixo nível sócio-econômico**: elaboração, implementação e avaliação de um programa de ensino. São Carlos, 1997. 237p. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Carlos.

GARRAFA, V. A dimensão ética em Saúde Pública. **Administração em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP, 1995. (Série Temática 4).

_____. Desafios éticos na política de recursos humanos frente às necessidades de saúde. **Caderno de Recursos Humanos Saúde**, Brasília, ano I, v.1, n.3, p. 9-18, 1993.

GERALDI, C.M.G.; MESSIAS, M. da G.M.; GUERRA, M.D.S. Refletindo com Zeichner: um encontro orientado por preocupações políticas, teóricas e epistemológicas. In: GERALDI, C.M.G.; FIORENTINI, D.; PEREIRA, E.M. de A. (orgs). **Cartografias do trabalho docente: professor (a) - pesquisador (a)**. 2. ed. Campinas: Mercado de Letras, 2000. p. 237-274 (Coleção Leituras no Brasil).

GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

GOMES, R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Cap. 4, p. 67-80.

GOMES, R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p.105-116.

GRECO, R.M. Ensinando a administração em enfermagem através da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.4, p.504-507, jul/ago.2004.

GUEDES, M.T.S.; NASCIMENTO, M.A.L. Neoliberalismo, globalização e o trabalho de enfermagem. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 66-71, 2003.

HELOANI, R. **Organização do trabalho e administração: uma visão multidisciplinar**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

IERVOLINO, S.A; PELICIONE, M.C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v.35, n.2, p.115-121, jun. 2001.

JAMES, J. **Pensando o futuro: as melhorias técnicas de liderança para uma nova era**. Tradução Eduardo Lassere. São Paulo: Futura, 1998. 272p.

JAPIASSU, H. **A crise da razão e do saber objetivo: as ondas do irracional**. São Paulo: Letras&letras, 1996.

JUNQUEIRA, L.P. Gerenciamento: gerência dos serviços de saúde. **Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde do Brasil**, Brasília: UNB, v.2, n.1, cap. 2-3, p.85-89, 1992.

KLIKSBERG, B. A gerência na década de 90. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 59-85, jan/mar. 1988.

- KRUEGER, R. A. **Moderating Focus Groups**. Thousand Oaks: SAGE, 1998. (Focus group kit; 4).
- KURCGANT, P. (coord.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
- KURCGANT, P.; CIAMPONE, M.H.T.; MASSAROLLO, M.C.K.B.; GAIDZINSKI, R.R. Administração em Enfermagem. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v.4, p.6-13, jul/ago. 2002.
- LANA, F.C.F.; RIBAS GOMES, E.L. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 97-110, jan. 1996.
- LANE, D.S.; ROSS, V. The Importance of Defining Physicians Competencies: Lessons from Preventive Medicine. **Academic Medicine**, Washington (DC), v. 69, n. 12, p. 972-974, 1994.
- LANTHIER, M.G.C. **O professor de enfermagem: atuação em campo clínico**. 1982. 118p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.
- LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competências dos profissionais**. Porto Alegre: ARTMED, 2003.
- LEITE, M.M.J. **O ensino da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem: compreensão das graduandas**. 1994. 164p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- LIBERALINO, F.N. O processo de trabalho em enfermagem. In: SEMANA DE ENFERMAGEM, 8, 1996, Natal. **Anais**. Natal (RN): ABEn, 1996.
- LOYOLA, C.M.D. **Os dóceis corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar**. Rio de Janeiro: UFRJ / PROD, 1987.
- LUNARDI, V.L. **Fios visíveis / invisíveis de (des) construção do sujeito enfermeiro**. 1994. 270p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1994.
- LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D.; BORBA, M.R. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 7-14, jan./mar. 1994.
- LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem e de administração de enfermagem como estratégia de (re) orientação da prática profissional do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.5, n.2, p.20-33, jul/dez. 1996.
- LUZ, M.T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

_____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática, anos 80. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v.1, p. 77-96, 1991.

MAFFESOLI, M. **A transfiguração do político**: a tribalização do mundo. Porto Alegre (RS): Sulina, 1997.

MAGALHÃES, J.L.Q. **Globalização e exclusão**. In: **Jus Navigandi**, Teresina, v. 1, n. 19, set. 1997. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.Asp?Id=68>>. Acessado em: 16/06/. 2002.

MAGALHÃES, L.M.T. **O ensino superior em enfermagem e o desafio da mudança**: os referenciais de um novo processo de formação. 2000. 240p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MANDU, E.M.T. Diretrizes curriculares e a potencialização de condições para mudanças na formação de enfermeiros. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 348-350, jul./ago. 2003.

MARTINS, C.E. **Da globalização da economia à questão da democracia**. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 1996. 35 p. Mimeografado.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 14.ed. Rio de Janeiro (RJ) : Editora Bertrand Brasil, 1994. cap 5.

MASETTO, M. (org). **Docência na universidade**. 4. ed. Campinas: Papirus, 2002. 112p.

MATTOS, R.A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p.39-64.

MEDICI, A.C.; SILVA, P.L.B.A. Administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 26-36, jul/set. 1993.

MEIER, M.J.; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 394-399, 2003.

MELO, C.M.M. **Divisão social do trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR**. São Paulo: CEFOR, 1992. (Série Temática 1).

MENDES, D.C. Algumas considerações sobre o perfil do enfermeiro na função gerencial da assistência de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 67-72, 1998.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção do Projeto Neoliberal. In: MENDES, E.V. (org). **Distrito Sanitário**: o

processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, p. 19-92, 1993.

MENDES, E.V. (org). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R. (coord). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W. de S.; CECÍLIO, L.C. de O. **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1997a.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1997b, p. 71-112.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface**: comunicação, saúde, educação. São Paulo, v. 6, p. 109-125, 2000.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida. **Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde do Brasil**. Brasília: UNB, v.3, n.1, p.240-248, 1992.

MEYER, D.E.; KRUSE, M.H.L. Acerca de Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 335-339, jul./ago. 2003.

MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (orgs). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 83-107.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2004. 269 p.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004, 80 p.

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MISHIMA, S.M.; VILLA, T.C.S.; SILVA, E.M.; RIBAS GOMES, E.L.; ANSELMÍ, M.L.; PINTO, I.C.; ALMEIDA, M.C.P. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde

pública. In: Almeida, MCP; Rocha, SMM (org). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, p. 251-296.

MOGGI, J.; BURKHARD, D. A essência da transformação. **Revista de Administração de Empresas Light**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 8-18, 1996.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora E. Silva; Jeanne Sawaya. São Paulo: Cortez, 2000.

MOTTA, P.R. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 9 ed. Rio de Janeiro : Record, 1998.

NAKAMAE, D.D. **Novos caminhos da Enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão**. São Paulo: Cortez, 1987.

NIMTZ, M.A. **O ensino da disciplina de Administração em Enfermagem nas escolas de graduação da grande São Paulo**. 1999. 198p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. **O significado de competência para o docente de administração em enfermagem**. 2003. 234p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **Universities under Scrutiny**. Paris, 1987. Mimeografado.

PAIVA, M.S. (coord). **Enfermagem Brasileira Contribuição da ABEn**. Brasília: ABEn Nacional, 1998. 78p.

PARK, K.H. (coord.). **Introdução ao estudo da Administração**. São Paulo: Pioneira, 1999.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M.; ANSELM, M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

PEREIRA, M.J.B.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; PINTO, I.C.; OLIVEIRA, C.T.; KEMURA, M.L.R. Grupo focal experiência de coleta dos dados do Projeto CIPESC. Brasil. In: CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. (orgs.). **A classificação internacional das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC)**. Brasília: ABEn, 1999. p. 334-343. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

PERRENOUD, F. **A prática reflexiva no ofício de professor**. Tradução Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2002. 232p.

_____. **Construir competências desde a escola.** Tradução Bruno Charles Magne. Porto Alegre: ARTMED, 1999. 99p.

_____. **Dez novas competências para ensinar.** Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 2000.

_____. **Ensinar saberes ou desenvolver competências:** a escola entre dois paradigmas. Tradução Elizabeth Maria Speller Trajano. Paris: Nathan, sd.

PIMENTA, S.G. Professor reflexivo: construindo uma crítica. In: PIMENTA, S.G.; GHEDIN, E.G. (orgs). **Professor reflexivo no Brasil:** gênese e crítica de um conceito. São Paulo: Cortez, 2002. p. 17-52.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

QUEIROZ, S.U.M.de; SALUM, M.J.L. **Processo de produção em saúde.** Trabalho apresentado ao 1. Seminário de Redirecionamento da Prática de Enfermagem no SUS: caracterização das necessidades dos enfermeiros para seu aperfeiçoamento. São Paulo. 1994. Mimeografado.

RAMOS, M. Integralidade na atenção e na formação dos sujeitos: desafio para a educação profissional em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de (orgs). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p. 207-221.

RAMOS, M.N. **A pedagogia das competências:** autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001a. 320 p.

_____. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 17-26, 2001b.

RANGEL, M. Coordenação para qualidade dos cursos: repensando conceitos e competências. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n. 3, p. 20-24, set./dez. 2001.

RESSEL, L.B.; GUALDA, D.M.R.; GONZALEZ, R.M.B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **International Journal of Qualitative Methods**, Washington, v.1, n.2, 2002. Disponível em: <<http://www.ualberta.ca/ijqm>>. Acessado em: 23/03/2006.

REZENDE, A.L.M. **Saúde:** dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986.

RIBAS-GOMES, E.L. **Administração em enfermagem:** constituição histórico-social do conhecimento. 1991. 203p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

_____. **Saber gerir e gerir com saber:** a indeterminação do conhecimento administrativo dos enfermeiros. 1999, 144p. Tese (Livre Docência)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

RIBAS GOMES, E.L.; ANSELMÍ, M.L.; MISHIMA, S.M.; VILLA, T.C.S.; PINTO, I.C.; ALMEIDA, M.C.P. de. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. (orgs). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.229-250.

RIOS, T.A. **As diretrizes curriculares e a formação do enfermeiro**. São Paulo: Escola de Enfermagem /USP, 2001a. Mimeografado.

_____. **Compreender e ensinar:** por uma docência da melhor qualidade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001b.

_____. **Aspectos Filosóficos da Educação**. São Paulo: Escola de Enfermagem - USP, 2003. Mimeografado.

SAKAI, M.H. Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, M.; CORDONI JÚNIOR, L. (org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina (PR): UEL, 2001, p.111-124.

SANTOS, B.de S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 1987.

_____. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997. 348p.

SAUPE, R. (Org). **Educação em Enfermagem:** da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC, 1998.

SCHÖN, D.A. **Educando o profissional reflexivo**. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 256p.

_____. Formar professores como profissionais reflexivos. In: NÓVOA A. **Os professores e a sua formação**. Tradução Graça Cunha, Cândida Hespanha, Conceição Afonso e José Antônio Sousa Tavares. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1992. p. 77-92.

_____. Políticas de ensino e produção do conhecimento para a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51. /CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10. 1999. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEn-SC, 1999. p. 381-395.

SENA, R.R.; DUARTE, E.D. Contribuição para a construção do percurso metodológico do projeto Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. In: CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. (orgs.). **A classificação internacional das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESEC)**. Brasília: ABEn, 1999. p. 325-333. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

SEVERINO, A.J. **Filosofia**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Educação e universidade: conhecimento e construção da cidadania. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 117-124, fev. 2002.

SILVA JÚNIOR, A.G.da; ALVES, C.A.; ALVES, M.G.M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de (orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005, p.77-89.

SILVA, G.B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 143p.

SILVA, V.E.F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador**. 1996. 289p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, V.R. **A prática gerencial do enfermeiro em instituições hospitalares**. 2000. 219p. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

SIMÕES, A.L.A. **Desenvolver o potencial de liderança: um desafio para o enfermeiro**. 2001. 197p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SORDI, M.R.L.; MAGALHÃES, L.M.T.; SAMPAIO, S.F. Estabelecendo novos vínculos entre o ensino e a prática de Administração de Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 89-101, jul.dez. 1996.

TIMOTEO, R.P.S.; LIBERALINO, F.N. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir de referências e diretrizes educacionais para a formação em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 6, n. 4, p. 358-360, jul./ago. 2003.

TORREZ, M.N.F.B. Construindo uma rede de sustentabilidade da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 329-332, jul./ago. 2003.

TREVIZAN, M.A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia**. Brasília: Universidade de Brasília, 1988. 142 p.

VALE, E.G.; GUEDES, M.C.V. A nova política de educação e suas implicações nos cursos de graduação em enfermagem - apreciação crítica da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51. / CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10. 1999, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEn-SC, 1999. p. 370-378.

_____. Competências e habilidades no ensino de administração em Enfermagem à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57. n.4, p.475-478, jul./ago.2004.

VALE, E.G.; PAIVA, M.S; CARVALHO, V. ; LOPES, M.G.D. A Enfermagem no mundo: a situação brasileira. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51. /CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10., 1999, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEn-SC, 1999. p. 59-69.

VASCONCELLOS, C.S. **Planejamento:** Projeto de Ensino-Aprendizagem e Projeto Político Pedagógico. 9.ed. São Paulo: Libertad, 2000. (Cadernos Pedagógicos do Libertad, 1).

VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis.** 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

WESTPHAL, M.F.; BOGUS, C.M.; FARIA, de M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim Oficina Saint. Panam.**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996.

WITT, R.R.; ALMEIDA, M.C.P. Competências dos Profissionais de Saúde no Referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública: contribuição para a construção de Projetos Pedagógicos na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 433-438, jul./ago. 2003.

ZARIFIAN, P. **Objectif compétence.** Paris: Liaisons, 1999.

APÊNDICE A

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
ESCOLA DE FARMÁCIA E ODONTOLOGIA DE ALFENAS
CENTRO UNIVERSITÁRIO FEDERAL
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas MG.
CEP 37130-000 Fone (035)3299-1000

Alfenas, 02 de dezembro de 2004.

Prezada Senhora,

Solicito à V.S.^a a autorização para desenvolver com os acadêmicos do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas / Centro Universitário Federal, a pesquisa intitulada "A reconstrução do ensino de administração na formação do enfermeiro: o compromisso para uma práxis transformadora".

Esclareço tratar-se de um Projeto de Tese, inserido na linha de pesquisa Enfermagem enquanto Prática Social / Profissional do Programa de Pós-Graduação Interunidades das Escolas de Enfermagem de São Paulo e de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com a orientação da Prof.^a Dra. Elizabeth Laus Ribas Gomes, docente associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sendo aprovado em Exame de Qualificação para Doutorado em Enfermagem, aos dezanove dias do mês de novembro de 2004.

Agradeço a atenção dispensada à presente solicitação.

Atenciosamente.

Zélia Marilda Rodrigues Resck
Prof.^a. Zélia Marilda Rodrigues Resck

À Sua Senhoria a Senhora:

Prof.^a. Silvana Maria Coelho Leite Fava
COORDENADORA DO CURSO DE ENFERMAGEM

De acordo.
Silvana
12/12/2004

De acordo
Silvana
02/12/2004

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
ESCOLA DE FARMÁCIA E ODONTOLOGIA DE ALFENAS
CENTRO UNIVERSITÁRIO FEDERAL
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas MG.
CEP 37130-000 Fone (035)3299-1000

Alfenas, 07 de dezembro de 2004.

Prezada Senhora,

Solicito à V.Sª a autorização para desenvolver com os enfermeiros e enfermeiras que compõem o Serviço de Enfermagem desta renomada instituição de saúde, a pesquisa intitulada "A reconstrução do ensino de administração na formação do enfermeiro: o compromisso para uma práxis transformadora".

Esclareço tratar-se de um Projeto de Tese, inserido na linha de pesquisa Enfermagem enquanto Prática Social / Profissional do Programa de Pós-Graduação Interunidades das Escolas de Enfermagem de São Paulo e de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com a orientação da Profª. Dra. Elizabeth Laus Ribas Gomes, docente associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sendo aprovado em Exame de Qualificação para Doutorado em Enfermagem, aos dezoito dias do mês de novembro de 2004.

Agradeço a atenção dispensada à presente solicitação.
Atenciosamente.

Profª. Zélia Marilda Rodrigues Resck

À Sua Senhoria a Senhora:
Dilza Mariana Rocha
ADMINISTRADORA GERAL
Casa de Caridade de Alfenas "Nossa Senhora do Perpétuo Socorro"

autorizado
13/12/04

Dilza Mariana Rocha
Gerente

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
ESCOLA DE FARMÁCIA E ODONTOLOGIA DE ALFENAS
CENTRO UNIVERSITÁRIO FEDERAL
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas MG.
CEP 37130-000 Fone (035)3299-1000

Alfenas, 13 de dezembro de 2004.

Prezada Senhora,

Solicito à V.S^a. a autorização para desenvolver com as enfermeiras que compõem o Serviço de Enfermagem da Rede Municipal de Saúde do município de Alfenas-MG, a pesquisa intitulada "A reconstrução do ensino de administração na formação do enfermeiro: o compromisso para uma práxis transformadora".

Esclareço tratar-se de um Projeto de Tese, inserido na linha de pesquisa Enfermagem enquanto Prática Social / Profissional do Programa de Pós-Graduação Interunidades das Escolas de Enfermagem de São Paulo e de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com a orientação da Prof^a. Dra. Elizabeth Laus Ribas Gomes, docente associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sendo aprovado em Exame de Qualificação para Doutorado em Enfermagem, aos dezanove dias do mês de novembro de 2004.

Agradeço a atenção dispensada à presente solicitação.
Atenciosamente.

Zélia Marilda Rodrigues Resck
Prof^a. Zélia Marilda Rodrigues Resck

À Sua Senhoria a Senhora:

Enf^a. Adriana Ponciano

**COORDENADORA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
REDE BÁSICA DE SAÚDE - AMBULATÓRIOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

De acordo!

Apur. nandes
14/12/04.

Adriana Ponciano Fernandes
Enfermeira
COREN 65223

APÊNDICE B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 027/2005

Ribeirão Preto, 17 de fevereiro de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 71ª Reunião Ordinária, realizada em 16 de fevereiro de 2005.

Protocolo: nº 0522/ 2005

Projeto: A Reconstrução do Ensino de Administração na Formação do Enfermeiro: o compromisso para uma práxis transformadora

Pesquisadores: Elizabeth Laus Ribas Gomes (Orientadora)
 Zélia Marilda Rodrigues Resck (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cléa Regina de Oliveira Ribeiro
 Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmª. Srª.

Profª. Drª. Elizabeth Laus Ribas Gomes (Orientadora)
 Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

JOS
R

PARECER

Processo n. 0522/2005

Título do projeto: A Reconstrução do Ensino de Administração na Formação do Enfermeiro: o Compromisso para uma Práxis Transformadora

Pesquisadoras: Zélia Marilda Rodrigues Resck (doutoranda)
Elizabeth Laus Ribas Gomes (orientadora)

O presente projeto está formulado de acordo com as normas do Comitê de Ética da Enfermagem. Inicia com a folha de rosto preenchida corretamente e assinada pela pesquisadora, faz uma apresentação da caminhada da aluna Zélia M. R. Resck no doutoramento da enfermagem, introduz o assunto da pesquisa de maneira clara, com extensa revisão bibliográfica, apresenta os objetivos da pesquisa, que são identificar como ocorre o processo de construção das competências do acadêmico de enfermagem; aprender a analisar as demandas gerenciais na práxis profissional do enfermeiro inserido no processo de organização do trabalho em saúde e determinadas pelas políticas de Saúde; identificar as expectativas e demandas oriundas do cenário das práticas gerenciais frente ao Projeto Pedagógico e estratégias de ensino que favorecem ou não a práxis transformadora. Como material e método propõe-se a seleção aleatória de 30 enfermeiros, docentes ou não, e acadêmicos de enfermagem, utilizando para coleta de dados a técnica de grupo focal, muito bem descrita no projeto, assim como a forma como serão feitos os tratamentos dos dados. Apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os enfermeiros e para os alunos. Sugere-se que o termo de consentimento e a assinatura sejam colocados em uma única página, frente e verso.

Diante do exposto, sou de parecer favorável a este projeto.

Ribeirão Preto. 10 de fevereiro de 2005.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
da EERP/USP, na sua 4ª Reunião
Ordinária, realizada em 16 de 02 de 2005

Profa. Dra. Cléa Regina da Oliveira Ribeiro
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa EERP/USP

APÊNDICE C

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
ESCOLA DE E ODONTOLOGIA DE ALFENAS
CENTRO UNIVERSITÁRIO FEDERAL

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas MG. CEP 37130-000 Fone (035)3299-1000

Efoa/Ceufe
CENTRO UNIVERSITÁRIO FEDERAL

DECLARAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas/ Centro Universitário Federal declara para os fins que se fizerem necessários que o projeto de pesquisa A RECONSTRUÇÃO DO ENSINO DE ADMINISTRAÇÃO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: O COMPROMISSO PARA UMA PRÁXIS TRANSFORMADORA da **Profa. Zélia Marilda Rodrigues Resck** foi devidamente apreciado e aprovado por este Comitê.

Por ser verdade, firmo a presente Declaração.

Alfenas, 04 de março de 2005.

Prof. Elisabeth Pizzamiglio Vieira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Efoa/Ceufe

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes do grupo focal

Prezado (a) Docente, Acadêmico (a), Enfermeiro (a)

Estamos desenvolvendo a pesquisa “A reconstrução do ensino de Administração na formação do enfermeiro: o compromisso para uma práxis transformadora”, inserido na linha de pesquisa “Enfermagem enquanto Prática Social / Profissional” pertencente ao Programa Interunidades de Doutorado das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e de São Paulo da Universidade de São Paulo.

Nossos objetivos são: - identificar como ocorre o processo de construção das competências gerenciais do acadêmico de enfermagem; - apreender e analisar as demandas gerenciais na práxis profissional do enfermeiro inserido no processo de organização do trabalho em saúde e determinadas pelas Políticas de Saúde; - identificar as expectativas e demandas oriundas do cenário das práticas gerenciais frente ao Projeto Pedagógico e estratégias de ensino que favorecem ou não a práxis transformadora.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação de forma que a dar seqüência ao desenvolvimento deste estudo. As falas nos grupos serão gravadas em fitas magnéticas e, posteriormente, transcritas. Teremos, também, a participação de um ou mais observadores que farão anotações sobre o que será falado e o comportamento / atitudes dos componentes do grupo, durante a atividade. Estas anotações estarão sempre a sua disposição, caso queira saber o que está sendo registrado. Tanto as anotações, como as fitas magnéticas serão destruídas ao final da pesquisa.

As informações / opiniões, por você emitidas, não lhe causarão nenhum dano, risco ou ônus e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais participantes.

Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja mais de seu interesse a continuidade na participação, você poderá ter a liberdade de retirar este consentimento.

Atenciosamente,

Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Laus Ribas Gomes
Prof^ª. Dr^ª. Associada junto ao Departamento
de Enfermagem Fundamental da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

ORIENTADORA

Zélia Marilda Rodrigues Resck
Pós-graduanda junto ao Programa Interu -
nidades de Doutorado em Enfermagem
da Universidade de São Paulo.

PESQUISADORA

Eu, _____, aceito participar do grupo focal da pesquisa “A reconstrução do ensino de Administração na formação do enfermeiro: o compromisso para uma práxis transformadora”, em data e local a serem definidos antecipadamente. Estou ciente de que as falas do grupo focal serão gravadas e que será registrado o desenvolvimento do grupo, contando para isto com a presença de um ou mais observadores além do coordenador do grupo focal. Ainda, estou ciente que os resultados serão tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho a liberdade de retirar este consentimento a qualquer momento.

Alfenas, ____ de _____ de 200__.

Assinatura

ANEXO 1

APRESENTANDO OS RESULTADOS

Categoria 1 – Formação – Construção do saber gerencial: ensino da Administração em Enfermagem

Subcategoria 1.1 - Processo ensino-aprendizagem do saber gerencial

– Relação teoria e prática

Grupo focal dos acadêmicos de Enfermagem:

Síntese: *Os acadêmicos em discussão no grupo focal no que se refere a relação teoria e prática no processo de construção do saber gerencial desvelam em suas falas que o conhecimento específico limitado não confere embasamento para a prática nos campos dos serviços básicos de saúde. O que acaba limitando a visão crítica do aluno em sua participação, e gerando insegurança na atuação do mesmo. Colocam acerca da importância do docente, como elemento chave na integração teoria e prática, no papel de facilitador do processo ensino-aprendizagem, fazendo link da teoria com a prática.*

Em relação ao estágio no hospital referem priorizar a assistência mais do que a gerência. Como também, à visão distorcida da função supervisora cuja preocupação em fazer relatórios, que caracterizam as atividades burocráticas, sobreponham a gerência da assistência, diminuindo a disponibilidade de tempo para uma visão total das unidades e dos serviços.

Assim, na teoria é ensinado a fazer gerência da assistência, do setor e a supervisão geral, enquanto na prática o que se permite são atividades de natureza burocrática e ou a assistência em si.

Apresentando os discursos dos acadêmicos de Enfermagem:

Os acadêmicos de enfermagem referem em seu discurso sobre o pouco embasamento de conteúdos teóricos específicos que instrumentalizam o estágio na administração de serviços, principalmente na área ambulatorial, o que limita a participação do aluno conferindo-lhe uma visão crítica limitada, como também, gerando-lhe insegurança, como revelam os recortes de algumas falas:

(...) Em saúde coletiva a teoria foi insuficiente (...) no último ano eu senti dificuldades (...) a gente chegou no ambulatório como que meio perdido (...) a gente ficava assim: o que é isso? Como faz? Pra que serve?(...) S1.3, S1.2, S1.8.

(...) A gente tentou entender mais ou menos o serviço, mas não com tanta segurança. Poderia ter participado mais (...) S1.2

(...) Se soubesse a parte teórica poderia ter a visão crítica se está certo ou errado (...) S1.9

Identifica-se também que alguns acadêmicos experenciam a interação com o enfermeiro de serviço da área coletiva, durante os estágios, sem contudo, vivenciar a gerência do serviço:

(...) A gente conseguiu pegar um pouquinho de cada enfermeira, reunir algumas idéias e pegar o básico Mas, como gerenciar uma unidade, não (...) S1.3, S1.10.

Em relação a administração hospitalar, os acadêmicos mantêm o consenso de que os conteúdos estão relacionados com as disciplinas do curso, mas ocorre que a teoria ministrada nem sempre é oportunizada na prática, a qual está voltada mais para a assistência. Como também, prioriza-se as atividades burocráticas dando uma visão distorcida da função supervisora, como desvelam as falas durante as discussões:

(...) Os conteúdos de administração se complementam com todas as outras disciplinas (...) mas, a gente viu mais conteúdos na teoria que na prática. No hospital, a gente viu mais a parte de assistência (...) S1.10, S1.9, S1.8.

(...) Na prática a gente estava preocupado em fazer os relatórios do que também ter uma visão total, uma supervisão total das alas (...) S1.10.

Nas discussões geradas pelos acadêmicos evidencia-se o entendimento dos mesmos para a integração teoria e prática e o envolvimento dos docentes para fazer esse link:

(...) A realidade é muitas vezes diferente da teoria, que a gente tem como perfeita (...) S1.8.

(...) É necessário para a disciplina, na área hospitalar, colocar a teoria dada na prática e, na saúde coletiva, colocar na teoria o que é possível ver na prática (...) S1.9.

(...) mesmo que não tenha o campo de estágio estruturado, o professor deveria passar com deve ser o trabalho de acordo com a teoria (...) seria fundamental para a aprendizagem (...) S1.4.

Grupo focal dos docentes

Síntese: *O docente na relação teoria e prática atenta para o aumento da área de atuação do enfermeiro e a complexidade das mesmas. Para tanto, o ensino de graduação não consegue abranger a demanda do campo profissional do enfermeiro.*

Na área hospitalar é marcante a dicotomia teoria e prática, onde o aluno não consegue vivenciar a teoria na prática. Por conseguinte, o ensino de administração fica no “faz de conta”, no “que deveria ser”, o aluno questiona que ele não faz o papel de administração e quando vai para a prática profissional “ele vê que aquilo que deveria ser não é aquilo que realmente existe”.

É colocado, durante as discussões, como estratégia para o ensino de Administração que este deve estar voltado à realidade, problematizando situações reais.

Outra estratégia apresentada é investigar se os objetivos na área administrativa e na assistencial foram atingidos ao final do estágio curricular, utilizando-se o processo de avaliação realizado pelo aluno.

O docente confere ainda que o processo ensino-aprendizagem do saber gerencial é gradativo, evoluindo das práticas para o estágio curricular. Sendo identificado em alguns alunos, durante o estágio, excelente desempenho das atividades administrativas no ambulatório.

Refere que consiste noutra estratégia importante a definição de metas e objetivos a serem atingidos no desenvolvimento de competências gerenciais durante os estágios, partindo-se do perfil já traçado, como também, das competências esperadas.

Apresentam a importância da clareza da diferença entre prática e estágio, tanto para os docentes como para os alunos e enfermeiros de serviço. E, por conseguinte, empreender maior integração entre as disciplinas nas atividades práticas e, fazer planejamento conjunto dos docentes com os enfermeiros de serviço na área hospitalar e saúde coletiva, adequando a atuação do acadêmico às demandas da realidade dos serviços, retroalimentando a parceria ensino-serviço, buscando feedback positivo para ambos.

Nesse grupo surge também a estratégia de formação de grupos de discussão para problematização sobre o cotidiano dos estágios entre docentes e alunos, construindo um processo de idas e vindas. Para tanto, o docente atua como articulador, facilitador e o aluno como participante ativo, desenvolvendo o pensamento crítico, refletindo, analisando, tomando decisões no cotidiano, trabalhando a resolutividade.

Apresentação dos discursos dos docentes

No discurso do grupo focal dos docentes também há a concordância de que o ensino de graduação está aquém da demanda no campo profissional do enfermeiro, a que atribuem a abrangência da atuação do mesmo.

Como também, no que se refere ao ensino da Administração o aluno fica no “faz de conta”, “no que deveria ser”, não conseguindo vivenciar a teoria na prática, mais nitidamente na área hospitalar.

Alguns recortes de falas desvelam esta inquietação vivenciada:

(...) A gente se preocupa que o cuidar é muito abrangente, que as áreas de atuação tem um aprofundamento muito grande e o que se tem para oferecer na graduação é muito pouco (...) S4.7.

(...) É muito questionado pelo aluno porque ele não faz o papel de administrador (...) S4.2.

(...) O ensino de Administração deve estar voltado para a realidade (...) o aluno quando vai para a prática profissional ele vê que aquilo que deveria ser não é o que existe (...) S4.2, S4.8.

Na discussão a respeito da relação teoria e prática, os docentes acrescentam que a carga horária é insuficiente para o aluno desenvolver funções de chefia e supervisão geral. Como também, complementam que o processo ensino-aprendizagem do saber gerencial é gradativo, evoluindo das práticas para o estágio curricular, da chefia de setor para a supervisão geral, o que nem sempre é entendido pelo envolvidos nos campos de prática e estágios, como mostram os depoimentos:

(...) No final do semestre tiveram alunos que passaram só três dias na chefia (...) não deram conta nem de observar o setor (...) nem de dominar o que tem os pacientes (...) nem o que é para passar no plantão (...) S4.6.

(...) A gente consegue ver a evolução desse aluno da prática para o estágio curricular (...) mesmo que seja precária (...) alguns conseguem fazer muito bem a parte administrativa (...) S4.8.

É fundamental a clareza da diferença entre prática e estágio, tanto para os próprios docentes, como para os alunos e enfermeiros de serviço, inclusive para a definição de estratégias, como é apresentado no grupo:

(...) Enquanto prática, o aluno está junto com o docente (...) precisa ter maior integração entre as disciplinas (...) Enquanto estágio precisa ter planejamento conjunto tanto na área hospitalar, como na coletiva, entre todos os docentes com os enfermeiros de serviço (...) S4.9.

Atentam principalmente, para se determinar as metas, os objetivos a que os alunos deverão alcançar no estágio curricular, favorecendo o processo ensino-aprendizagem do saber gerencial como se apreende numa das falas:

(...) Uma estratégia é pontuar objetivos (...) até onde o aluno deverá ser capaz de chegar no final do curso, no final do estágio (...) pois, o perfil já está traçado e as competências também (...) S4.1.

Os docentes complementam que se deve criar estratégias para investigar se os objetivos na área administrativa e na área assistencial foram atingidos, como está pontuado na fala:

(...) Na área assistencial é bem mais fácil saber como o aluno está, mas, na administrativa (...) está assim, disperso, é preciso investigar melhor (...) S4.1.

Grupo focal dos enfermeiros de serviço da área coletiva e do hospital

Síntese: *Na formação do enfermeiro ainda ocorre dicotomia na relação teoria e prática, no que se refere ao contexto da mudança no modelo pedagógico de ensino em que foram formados os enfermeiros de serviço que estão na práxis e os que estão em formação.*

Identifica-se assim, a distância da formação do profissional que está lá no campo com o que está se formando. A formação do enfermeiro de serviço tem fundamentação na educação bancária caracterizada por conhecimentos transmitidos de cima para baixo, com pouco ou nenhum espaço para questionamentos, análise crítica e reflexão, como também, com evidente distância entre a teoria e a prática.

No entanto, na formação do aluno tem se privilegiado a educação problematizadora cujo enfoque está no questionamento do dia-a-dia, em estimular a pensar, a desenvolver o pensamento crítico, a iniciativa, a criatividade, a reflexão sobre a realidade, o raciocínio, onde o aluno é partícipe ativo na construção do processo ensino-aprendizagem.

Em ambos os grupos realizados com os enfermeiros de serviço chegam-se a concordância de que a integração teórico-prática se consolida com a experiência profissional, com o tempo, nas relações em serviço, com a realidade, com o cotidiano de trabalho. No entanto, os enfermeiros do hospital atribuem à continuidade da aprendizagem no dia-a-dia como um processo doloroso, conquistado a “duras penas”.

Na discussão entre os enfermeiros da saúde coletiva vislumbra-se a expectativa de que o aluno de hoje, com perfil mais crítico e reflexivo será o profissional de amanhã, mais bem preparado para receber aqueles que virão, construindo um feedback positivo, de enriquecimento da classe como um todo.

O perfil acrítico da formação do enfermeiro de serviço, treinado a cumprir o estabelecido, torna-o meio perdido, limitado na supervisão dos acadêmicos. Ele coloca que não consegue fazer a discussão da teoria com a prática e vice-versa junto ao acadêmico no campo em seu serviço.

Em ambos os grupos focais, tanto do hospital como da saúde coletiva, os enfermeiros enfocam o ensino fragmentado, por especialidades (Pediatria, Obstetrícia, Médico-

cirúrgica, Centro Cirúrgico...) como fator limitante para conformar o saber gerencial e desenvolver competências específicas. O aluno no último período não consegue sozinho juntar as partes, os fragmentos de conhecimentos, e o enfermeiro de serviço não consegue fazer essa articulação, até mesmo, pelo método tradicional que foi formado. Reforçam que as disciplinas são ministradas separadas umas das outras com algumas tentativas de articulação, sem fazer link com a Administração, ou mesmo fazendo, o faz de maneira superficial requerendo maior incentivo para o pensamento crítico e reflexivo do aluno.

Na discussão do grupo focal dos enfermeiros de serviço do hospital é focado que na formação dos que se encontram na prática priorizou-se a assistência, o perfil assistencial, enquanto na prática profissional a exigência é para atividades administrativas de caráter burocrático.

Reiteram que no ensino da Administração aprendeu-se que o paciente é o centro, ao contrário do que ocorre na prática em que o mesmo não é priorizado nem nas reuniões de enfermagem, nem mesmo como objeto do trabalho do enfermeiro.

Apresentação dos discursos dos enfermeiros de serviço

Os enfermeiros de serviço envolvidos neste estudo, tanto no campo hospitalar como na saúde coletiva, colocam que os conteúdos recebidos na academia estavam bem dissociados da realidade vivenciada enquanto profissional pontuada nas falas:

(...) A formação de Administração que se dá na escola é diferente da prática, (...) o dia-a-dia é diferente, depois na prática como enfermeiro (...) S2.1, S2.2, S2.4.

(...) Até hoje, a distância entre a teoria e a prática é sensível (...) a gente não consegue casar essas duas coisas (...) S3.1, S3.2, S3.3, S3.7.

(...) A grande dificuldade é a distância entre a academia e o serviço. A academia está correndo e o serviço engatinhando (...) S3.5.

É importante ressaltar que nesse foco da discussão os enfermeiros da saúde coletiva avançam nas reflexões fazendo uma análise entre a formação e a atuação em campo:

(...) O aluno chega no serviço com conteúdos super atualizados (...) o que fazer? (...) ele não tem condição de utilizar na prática do dia-a-dia (...) S3.5, S3.1.

(...) Hoje está se pensando em um profissional mais analítico, mais crítico, mais questionador (...) o momento político, econômico, social, ele pede esta mudança (...) o aluno vai num local em que o enfermeiro de serviço está meio perdido (...) nós, enfermeiros, a gente não consegue fazer essa discussão (...) S3.5, S3.1.

Complementam, ainda:

(...) A questão é da formação mesmo. Tem um novo modelo assistencial e gerencial (...) a coisa vem se desenrolando lá da 8ª Conferência Mundial de Saúde (...) a lei mostra a importância da equipe multi e interdisciplinar, mas, a prática não acompanha (...) S3.5.

(...) Eu acho que uma grande dificuldade é a distância entre a academia e o serviço. A academia está correndo e o serviço engatinhando. O aluno chega no serviço com um conteúdo super atualizado, mas ele não tem a menor condição de utilizar na prática do dia-a-dia. Porque, nós, enfermeiros de serviço, com aquela questão da prática do dia-a-dia a gente perde (...) O aluno vai sair com uma comparação insuficiente porque ele não consegue fazer essa discussão (...) Porque, nós que estamos acompanhando o trabalho lá na prática, a gente não consegue fazer isso (...) S3.5sc

Apresentam que o processo ensino-aprendizagem é contínuo, permanente, evoluindo nas relações em serviço, com a realidade, com o cotidiano de trabalho, apreendendo-se nas falas:

(...) A prática é com o tempo (...) Como enfermeiro, com a experiência profissional, é que a gente foi entendendo a importância da Administração que a gente teve na teoria (...) S3.4, S3.7, S2.4.

Os enfermeiros do hospital num momento de consenso atribuem a continuidade da aprendizagem com o cotidiano do serviço como um processo doloroso

(...) a princípio, me sentia pequenina (...) fui me desenvolvendo com o tempo, o dia-a-dia da unidade (...) pra isso, nós tivemos que aprender na prática a duras penas (...) S2.4, S2.2, S2.1, S2.3.

Na discussão de ambos os grupos focais, fica pontuado também a questão do ensino fragmentado, por especialidades como fator limitante da integração da teoria com a prática:

(...) Na graduação o aluno aprende partes da história (...) quando chega no último período ele tem que ter condição de juntar as partes e fazer uma história completa (...) mas, não é ensinado a ele, como não foi pra gente (...) S3.5, S3.7, S2.2.

(...) O ensino era bem separado, as disciplinas pouco se relacionavam (...) não fazia ligação com a Administração (...) S2.2.

Complementam que esse método não favorece o desenvolvimento do pensamento crítico no acadêmico como segue:

(...) O aluno tem dificuldade para pensar (...) uma grande dificuldade é fazer com que o aluno pense no que ele está fazendo (...) S3.2, S3.1, S3.3, S3.5.

Colocam em discussão o impacto entre a formação dos enfermeiros de serviço com a formação dos alunos:

(...) O maior entrave é o que nós enfermeiros de serviço fomos educados pedagogicamente, com conhecimentos de cima para baixo. Você aprende, anota, decora, faz a prova e ainda vai aplicar e não consegue, devido a distância da prática e da teoria (...) o aluno, porém, tem que ser estimulado a ser mais reflexivo, questionar mais, tem que ser mais crítico (...) S3.3.

(...) A nossa geração faz meio empírico (...) não aprendeu a ser crítico (...) por isso, que na hora que junta ensino e serviço, teoria e prática, não casa S3.3, S3.5.

(...) O que dificulta a relação teoria e prática é a questão do entrosamento por causa da distância da formação do profissional que está lá no campo com o que está se formando. Apesar da gente estar tentando crescer junto com eles (...) S3.3.

No grupo focal, dos enfermeiros do hospital é levantado, também, que na sua formação profissional priorizava-se a assistência:

(...) Durante o estágio você ficava atuando como técnico e auxiliar de enfermagem (...) a gente era formado para a assistência e não para administrar (...) S2.1, S2.2.

- Estratégia de ensino-aprendizagem

Grupo focal dos acadêmicos

Síntese: *Em relação às estratégias de ensino-aprendizagem os acadêmicos enfocam durante as discussões a necessidade em se rever as aulas expositivas, consideradas cansativas e pouco proveitosas dada a unilateralidade em que as informações fluem. Posicionam-se favoráveis em relação às dinâmicas de grupo, os grupos de discussão, as plenárias para debates, como métodos de aula mais interessantes que favorecem as trocas de opiniões e de conhecimentos, principalmente quando são apresentadas situações do cotidiano profissional para serem problematizados. Favorecem também, desenvolver o pensamento crítico e ético, preparar para o enfrentamento de conflitos e para a imprevisibilidade do cotidiano.*

Aprovam o resgate de principais recursos e instrumentos administrativos compilados numa pasta-arquivo para consulta futura, o que é utilizada como avaliação parcial ao final de uma das etapas do estágio curricular. Consideram que repensar seminários e trabalhos de pesquisa fora da sala de aula em período de sobrecarga de provas e trabalhos não funciona como estratégia para ensino-aprendizagem, pois não há aproveitamento por parte da maioria dos acadêmicos, que se preocupam somente com o tema do seu grupo, conferindo a este método como “um peso, um sofrimento”.

Apontam como estratégias para desenvolver a competência gerencial no estágio de Administração, tanto hospitalar como da saúde coletiva, a integração entre os acadêmicos de diferentes períodos nos campos de estágio. Como também, experienciar a função da supervisão geral acompanhando a enfermeira da instituição, tendo com isso a oportunidade de maior contato com o processo de trabalho gerencial do enfermeiro.

Apresentação dos discursos dos acadêmicos de Enfermagem

Os alunos apontam algumas estratégias de ensino-aprendizagem inadequadas e fazem proposições:

- Como rever as aulas expositivas, conforme se constata pelos discursos:

(...) A parte expositiva na Administração é cansativa, normalmente (...) S1.1, S1.2.

(...) A parte que era explicada só pelo professor a meu ver não era muito proveitoso (...) S1.9

- Optar por dinâmicas de grupo:

(...) A parte que eu mais assimilei era das dinâmicas (...) o método de aula das dinâmicas de grupo, eu acho interessante (...) completava muito o que era dado em teoria (...) S1.1, S1.2, S1.3, S1.5.

(...) As aulas com plenária, dinâmica de grupo, fazendo as exposições de casos, de situações reais devem continuar (...) a gente troca idéias, cresce muito, muito mais do que quando é só o professor que fica lá na frente falando, com slides (...) S1.6, S1.7.

(...) O tipo de aula com grupos de discussão, para ver situações da vida real, para discutir, teorizar, ficou mais fácil para aprendizagem que a aula expositiva (...) porque tinha relação com a prática (...) S1.6, S1.8, S1.9, S1.10.

- Montagem de uma pasta com o compilado de instrumentos administrativos, informações, impressos utilizados pela gerência:

(...) A pasta, acho muito proveitoso (...) a gente retirou todas as dúvidas de todos os anos e conseguiu reunir tudo e arquivar para que se um dia precisar, a gente vai ter (...) acho que consolidou tudo (...) S1.2, S1.3.

- Repensar seminários, trabalhos de pesquisa fora da sala de aula, causa de sobrecarga, visto como sofrimento:

(...) A parte dos trabalhos e o momento em que são cobrados eu acho que ficou um pouco tumultuado, cansativo e muito corrido (...) é exigido num momento em que a gente está muito acumulado, no final de período. Então, acabou um não prestando atenção no outro (...) mais pelo momento e pela forma de apresentação como seminário, do que pela qualidade do trabalho ou importância do tema (...) S1.5, S1.6, S1.7.

- Problematização de situações reais, que fazem parte do cotidiano:

(...) A gente aprende com a prática (...) e vai tirando algumas lições para a vida profissional (...) S1.10.

(...) No hospital, vários casos acontecem diariamente (...) várias situações que a gente pode estar discutindo em sala de aula, pra que quando a gente chegar na prática possa ter uma visão melhor (...) S1.4, S1.6.

(...) Tem dia que a gente fica sem saber o que fazer, fica perdido (...) Então, eu acho que discutir os problemas encontrados e as situações ajudaria a achar saídas, tanto nos estágios de saúde pública, quanto da área hospitalar (...) S1.3, S1.7.

(...) A gente deve ir trazendo pra sala de aula estas situações que acontecem na prática. A gente acha que certas coisas não acontecem, mas é comum no dia-a-dia (...) é importante trazer as situações da prática para dentro da sala de aula (...) S1.8.

A problematização das situações vivenciadas gerou polêmica entre os sujeitos, os quais foram unânimes em relação a necessidade de desenvolvê-la dentro das seis horas de estágio ou ainda reservar um dia da semana para esta atividade. Mesmo porque depois das seis horas de estágio o aluno está muito cansado e não consegue aproveitar muita coisa.

Acaba por não ver a hora de acabar, dando pouca contribuição na discussão e aproveitando pouco, como se pode constatar em alguns recortes da discussão:

(...) Não adianta sobrecarregar, pois o aproveitamento é muito pequeno. Tudo tem que ter seu tempo. Discutir os casos clínicos e as situações e problemas de administração, o que aconteceu durante a semana no estágio é fundamental. Mas, tem que ter o tempo certo para isso (...) S1.7.

(...) Todos os dias acontecem coisas diferentes no hospital (...) de acordo com o que aconteceu qual seria sua postura, sua atitude nessa situação (...) a instituição fez assim (...) mas, a gente o que deveria fazer? Qual o nosso pensamento crítico, ético nessa determinada situação? (...) com isso, a gente vai ter a mente trabalhada para enfrentar as situações na vida profissional com mais segurança (...) S1.4.

Assim, discutir os problemas que acontecem no dia-a-dia de estágio é importante, pois, a problematização permite trabalhar com a imprevisibilidade do cotidiano, exercitar e desenvolver o pensamento crítico e ético, e preparar o futuro profissional para o enfrentamento de situações críticas e os conflitos da prática, num exercício da ação, reflexão da ação, ação pós-reflexão, o que permite repensar a prática e promover mudanças, como também, desenvolver a maturidade frente à realidade concreta, construindo saberes e conformando competências gerenciais.

Os acadêmicos de enfermagem apontam algumas estratégias para o processo ensino-aprendizagem do saber gerencial e o desenvolvimento de competências gerenciais durante o Estágio Curricular Supervisionado, como:

- A integração entre os acadêmicos de diferentes períodos nos campos de estágio, tanto na área hospitalar como na saúde coletiva. O que ocorre é a integração entre os alunos

do Estágio Curricular I e II com os da prática de Fundamentação Básica da Enfermagem II, da Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II e da Administração em Enfermagem I e II:

(...) O contato com colegas de outros períodos da Administração, da Fundamentação, da Médico-Cirúrgica é uma vantagem, porque enquanto a gente está gerenciando eles, é bom tanto para eles como para nós, porque a gente aprende com eles e eles com a gente (...) S1.5.

(...) A integração do estágio curricular com as práticas acho que é válido, pelo campo ser “fechado” e a gente estar trabalhando junto com técnicos e auxiliares da instituição (...) Se a gente não tivesse os colegas para a gente estar observando, auxiliando e ao mesmo tempo coordenando, a gente não teria este tipo de atividade no campo de estágio (...) com eles, a gente tem oportunidade se estar desenvolvendo a capacidade de gerenciamento (...) S1.4.

(...) Achei que a gente conseguiu exercer a Administração quando a gente supervisionou os alunos dos outros períodos. A gente tinha que ter uma visão total de todos os assistenciais, das alas, do que estava faltando. Assim, a gente teve mais prática de Administração (...) S1.10.

- Determinar um período exclusivo para desenvolver a prática ou o estágio de Administração hospitalar e saúde coletiva:

(...) Na prática mesmo, o professor de Administração deveria pegar uma semana e trabalhar com os alunos a auditoria de prontuário, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (...) Deveria deixar uma semana, no sexto e sétimo período só para Administração, separado (...) só para desenvolver atividade exclusiva administrativa (...) S1.3, S1.5.

- Possibilitar maior contato com o processo de trabalho do enfermeiro de serviço na supervisão geral:

(...) Sugiro acompanhar o enfermeiro para observar o papel dele, o que ele faz, estar discutindo com ele a parte administrativa (...) S1.8.

(...) Eu acho que uma estratégia é acompanhar o enfermeiro para observar o papel dele e estar discutindo com ele a prática do dia-a-dia, como ele faz a parte administrativa (...) Na verdade, de fazer gerência de serviço, de unidade, acompanhando o enfermeiro (...) S1.10.

(...) Eu acho que uma estratégia é acompanhar o enfermeiro para observar o papel dele e estar discutindo com ele a prática do dia-a-dia, como ele faz a parte administrativa (...) Na verdade, de fazer gerência de serviço, de unidade, acompanhando o enfermeiro (...) S1.10.

(...) A gente tinha que ter liberdade para acompanhar a enfermeira em todos os setores liberados pela instituição para os estágios (...) Nos setores permitidos a gente teria que estar passando com a enfermeira da instituição. É uma estratégia que seria fundamental (...) A gente teria visão do hospital inteiro, porque não é um hospital de grande porte, acho que daria para a gente ter essa visão (...) S1.4.

(...) No campo hospitalar é uma estratégia ver com o enfermeiro a prática do dia-a-dia, como que é? O que ele supervisiona? Como atua nas situações que acontecem? (...) Acho que pelo menos uma semana deve ser reservado para acompanhar o enfermeiro. A gente passa duas a três semanas numa ala que a gente já conhece o serviço. Então, poderia dispor de uma semana para estar com a enfermeira vendo como é seu serviço (...) S1.9.

(...) Na saúde coletiva a gente deve estar acompanhando o enfermeiro para ver como funciona a parte administrativa, qual é a função deles, como é que faz? Quem faz? Para onde vai? (...) S1.10.

Grupo focal dos docentes

Síntese: *O processo de avaliação contínuo das relações ensino-serviço na saúde coletiva é uma experiência nova, em que a cada semestre tem se ajustado alguma coisa que é apontada pelo aluno, pelo enfermeiro de serviço ou pelo próprio docente.*

Entende-se que o processo de avaliação contínuo das atividades desenvolvidas durante os estágios é um ponto de partida para desenvolver o exercício da ação, da reflexão da ação, da ação pós reflexão, da reflexão pós-ação, num processo de idas e vindas para a construção de saberes e conformação de competências ao enfermeiro em formação profissional.

Esse feedback retroalimenta o processo de ensino-aprendizagem e o sistema de serviços conveniados, buscando alcançar a transformação, realizando mudanças na práxis.

Durante os estágios curriculares são desenvolvidos quinzenalmente grupos de discussão envolvendo docente responsável e alunos, nos quais são discutidos os problemas vivenciados no estágio, as tomadas de decisão e a resolutividade.

No entanto, houve pouca adesão dos alunos aos grupos de discussão e apoio de alguns docentes. Por conseguinte, depara-se com poucas contribuições e retornos dos grupos, como também, pouca resolutividade no serviço.

O docente reitera assim, que deve prever no Planejamento de Estágio os grupos de discussão para problematizar sobre as vivências do cotidiano, num processo de idas e vindas, desenvolvendo o processo de amadurecimento do ensino-aprendizagem tendo o docente como articulador, facilitador e o aluno como participante ativo, estimulando o pensamento crítico reflexivo, as tomadas de decisão e a resolutividade para as situações do cotidiano de trabalho.

É apresentada a realização de reunião prévia ao Estágio Curricular envolvendo o docente e o enfermeiro de serviço para o Planejamento das Atividades do aluno e a definição de papéis. No entanto, ocorre dificuldade em estar envolvendo a participação de

todos os enfermeiros de serviço das diversas unidades conveniadas para um planejamento global. O que tem se conseguido é em cada campo, o docente responsável se reunir com o enfermeiro para esta conversa inicial.

Apontam que para esta parceria do docente com o enfermeiro de serviço na supervisão dos acadêmicos no estágio curricular é importante reforçar que o compromisso da coordenação e controle desse processo é da instituição de ensino.

Outras estratégias que consideram fundamentais é a permanência do mesmo docente como responsável por determinado campo de estágio, como também, o escalonamento do aluno por um período maior na mesma unidade. O que vem favorecer a melhor integração ensino-serviço, docente-aluno-enfermeiro de serviço, fazendo o link teoria e prática, a formação voltada à realidade do cotidiano profissional, o aprender a aprender conjuntamente, num sistema de trocas, negociações, superando os limites, vencendo barreiras, aproveitando as oportunidades para construir no dia-a-dia. Reiteram que a rotatividade tanto do docente como do aluno, estabelecem uma relação dificultadora entre as partes, muitas vezes tendo que ser superada apelando para interações a nível particular, de amizade ou empatia.

Apresentação dos discursos dos docentes

Os docentes envolvidos com a supervisão de estágio na saúde coletiva entendem a importância de avançar no processo de avaliação ensino-serviço, o qual retroalimenta tanto o processo de ensino-aprendizagem do aluno como o serviço de saúde, e fortalece a parceria, como está desvelado neste depoimento:

(...) No processo de avaliação do Estágio Curricular Supervisionado, a gente da saúde coletiva tem trabalhado dentro dessa discussão com o aluno e o enfermeiro de serviço (...) quando você faz esse trabalho com o aluno, voltando lá no campo, você muda alguma coisa, você fortalece (...) a gente tem retroalimentado a relação com o trabalho, com o processo de

avaliação. Cada um no seu campo, com a sua realidade (...) a cada período que passa a gente está sempre ajustando alguma coisa que vem dessa avaliação do enfermeiro, do aluno e do docente (...) nós temos que avançar mais (...) nós temos muito que melhorar, aprendendo (...) S4.7.

Na área hospitalar, é realizado quinzenalmente, a problematização sobre o cotidiano dos estágios por meio de grupos de discussão, envolvendo o docente e o aluno, sem contudo alcançar os objetivos propostos:

(...) No final de duas semanas de estágio havia um grupo de discussão dos alunos, com o professor responsável para estar discutindo questões como o que foi feito, quais as dificuldades, quais os problemas encontrados (...) mas, nós não conseguimos atingir os objetivos (...) os alunos pouco participaram (...) e o professor, às vezes, não podia estar participando (...) fugiu totalmente a proposta original (...) é preciso haver processo de idas e vindas (...) é preciso rever os planejamentos de estágio, oportunizando ao aluno estar discutindo mais (...) não é só colocar o aluno em estágio que acabou (...) S4.9.

O docente aponta para a estratégia de fazer reunião prévia do docente com a chefia do serviço para a elaboração do Planejamento das Atividades durante os estágios, no entanto, acontece a dificuldade da participação de todos os enfermeiros de serviço ao Planejamento Global do Estágio Curricular:

(...) Eu acho que cabe ao docente responsável pelo campo também estar colocando a importância da atuação do aluno naquela unidade numa reunião inicial com a chefia da unidade (...) S4.2.

(...) O planejamento com os enfermeiros de serviço, todos juntos (...) a gente já tentou fazer e o pessoal não vem (...) a gente está fazendo isoladamente, cada professor que é responsável pela unidade, senta com os enfermeiros e trabalha isoladamente (...) eu não sei qual é o ideal (...) S4.8.

A seguinte fala vem caracterizar a importância da integração docente com o enfermeiro de serviço em relação ao planejamento, supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas no estágio curricular:

(...) Eu acho que com o enfermeiro de serviço esta integração tem que existir senão não se consegue campo de estágio (...) na saúde coletiva a gente tenta trabalhar com o enfermeiro de serviço o planejamento, o desenvolvimento das atividades o aproveitamento do aluno, a evolução e o processo de avaliação (...) é fazer um trabalho junto, mesmo não estando no campo as seis horas que o aluno passa pelo campo (...) Existe todo um trabalho que é feito desde o planejamento até o processo de avaliação com o enfermeiro de campo, a depender das particularidades das disciplinas (...) S4.7.

Outra estratégia proposta neste grupo focal é a permanência do mesmo docente como responsável por determinado campo de estágio. O que permite o conhecimento da realidade do campo, a maior integração ensino-serviço e a maior participação nas tomadas de decisão. Exercendo, assim, o papel de facilitador junto ao enfermeiro de serviço e o aluno. No entanto, é preciso ainda, atentar que em algumas situações a interação ocorre no nível pessoal, particular, dado a periodicidade de alguns docentes:

(...) Manter o mesmo professor, por mais anos, responsável pela mesma unidade, de tal modo que ele conheça a realidade, consiga atuar junto com o aluno, com o enfermeiro que está supervisionado (...) assim, os

professores conseguem ter essa articulação (...) se há qualquer problema na unidade, a gente é consultado para estar discutindo (...) S4.8, S4.3.

(...) O docente é periódico (...) ele não está lá todo dia, todo tempo, toda hora (...) essa periodicidade muitas vezes, tem que ser trabalhada com o enfermeiro de campo (...) para estar conseguindo que ele repasse para os alunos as questões do serviço (...) entra a questão da amizade, da empatia (...) se não tiver essa interação vai ficar muito difícil (...) S4.3.

Na saúde coletiva o aluno do estágio curricular permanece no mesmo campo por cerca de dois meses o que favorece o processo ensino-aprendizagem. Permite-lhe conhecer o serviço e trabalhar os aspectos administrativos e assistenciais, inserindo-o na realidade.

Reiteram também, que se trata de uma estratégia mediante a falta de campo próprio para o estágio, o que lhes confere maior interação na realidade dos serviços de saúde e maior participação nas várias atividades de gerenciamento.

(...) Na saúde coletiva (...) aqueles dois meses que o aluno passa naquele Ambulatório X, dá para ele conhecer, trabalhar todos os aspectos, tanto administrativos quanto os assistenciais (...) eu acho positivo (...) S4.3.

(...) Na saúde coletiva, o aluno, enquanto a escola, não tem campo próprio, ele atua dentro da realidade, do município (...) há uma abertura para os alunos estarem participando de várias atividades de gerenciamento (...) S4.7.

Grupo focal dos enfermeiros de serviço

Síntese: *No que se referem as estratégias de ensino-aprendizagem, no grupo focal dos enfermeiros da saúde coletiva é abordado com ênfase a problematização de situações ocorridas no cotidiano. Assim, a construção do saber gerencial depende de cada aluno, à*

medida que participa de seu processo ensino-aprendizagem, conforme questiona, solicita, busca os porquês.

Os enfermeiros ainda apontam que o processo ensino aprendizagem evolui nas relações em serviço, com a realidade, com o cotidiano de trabalho.

No hospital, os enfermeiros apresentam como fator dificultador a formação para a gerência voltada à liderança autocrática, centralizadora, hierarquizada, limitando a autonomia do enfermeiro. Assim, ocorre pouca ou nenhuma atenção para a dimensão ético-política do saber gerencial e, mesmo a dimensão técnica se fundamenta nos princípios tradicionais da gerência científica.

Apresentação dos discursos dos enfermeiros de serviço

Os enfermeiros da saúde coletiva concordam com a estratégia de problematizar o cotidiano para não cair no automatismo por meio de dinâmicas que estimulem o aluno a pensar, a questionar, a analisar. Referem também que o enfermeiro não está acostumado a questionar pois na sua formação aprendeu a ser acrítico e a cumprir o estabelecido. Como está desvelado na fala:

(...) Hoje o aluno está mais questionador (...) ele tem uma gama de conhecimentos (...) talvez a maneira como o conteúdo é passado (...) você faz com que o aluno pense (...) a gente não está acostumado a fazer este tipo de coisa (...) se não houver questionamentos, se não problematizar, ele cai no automatismo (...) ele não raciocina, não pensa, acaba fazendo tudo mecanizado (...) S3.5.

O aluno ao ser participativo e questionador está construindo seu processo ensino-aprendizagem, como mostram as falas na ótica dos enfermeiros da saúde coletiva:

(...) No Ambulatório, a gente faz assim (...) a disciplina dá uma proposta para o aluno, o que ele tem que desenvolver e não ficar dependendo das nossas coisas (...) nós não vamos mandar você fazer nada (...) em cima desta abertura, faça seus questionamentos (...) hoje, você consegue trabalhar com o aluno de uma forma em que você não fica na cola dele, não faz pra ele, nem pega na mão dele (...) S3.2, S3.3, S3.5.

Os enfermeiros da saúde coletiva avançam na análise e reiteram que é possível desenvolver a competência gerencial do aluno durante o estágio curricular. O aluno alcança maior domínio do serviço, maior desenvoltura, maior liberdade para atuar. Ocorre assim, maior interação enfermeiro de serviço e aluno, como também, maior troca de conhecimentos ensino e serviço, como apontam os recortes de alguns depoimentos:

(...) Eu acho que é possível desenvolver a visão de gerência durante o Estágio Curricular que transcorre durante um ano (...) S3.6.

(...) O aluno do último ano, ele já tem formação melhor, ele gosta de maior liberdade. Se ele for um bom aluno ele domina o serviço e ajuda a gente com o conhecimento (...) S3.3.

(...) Tem jeito de chegar pra eles. Eu não sei fazer isso (...) vem me ajudar (...) faz uma rotina pra mim (...) há uma troca (...) S3.3, S3.2.

(...) Cabe ao órgão formador colocar para o aluno que tem que chegar no serviço e “transpor” um pouco do espírito crítico para o serviço (...) levar uma proposta para desenvolver (...) e o profissional enfermeiro do campo de estágio, ele vai ter dificuldade, mas aos poucos ele vai vencendo, crescendo e aprendendo (...) S3.3, S3.6.

O enfermeiro do hospital na discussão durante o grupo focal refere que na formação o enfermeiro é preparado para a liderança de repetição que limita a autonomia e o submete à

liderança autocrática, hierarquizada, centralizada no poder do chefe, como está identificado no relato:

(...) A Faculdade passa para a gente que não pode errar, porque você é o líder!!! (...) Você tem que saber tudo, não pode errar (...) a gente aprende que o enfermeiro é o chefe e a equipe tem que se submeter a você (...) Mas, não é bem assim, que acontece no trabalho (...) Acho que para liderar é preciso ter autonomia (...) mas, a escola não dá a forma para liderar (...)
S2.1.

- Competências dos sujeitos no processo ensino-aprendizagem

Competências do aluno na ótica do próprio aluno

Síntese: Na ótica do aluno entende que seu papel está limitado, tanto nos estágios da saúde coletiva como hospitalar. Refere que o pouco embasamento teórico recebido diminui a participação e o desenvolvimento em seu processo ensino-aprendizagem. Alegam em seus depoimentos que “Quem não sabe, não enxerga, não muda, não transforma”, como está explicitado no relato de um dos acadêmicos:

(...) Sinto dificuldade em termos de saúde pública, em termos de sistematização da assistência que estão sendo cobrados demais, a consulta de enfermagem, a organização das atividades de enfermagem (...) Isso é que se cobra, a gente não sabe, a gente “não tem conta” (...) a gente vai mudar o quê? (...) S4.1.

Competências do aluno na ótica dos docentes

Síntese: Em relação ao papel do aluno no processo ensino-aprendizagem na perspectiva do docente, a discussão revela que depende de cada aluno, o interesse pela gerência do serviço. Como também, do envolvimento tanto do enfermeiro de serviço como dos

docentes, com o processo ensino-aprendizagem do aluno, em relação às questões administrativas do cotidiano do trabalho.

A indefinição do papel gerencial pelo aluno, também é colocada, ou seja, o aluno no estágio ainda não consegue definir seus papéis dentro da unidade de internação, na supervisão e na chefia de setor. E, por conseguinte, o docente não consegue apontar para esses papéis, pois, a prioridade está na assistência.

Para elucidação, os alunos tem papéis diferentes conforme agendamento na escala, a supervisão geral de duas ou mais unidades de serviço, a chefia de setor e, a assistência direta.

O docente aposta no aluno como sujeito ativo na construção do processo ensino-aprendizagem e como agente de mudança, embasado na realidade do campo de estágio. Apresenta uma estratégia utilizada em campo ambulatorial em que o aluno desenvolve sua atuação voltada para o serviço, buscando mudanças durante o período de estágio ou elaborando projetos para mudanças no serviço.

Apresentação dos discursos

A princípio na discussão dos docentes em relação ao papel do aluno identifica-se o interesse do próprio aluno para a gerência, conforme as falas:

*(...) Tem aluno que aproveita, que se interessa, que busca (...) outros querem a assistência mesmo (...) não interessam com aquela parte burocrática (...) ficar preenchendo papéis, fazendo pedido de materiais, conferindo materiais (...) o que estou fazendo? (...) eu, não!! estou na assistência!! (...) S4.1.hosp
(...) O aluno não consegue olhar no próprio setor e ver se está faltando impresso, porque não dá tempo (...) Ele tem várias “coisinhas” administrativas que poderia estar fazendo numa ala e também em nível de hospital (...) Porque o que não se permite é o que está no topo da*

administração (...) há outras coisas que interpassam com a parte administrativa, que dá para ele fazer e ele não faz (...) S4.2.hosp

Conferem esses relatos a visão tradicional da gerência científica e burocrática, o que gera insatisfação ao profissional. Tanto aluno, como docentes e enfermeiros de serviço devem trabalhar essa realidade e revertê-la para modelos gerenciais mais participativos, flexíveis, viabilizando a valorização da dimensão cuidadora numa perspectiva gerencial, buscando evoluir para os paradigmas propostos da integralidade e da flexibilidade.

Retomando a análise do interesse pela administração, o perfil do aluno é determinante, como apontam os depoimentos:

(...) Tem aluno que tem várias oportunidades para atuar em campo e ele não gosta da área administrativa, independente de quem está administrando ou está supervisionando (...)S4.8.sc

(...) Quando o aluno da administração tem “aquela” liderança nata, é coisa dele (...) desenvolve as atividades (...) porque ele consegue pegar as orientações (...) mas, quando o aluno não tem muita liderança, ele não dá conta (...) chega no final do plantão (...) ele não dá conta nem de dominar o que tem os pacientes, nem o que é para passar no plantão (...) não consegue ter aquela visão que teria que ter tido durante o estágio de administração (...) S4.6.hosp

É notório assim, a importância do envolvimento do enfermeiro de serviço e do docente para estar incentivando o processo ensino-aprendizagem do saber gerencial e a conformação de competências gerenciais como está desvelado nas falas:

(...) Alguns alunos com o enfermeiro de serviço que realmente se interessa e vê importância em chamar o aluno (...) conseguem captar a função, a

competência do enfermeiro, como gerente daquele setor (...) Em outros casos, infelizmente, passa despercebido e o aluno também, não se interessa (...) S4.1.hosp

(...) Acontece também, entre os docentes, tem os que não gostam de fazer a parte administrativa, gostam de fazer mais a parte docente, a parte assistencial de seu domínio (...) S4.8.sc

Apostando no aluno como sujeito participativo na construção do processo ensino-aprendizagem em administração e na conformação de competências gerenciais durante o estágio curricular, atuando como agente de mudança no campo, registra-se a seguinte fala que constitui relato de experiência de estratégia utilizada em algumas unidades da área coletiva:

(...) Eu tenho usado como estratégia no Estágio Curricular fazer uma reunião conjunta com os alunos e os enfermeiros de campo (...) eu coloco para os alunos como se eles estivessem ali por um período de experiência, onde eles seriam avaliados pelos enfermeiros de campo e ao final do estágio, o enfermeiro colocaria como avaliação se eles seriam ou não contratados pelo serviço (...) o aluno começa a trabalhar de uma forma que a criatividade dele aumenta (...) o aluno vê o problema, ele quer fazer o trabalho, ele desenvolve o trabalho e entrega para o pessoal do Ambulatório ou outro local (...) normalmente tem dado certo, exceto uma dupla não alcançou avaliação com aprovação (...) S4.3.

Competências do aluno na ótica do enfermeiro de serviço

Síntese: Na discussão dos grupos focais dos enfermeiros de serviço é colocado a importância do aluno fazer a avaliação do serviço, ou seja, relatar o desenvolvimento do estágio e fazer propostas oriundas das demandas reais. E, assim retornar ao serviço com

sugestões para atualizar, inovar, mudar, implementar. Papel este evidenciado na fala de um dos sujeitos do grupo da saúde coletiva:

*(...) Eu acho que o aluno deveria fazer uma avaliação do serviço, de uma maneira a não inibi-lo (...) Avaliar como foi o estágio (...) Até mesmo para o crescimento da gente (...) Não seria avaliação do enfermeiro, mas, seria a avaliação do serviço como um todo. E, como eles estão muito mais atualizados em muita coisa, podem não estar trabalhando, mas, estão atualizados (...) Eu acho que seria um bom retorno para o serviço (...) S3.3.
sc*

Competências do docente na ótica dos acadêmicos de enfermagem

Síntese: *Os acadêmicos de enfermagem apresentam a necessidade da presença contínua do professor em campo para fazer o link teoria e prática. Apontam ainda para o conhecimento específico de administração e gerência insuficientes, tanto de alguns enfermeiros de serviço como de alguns docentes, limitando a orientação dos alunos nas questões gerenciais.*

Reconhecem, no entanto, que existem poucos docentes para supervisão de alunos nos campos de Estágio Curricular devido a insuficiência de recursos humanos no quadro de docentes. Acontece então que o mesmo docente faz supervisão direta aos alunos durante as práticas dos demais períodos e a supervisão indireta aos alunos em Estágio Curricular Supervisionado. A situação se agrava, pois o número de docentes de administração é mínimo, sendo um para a saúde coletiva, representado por professor substituto que ocupa a vaga do docente com liberação para pós-graduação doutorado. E, dois na área hospitalar, sendo um professor substituto correspondente a vaga de aposentadoria não reposta até o momento e o outro diz respeito a esta pesquisadora que encontra-se em liberação parcial para processo de doutoramento sem direito a professor substituto para suporte. O que os acadêmicos ressentem pela falta de professor com conhecimentos

específicos de administração na supervisão direta dos estágios curriculares, orientando-os nos trabalhos administrativos.

Os acadêmicos enfatizam ainda que a supervisão de estágio realizada por professores de outras disciplinas priorizam as atividades assistenciais, decorrente a dificuldade dos mesmos questionarem e cobrarem a parte gerencial, por não serem docentes da área.

Colocam também a limitação da supervisão de estágio pelo professor substituto, pela troca dos mesmos decorrente a impossibilidade em renovar o contrato, assim como, pela falta de integração de conteúdos e práticas de um para o outro.

Apresentando os discursos dos acadêmicos de enfermagem

É consenso por todos os sujeitos dos grupos focais com os acadêmicos de enfermagem que nos estágios a supervisão do docente seja direta, como está evidenciado no recorte do discurso:

(...) No dia-a-dia nos estágios é fundamental o acompanhamento direto do professor, pois, o enfermeiro faz a parte dele, ajuda até certo ponto, mas ele não tem aquele compromisso maior com o aluno, ele não tem tempo (...) o professor deveria ficar mais em cima nos campos de estágio, supervisionando, mostrando como um todo o serviço para a gente (...)

Ocorre ainda que o professor que supervisiona, como também, o enfermeiro do serviço nem sempre dominam os conhecimentos específicos de Administração, como também, a insuficiência de recursos humanos no quadro de docentes para dar suporte nos estágios:

(...) Não é fácil!! Nem todos os professores dominam, e nem todos os profissionais do serviço dominam a Administração, a gerência (...) S1.4.

(...) Faltou mais orientação de um professor para estar ensinando a parte administrativa (...) a gente não tinha essa liberdade de estar gerenciando o setor (...) não sei se foi pela instituição ou também pela falta da supervisão direta do professor de Administração orientando o trabalho (...) S1.8.

(...) Uma das dificuldades da área hospitalar foi a falta do professor de Administração, em todos os horários que a gente estava de estágio. Por que também tinha que supervisionar a prática de outro período (...) S1.9, S1.10.

A supervisão de estágio por docentes de outras disciplinas priorizam as atividades assistenciais pela dificuldade em questionarem e cobrarem a parte gerencial, como se apreende nas falas:

(...) A supervisão era do professor de outras matérias e assim, a parte clínica era muito mais cobrada que a parte administrativa (...) dava mais valor ao cuidado, à parte assistencial que à parte administrativa (...) S1.9.

(...) Na verdade, por não ser professor da área, eles não sabiam passar para a gente essa parte de Administração. Não tinham conhecimento específico. Entravam em confusão (...) S1.10.

O professor substituto também foi um agravante, como desvela a fala:

(...) A troca de professores foi um pouco prejudicial (...) foram três professores dando Administração (...) ficou repetitivo (...) achei que deu muita importância para determinado conteúdo e falhou em outros (...) S1.7.

É importante ressaltar que a supervisão indireta do docente no estágio curricular é sentida pelo aluno, como se verifica nos depoimentos:

(...) Nos outros períodos do 2º e 3º anos, o professor estava sempre presente. Que eram as práticas. Agora, nos estágios do 4º ano, não houve essa presença marcante (...) S1.9, S1.10.

(...) Eu senti um pouco a falta do professor de Administração, agora no último ano de Estágio Curricular em que a gente precisava mais estar atuando na área gerencial (...) muitas vezes a gente passava sem o professor estar direto com a gente (...) A gente via o professor na hora que entrava no serviço e na hora que saia (...) ou quando tinha algum problema que a gente não conseguia resolver (...) ele tinha que acompanhar os alunos do outro período, em prática (...) S1.9, S1.10.

Competência do docente na ótica do próprio docente

***Síntese:** No grupo focal realizado com os docentes envolvidos na supervisão dos alunos nos estágios curriculares identifica-se em algumas falas o reconhecimento da limitação do docente na supervisão da parte administrativa.*

Atribuem ao pouco interesse do docente pelas questões administrativas do serviço ou a pouca ou nenhuma formação específica.

É reconhecido pelo próprio docente que na supervisão do aluno prioriza-se a assistência e isso se deve a algumas questões relevantes, como a responsabilidade técnica (RT) das atividades desempenhadas pelos alunos durante os estágios que é do docente, que é o responsável pela assistência prestada. Atribui-se ainda, ao perfil da especialidade do docente supervisor, ser obstetra, pediátrico, clínico, cirúrgico, da saúde da mulher, da criança, do adulto, etc... Como também, ao docente não conseguir apontar os papéis de chefia de setor e supervisão geral ao aluno com clareza, porque a prioridade está em supervisionar a assistência, está a gerência da assistência pela sua própria formação.

O docente da área hospitalar acrescenta à discussão a grande demanda do setor de internação por assistência, não dando tempo para cobrar a parte administrativa do aluno.

É colocado sobre a pouca ou nenhuma capacitação docente para estratégias de ensino flexíveis, o que o faz assumir postura verticalizada e prescritiva sobre a atuação do aluno, não dando espaço para a construção participativa do aluno no seu processo de ensino-aprendizagem.

Outra questão que gerou momento de polêmica foi o professor substituto que é uma realidade no corpo docente do curso dado a política de recursos humanos da instituição e do próprio curso que gera certo sentimento de exclusão, exigindo nova postura nas discussões do Projeto Pedagógico.

Na área hospitalar o docente lança a estratégia do docente-assistencial como alternativa para maior autonomia do docente.

Apresentação dos discursos dos docentes

Conforme se constata pelas falas o docente reconhece que na supervisão dos estágios ele prioriza a assistência manifestando pouco interesse pelas questões administrativas do serviço ou pouca ou nenhuma formação específica:

*(...) Entre os docentes tem os que não gostam de fazer a parte administrativa, gostam de fazer mais a parte docente na sua área específica
(...) S4.8.sc*

(...) O professor não dá conta de ficar apontando a parte administrativa para o aluno, porque o professor tem que ficar atentando para a parte de médico-cirúrgica, pois, isso envolve tempo. Para quem trabalha em hospital, sabe muito bem disso (...) S4.2.sc

(...) Eu sou a docente, supervisora de estágio (...) mas, praticamente da assistência. Então, eu priorizo a gerência da assistência (...) mas, a gerência do setor é do enfermeiro chefe (...) S4.1.hosp.

(...) Eu questiono se a gente realmente faz a cobrança da Administração (...) a gente não tem tempo de estar cobrando essa visão administrativa do aluno. Ele fica realmente muito assistencial (...) S4.12, S4.6.hosp.

Ocorre durante o grupo focal dos docentes certa polêmica envolvendo a questão do professor substituto, vivenciado por alguns dos sujeitos participantes. Alegam nas falas a dificuldade encontrada na relação docente-professor substituto, professor substituto-aluno, a troca freqüente de professores substitutos dado a política de recursos humanos da instituição de ensino e a ótica de exclusão a qual eles se colocam ou são colocados frente ao Projeto Pedagógico do curso:

(...) A Administração de rede básica encontra-se neste momento com uma série de dificuldades, originária da capacitação do professor de substituição (...) o professor que vem para substituir, às vezes, não se sente com liberdade para atuar pra lá e pra cá (...) S4.7.sc

(...) A gente tem tentado reunir com o substituto pra estar discutindo juntos (...) mas, e o professor substituto, como é que vamos estar discutindo se ele está saindo , vai ser contratado outro (...) são coisas que vão atravancando o processo (...) S4.3.sc

(...) Eu não conheço nenhuma universidade que tenha um quadro de professor permanente o tempo inteiro (...) tem sempre um professor visitante (...) Alguém saiu pra fazer um curso, teve um filho, aposentou, morreu (...) Por vários motivos sempre vai ter professor substituto dentro da instituição (...) S4.2.sc.

(...) Às vezes, o professor substituto é colocado na disciplina e é entendido logo que entra que ele vai sair dali uns dias (...) não é legal essa exclusão, primeiro porque a educação é dinâmica, a universidade é dinâmica, o substituto tem que saber o que está acontecendo (...) falta no departamento,

estar fazendo discussões com eles, para que entendam melhor o perfil de formação do aluno e, não estar excluindo-os, por eles serem professores substitutos (...) S4.2.sc.

No ápice das discussões apontam o docente-assistencial como estratégia que favorece o processo ensino-aprendizagem do saber gerencial dos alunos, como aponta um dos depoimentos:

(...) No ensino da Administração o professor oferece todo o material, o aluno aprende (...) quando chega na prática, se houvesse o docente-assistencial, se todos os docentes fossem também os responsáveis pelo setor que cada um supervisiona talvez o aluno tivesse mais condições de perceber a função do enfermeiro enquanto supervisor ou enquanto chefe daquele setor (...) talvez, neste caso, os alunos saíssem com mais competência para gerenciar (...) S4.1.hosp.

No entanto, outros entendem como limitação quando o docente tem a responsabilidade do setor e do aluno, como se desvelam as falas:

(...) Se eu tenho um setor todinho sob minha responsabilidade, dependendo do dia, da demanda ali, você não tem tempo de cobrar nada da parte administrativa. É cada um trabalhando num local (...) É a questão de tempo (...) S4.12.hosp.

A questão da política institucional do campo de estágio também constitui fator limitante ao estabelecer número de alunos para a unidade, ou mesmo, em relação a política de recursos humanos da instituição de ensino, que não tem condições de ampliar o quadro de pessoal, como é colocado na fala:

(...) Em determinados locais, o aluno não passa. Apenas alguns passam (...) por questão de campo, que não cabe, não comporta tantos alunos (...) por questão do número de docentes para a supervisão que é reduzido (...) S4.3.sc.

Outra questão levantada por um docente do grupo refere-se ao despreparo em trabalhar estratégias inovadoras, dado a formação pelo método tradicional, que a conduz a apresentar soluções, tirando do aluno a oportunidade dele estar se desenvolvendo:

(...) Tem situação que o aluno de administração é que teria que resolver (...) quando a situação brota, de repente, eu apresento a solução em vez de forçar o aluno (...) eu tenho que estar me policiando pra ver qual será a tomada de decisão dele, como ele vai avaliar a situação (...) S4.10.hosp.

O mesmo sujeito apresenta a necessidade de capacitação pedagógica dos docentes para novas estratégias de ensino-aprendizagem:

(...) Se tivessem alguns seminários, oficinas, para estimular novas estratégias para o docente (...) capacitá-lo para fazer com que o aluno problematizasse a situação e ele mesmo apresentasse as soluções (...) S4.10.hosp.

Todos concordam quanto ao docente ser o elemento facilitador na relação enfermeiro de serviço-aluno-escola, podendo ser explicitada numa das falas:

(...) O aluno sabe que se ele tiver algum problema deve acionar o professor preceptor dele (...) o enfermeiro também sabe se ele tiver um problema com

o aluno, ele vai acionar o professor e o problema vai ser resolvido (...) tem que ter essas duas vias de comunicação abertas (...) S4.8.sc.

Competência do docente na ótica dos enfermeiros de serviço, tanto da saúde coletiva como do hospital

Síntese: Na discussão com o grupo focal envolvendo os enfermeiros de serviço do hospital, estes apontam o docente como facilitador do processo de desenvolvimento do aluno quanto a aprender a aprender, como aprender a conviver e a aprender a ser.

Reiteram ainda, ser fundamental o papel do docente como articulador entre o aluno e o enfermeiro de serviço, facilitando o processo ensino-aprendizagem nas dimensões do saber.

No grupo focal realizado com os enfermeiros de serviço da área coletiva além de apresentarem os mesmos focos de discussão sobre o papel docente, conseguem avançar na proposição de maior integração dos docentes com os enfermeiros de serviço na construção do Projeto Pedagógico do curso de Enfermagem e da disciplina Administração. Como também, da necessidade de promover a capacitação do docente ao novo modelo pedagógico, a problematização e ao novo modelo assistencial e gerencial, preconizados pelo SUS.

Apresentação dos discursos dos enfermeiros de serviço

Tanto no grupo focal realizado com os enfermeiros do hospital como com os da saúde coletiva é unânime o entendimento do papel de facilitador do docente no processo ensino-aprendizagem, em que deve fazer ponte entre o aluno e o enfermeiro de serviço, como está bem explicitado na fala de um dos sujeitos:

(...) É necessário que o professor preceptor do campo de estágio conheça as necessidades do serviço (...) para que o aluno vá na tentativa de suprir a demanda daquele serviço (...) S3.3.

Nessa fala, pode-se também avançar na questão do compromisso do docente em conhecer a realidade do campo de estágio e em parceria com os enfermeiros do serviço fazer o planejamento de estágio, buscando atender as necessidades requeridas, avaliar as prioridades, e conciliar ensino-serviço.

É interessante, a vivência colocada por um dos enfermeiros do hospital em sua formação a qual lhe traz inquietude em sua vida profissional, o que vem caracterizar a importância do papel docente:

(...) No estágio de supervisão, ficava um setor pra gente supervisionar (...) Você tinha que trabalhar com pessoas que não conhecia, nunca tinha visto na frente (...) você era acadêmico e eles não aceitavam suas normas (...) Como lidar com isso? (...) uma professora me falava sempre:- “lidar com pessoas é lidar com interesses” (...) você tem que ter jogo de cintura e tudo (...) S2.1.

Caracteriza-se a importância do papel docente como articulador no processo ensino-aprendizagem do aluno, facilitando o desenvolvimento dos saberes nas dimensões comunicativa, ético-política, além da técnica-científica dos conhecimentos específicos de administração e liderança.

Como articulador, o docente utilizando-se da “riqueza” desta situação deve trazer à problematização e à teorização temas importantes que embasam a conformação de competências ao enfermeiro, como a delegação de serviço, o trabalho em equipe, a liderança flexível, as relações interpessoais e multiprofissionais, a gerência de conflitos e a negociação, a supervisão participativa, as relações de poder e autoridade, a inteligência emocional, dentre outros que possam surgir na discussão de situações reais.

Entende o enfermeiro da saúde coletiva que o docente para ser articulador precisa ser capacitado para o modelo pedagógico da problematização, como também, para o modelo assistencial e gerencial do SUS, o que pode ser identificado nas falas:

(...) Hoje, até pode estar tentando trabalhar um método diferente, mas no pensamento do profissional, a abordagem com que o docente ensina ainda é no método antigo. Por mais que se queira que o aluno pense, desde que ele pense da maneira que você queira, está excelente!!! (...) S3.5.

*(...) A docência já mudou (...) Ela pode ter sido formada de cima para baixo (...)
(...) Ela pode não estar tão integrada quanto o aluno vai sair (...) mas, ela já mudou, já evoluiu (..) S3.3.*

Os enfermeiros da saúde coletiva apresentam-se mais politizados e demonstram interesse na interação com os docentes na construção do Projeto Pedagógico como é desvelado na fala:

(...) No dia em que os professores estiverem enxergando (...) a gente vai poder atuar um pouco mais de perto (...) os professores poderão estar passando pra gente o teor dos conteúdos (...) como vai se desenvolver o conteúdo teórico-prático (...) assim, vai mudar o papel do profissional de enfermagem (...) mas, da maneira como acontece na realidade (...) É assim, o Projeto Pedagógico está avançando, mas, o serviço ele ainda está a passos curtos (...) S3.5.

Competência do enfermeiro de serviço na ótica dos acadêmicos de enfermagem

Síntese: *No grupo focal dos acadêmicos foi discutido a questão da limitação por parte de alguns dos enfermeiros no domínio do processo de trabalho gerencial, o qual atribuem a capacitação inadequada ou insuficiente para a gerência.*

Ocorre também, nos estágios de saúde coletiva a pouca disponibilidade do enfermeiro de serviço para orientar o aluno, dependendo do local. E, a pouca ou nenhuma abertura do enfermeiro no estágio hospitalar aos questionamentos e a orientação de

alunos. Chegam a colocar que a relação enfermeiro de serviço-aluno é uma relação ora de interação, ora de dor.

No entanto, reconhecem a sobrecarga administrativa do enfermeiro de serviço ligada ao insuficiente dimensionamento de pessoal para a enfermagem. Assim, a falta de recursos humanos implica na função supervisora do enfermeiro polivalente, sobrecarregando-o de responsabilidades administrativas e assistenciais, sobrando pouca ou nenhuma disponibilidade para a supervisão de alunos. Ao contrário, necessita dos mesmos e do docente, para ajudá-lo tanto na gerência da assistência como na gerência do serviço.

Apresentação dos discursos dos acadêmicos de enfermagem

Na dimensão singular do saber gerencial que consiste no domínio do fazer gerencial do enfermeiro, os acadêmicos apontam em suas falas para a limitação por parte de alguns enfermeiros nas questões administrativas, como estão desveladas nas falas:

(...) A Administração é muito complicada. As pessoas não entendem a Administração. Os enfermeiros da instituição não sabem administrar a unidade (...) a gente encontra erros (...) quer dizer que isso não é de agora, vem de muito atrás (...) o problema é esse!!! Não é do aluno (...) S1.3.

(...) De certa forma, a gente aprende com o enfermeiro na saúde coletiva (...) mas, se ele estiver fazendo alguma coisa falha, você não tem como saber se aquilo que você está aprendendo é o certo ou errado (...) S1.8, S1.9.

Apresentam a questão da atenção do enfermeiro do serviço em relação ao aluno, destacando a pouca disponibilidade do mesmo em alguns dos campos de estágios na saúde coletiva e, a pouca ou nenhuma abertura do enfermeiro no campo hospitalar como se evidenciam nas falas:

(...) Na saúde coletiva, nem todo enfermeiro estava disponível, dependendo do lugar onde a gente estava. De repente é uma barreira (...) S1.10.

(...) Na área hospitalar a parte gerencial ficou a desejar, a gente não tinha muita autonomia. A enfermeira não chamava a gente para ajudar na parte administrativa (...) S1.10.

(...) No meu estágio na saúde coletiva o enfermeiro delegava função pra gente, passava determinado papel, ali no serviço (...) S1.9.

Na discussão dos acadêmicos, reconhecem a sobrecarga administrativa do enfermeiro de serviço ligada ao dimensionamento de pessoal insuficiente, como mostra a fala:

(...) Muitas vezes, o enfermeiro atendia o hospital inteiro ou era um enfermeiro para duas ou três alas. Com isso, ele não dava conta do serviço e de certa forma não tinha como auxiliar a gente nas tomadas de decisão (...) Eu imagino que se tivesse profissionais nas normas certas para cada setor, para cada serviço, não sobrecarregaria um só e ele teria tempo para estar inserindo a gente nas questões administrativas (...) isso está ligado à questão de dimensionamento de pessoal que não era aplicado de acordo com as normas que tem que ser (...) S1.9, S1.10.

Competência do enfermeiro de serviço na ótica do docente

Síntese: *A visão do docente em relação ao papel do enfermeiro de serviço no processo ensino-aprendizagem do aluno diz respeito as questões de pouca disponibilidade do mesmo para estar envolvendo o aluno nas atividades gerenciais, que atribui a sobrecarga de serviço, a grande demanda de produtividade exigida, como também, a falta de domínio de supervisão de aluno e, à própria política institucional que abre convênios com as instituições de ensino, mas não confere autonomia para a gerência.*

Apresentação dos discursos dos docentes

Na discussão sobre o envolvimento do enfermeiro de serviço com o processo ensino-aprendizagem do aluno os docentes apresentam que dependendo da disponibilidade dos mesmos é possível ou não ao aluno estar desenvolvendo atividades gerenciais como evidenciam as falas:

(...) Quando é o enfermeiro que tem a condição de estar chamando o aluno pra ver, de estar estimulando, vem aqui, eu vou fazer isso (...) nesses casos a gente encaminha (...) nesses casos a gente faz isso (...) Outros não, para outros enfermeiros parece que o aluno está atrapalhando (...) S4.1hosp, S4.12hosp, S4.3sc.

(...) Na área da saúde coletiva, dependendo do profissional que está ali na Unidade, o aluno faz a parte administrativa, inclusive até o intercâmbio entre a Unidade e a Secretaria de Saúde, para solicitar material, pra ver o que está faltando, pra ver estoque, pra gerenciar uma atividade que ele vai fazer no futuro (...) S4.2sc.

Alguns docentes colocam que o fato do enfermeiro de serviço ter experiência com docência é fator facilitador nessa relação em campo de estágio, o que está explicitado no recorte do discurso de um dos sujeitos:

(...) Quando você trabalha com um profissional que está inserido no serviço e que já foi docente, a visão desse profissional é totalmente diferente daquele enfermeiro que nunca passou pela docência. Porque ele sabe o que o aluno precisa, ele já passou por aquela experiência, ele tem paciência de estar chamando o aluno, de estar explicando, de estar deixando o serviço, às vezes, um pouquinho de lado e estar explicando para eles (...) S4.3sc.

O docente coloca também na discussão a questão da cobrança institucional sobre o enfermeiro, exigindo produtividade, o que o faz priorizar o serviço e não a supervisão do aluno, ou seja, a considerá-lo uma mão de obra e não um aprendiz como pode ser apreendido em parte de sua fala:

(...) O enfermeiro que trabalha em campo, fica pensando, preocupado com aquela questão do tempo que tem que fazer o serviço, porque é responsabilidade dele (...) se ficar parando para explicar para o aluno pode ter que deixar serviço pra mais tarde e isso vai atrapalhar o rendimento, a produtividade dele (...) S4.3sc.

Competência do enfermeiro de serviço na ótica do próprio enfermeiro de serviço

Síntese: *Os enfermeiros de serviço nos campos da saúde coletiva colocam na discussão a pouca ou nenhuma sensibilização que a maioria deles tem para com o processo ensino-aprendizagem do aluno em seu serviço, e com isso, como explorar o conhecimento do aluno, como buscar, como aproveitar a sua presença durante o estágio, como fazer essa troca aluno-docente-enfermeiro de serviço.*

Durante os discursos, fica evidente a confusão que os enfermeiros fazem sobre o que é prática e o que é estágio e a diferença na proposta de ensino de ambos.

Para elucidação as práticas transcorrem com a supervisão direta do docente, com escalonamento prévio dos alunos nos campos. O que confere algum incomodo ao enfermeiro é o fato do pouco tempo em campo, normalmente uma semana; muitos alunos, em média de seis a oito; muito “conteúdo” para ver em pouco tempo; o envolvimento, neste período, do enfermeiro de serviço-docente-aluno é pouco trabalhado; não há planejamento prévio sobre o que o aluno tem que saber e o que o enfermeiro tem que passar.

No que se refere ao estágio, este é desenvolvido em um período maior de tempo no mesmo local (cerca de um a dois meses), são poucos alunos (um ou dois). Ocorre maior

interação enfermeiro de serviço-aluno-docente, e o aluno consegue maior desenvoltura, maior domínio do serviço, durante o período de estágio, ocorrendo também, maior interação e troca de conhecimentos entre alunos, enfermeiros de serviço e docentes.

O enfermeiro de serviço da saúde coletiva também apresenta que é preciso repensar a avaliação do aluno feita por ele, pois se coloca sem condições para tal.

No campo hospitalar o enfermeiro defende que no estágio o aluno deve ficar na unidade de internação junto com os funcionários fazendo a chefia de setor, chamando a enfermeira supervisora para as intercorrências.

No entanto, isso não acontece. Então, o que acontece é a grande demanda de assistência pela insuficiência de recursos humanos.

Apresentação dos discursos dos enfermeiros de serviço

O enfermeiro de serviço reitera a importância de saber como aproveitar a presença do aluno durante o período do estágio, como explorar o conhecimento do aluno e estabelecer as trocas, o que é mais fácil para quem tem experiência de docência, como coloca uma das enfermeiras durante as discussões:

(...) A maneira como o aluno é trabalhado no ambulatório de especialidades é diferente e, não é igual como é trabalhado nos outros ambulatórios. Eles contam com o fator de um dos enfermeiros ser uma docente aposentada. A maneira como explorar, como buscar, como tirar do aluno, ela sabe. Nós não sabemos (...) A gente não consegue (...) É necessário um despertar nosso (...) uma sensibilização nossa (...) S3.5.

Outra questão levantada que traz certa confusão é a falta de clareza sobre a diferença entre prática e estágio como se evidencia neste recorte de uma das falas:

(...) Quando chega os professores no Ambulatório com aquele “bando de alunos” com três ou cinco dias de “estágio” (...) Que eu sei que eles não vão aprender nada, porque não vai dar tempo de ver tudo, porque o conteúdo é enorme e o tempo é pouco. O que eu faço? (...) Eles não tem tempo pra saber tudo aquilo que é cobrado, que é ensinado (...) Tento passar o máximo que eu posso, dentro daquele tempo pequeno. Agora, eu não gosto daquele período de “estágio” (...) S3.3.

Vale ainda, apresentar a posição do enfermeiro ante a questão da avaliação do aluno em seu serviço ambulatorial durante o estágio. Atenta para seu despreparo em manipular com esse delicado processo evidenciado no recorte da fala:

(...) Eu acho muito complicado (...) Eu, enfermeira não me sinto na menor condição de fazer a avaliação do aluno (...) S3.5sc.

Os enfermeiros da área hospitalar defendem a atuação do aluno na unidade de internação, junto aos funcionários da equipe de enfermagem, fazendo a assistência e exercitando a gerência de setor. Ante as intercorrências e dificuldades é que deve recorrer ao enfermeiro supervisor ou ao docente preceptor.

Referem que na sua formação profissional vivenciavam a chefia de setor com abertura, autonomia e reconhecimento do papel gerencial do aluno pelos funcionários do serviço, conforme se constata em parte desses discursos:

(...) No estágio de Administração a gente assumia o setor, recebia o plantão da enfermagem de setor e administrava durante o turno e, passava o plantão para a outra enfermeira que ia entrar (...) A gente ficava por dentro de tudo (...) como enfermeiro de setor (...) a gente discutia com os funcionários sobre a assistência, como chefe de setor (...) Você tinha autonomia para

atuar como supervisor do setor (...) fazia de tudo, se tivesse alguma dúvida, alguma intercorrência chamava a supervisora (...) S2.Ihosp.

(...) Os próprios funcionários estavam cientes que o acadêmico respondia como enfermeiro chefe. Eles passavam a situação para o aluno que procura resolver. Caso não conseguia resolver comunicava com o acadêmico da supervisão e este para o enfermeiro de serviço (...) S2.2.

Hoje, afirma este sujeito (...) *no estágio de Administração também segue a escala com aluno nas chefias dos setores e na supervisão geral (...)*. Mas, o aluno não pode ficar sozinho, não pode acompanhar o enfermeiro de serviço, pois, não é permitido pelo Conselho Federal de Enfermagem. Essa resolução avança ou retrocede na caminhada para a formação voltada à maior integração ensino-serviço, às parcerias, e à construção do saber gerencial na interação e inserção com a realidade, com o cotidiano das situações profissionais.

Categoria 1 - Formação - Construção do saber gerencial: o ensino da Administração em Enfermagem

Subcategoria 1.2 - Conformação de competências gerenciais em face das diretrizes curriculares

– Perfil do profissional: o exigido e o possível

Grupo focal dos acadêmicos de enfermagem

Síntese: *Na perspectiva dos acadêmicos de enfermagem a cerca do perfil profissional do enfermeiro revelam que durante a formação como aluno deve aprender a aprender aproveitando as oportunidades do cotidiano, ter espírito crítico e questionador, ter interesse e iniciativa e criatividade. A visão global confere a ele conhecer, inteirar-se do que está acontecendo como um todo, ou seja, de tudo o que está acontecendo. No entanto, deve saber avaliar e identificar as prioridades, assim como, aproveitar as oportunidades para atuar.*

A liderança participativa é uma das dimensões técnica administrativa do saber gerencial que o enfermeiro deve desenvolver desde a formação. O que requer a ele também assumir atitudes profissionais que caracterizam o aprender a ser e a conviver na dimensão relacional e/ou comunicativa do saber gerencial.

Na dimensão técnica do saber apontam também para o domínio do conhecimento científico específico e geral, a capacidade de tomar decisões e resolver os problemas, preparando o profissional para o enfrentamento de situações e para a imprevisibilidade do cotidiano de trabalho.

No que se refere a dimensão relacional do saber ser e conviver apontam para o autocontrole, o pensamento reflexivo, o relacionamento interpessoal, a inteligência emocional que embasam para o saber gerenciar conflitos e para a negociação.

A ética, o respeito ao outro refere à dimensão ético-política e às relações interpessoais e profissionais.

Assim, listando competências e habilidades para o desempenho das funções gerenciais do enfermeiro contemplam as dimensões do saber e delineiam o perfil profissional que esperam alcançar.

Apresentando os discursos dos acadêmicos de enfermagem

Os acadêmicos de enfermagem apontam durante as discussões no grupo focal habilidades e competências para o desempenho das funções gerenciais do enfermeiro, como aprender a aprender com as oportunidades do cotidiano, desenvolver a visão global do serviço e, saber identificar as prioridades, saber “filtrar”, o que requer o espírito crítico e questionador, o interesse, a iniciativa e, a criatividade que embasam para a capacidade de liderança:

(...) A gente tem que buscar porque se ficar esperando dos outros fica lá sem desenvolver nada (...) Você tem que criar, você tem que ir atrás, tem que ficar procurando os problemas, questionando, criando coisas (...) Isso eu consegui fazer no estágio que eu fiz. Pra mim, foi ótimo (...) Só que eu acho que depende muito de cada um (...) Sabe!!! (...) S1.7.

(...) É importante a gente não ser pessimista, achar que não tem autonomia e desanimar, se acomodar. É preciso aproveitar os momentos certos para agir (...) S1.6.

(...) A gente tem que ter primeiramente uma visão ampla. Tem que saber um pouco de tudo e ter abertura. Não pode focar só numa coisa (...) Às vezes, a gente, só se preocupa com o relatório de enfermagem. Mas, você tem que dar conta de todos os exames que precisam ser encaminhados, de todos os médicos que estão passando, tudo o que eles estão pedindo, de material que tem de ser providenciado para o bom funcionamento do setor (...) de tudo (...) mas, tudo mesmo (...) A gente tem que ter visão ampla (...) S1.5.

(...) Eu acho que a gente tem que ter a capacidade de filtrar as coisas que estão acontecendo. Saber o momento certo de agir. Tem milhares de coisas para fazer, mas, eu tenho que saber quais são as minhas prioridades agora (...) Eu acho que isso é o principal de tudo. Porque aí, você tem que ter a capacidade de liderança para poder gerenciar (...) S1.3.

(...) Se você não puser a cabeça no lugar (...) Ah!!! agora eu vou filtrar, minha prioridade agora é essa (...) Se você não fizer isso, você não vai para frente. Não vai!! (...) S1.6.

É colocado por uma das acadêmicas uma situação vivenciada a qual é lançado o questionamento se constitui oportunidade ou barreira para o desenvolvimento do saber gerencial e de competências

(...) A gente vê muito isso no Plantão Noturno. Porque a gente chega lá, sozinho e tem que cuidar das quatro alas. Teve época que estavam lotadas com mais de sessenta pacientes (...) Você tem que dar conta dos pacientes, saber o que cada um estava precisando, tanto de materiais necessários e tudo mais (...) E mais, fazer as admissões, pois, os funcionários não faziam e ainda diziam : - Não!! Essa é sua função !! As vezes, chegavam cinco pacientes numa ala e três na outra (...) S 1.9.

O acadêmico no cotidiano dos estágios convive com modelos de liderança autocrático e centralizador e aponta para certo grau de insatisfação frente a essa realidade. Consegue mesmo que de forma elementar, avançar na questão da liderança participativa em que os valores individuais são reconhecidos, o trabalho em equipe é valorizado, e o poder é descentralizado para as tomadas de decisão, como desvelam as falas:

(...) Acho também que o enfermeiro tem que ter liderança, ou seja, depende do tipo de liderança. Eu acho uma dificuldade grande quando numa equipe o enfermeiro não enxerga que cada um tem seu valor (...) S1.10.

(...) Principalmente, numa Unidade Básica de Saúde, onde o enfermeiro acha que está no topo e que as outras pessoas não tem seu valor. Deveria saber trabalhar e respeitar os valores de cada um e entendo que isso é ter liderança (...) S1.10.

(...) Vivenciei durante a prática uma situação em que a enfermeira era muito autoritária e ela teve muitos problemas com a equipe (...) ela não sabia falar, ela não sabia escutar, a opinião dela sempre era certa (...) Ela não procurava saber o que os estudantes estavam propondo fazer. Acho que quando você tem outras pessoas trabalhando com você, elas também precisam de incentivo e não só serem chamadas a atenção (...) S1.8.

Segundo as falas de alguns dos acadêmicos de enfermagem é fundamental o domínio do conhecimento para as tomadas de decisão e a resolutividade, o pensamento reflexivo:

(...) O perfil profissional tem muito a ver com o conhecimento, o domínio do assunto, a capacidade de resolver problemas, tomadas de decisões nas situações. É o que faz a diferença de um com o outro (...) S1.7, S1.3.

(...) Quando a gente chega no setor e a gente não sabe o que ou como fazer, a pessoa não respeita. Assim, tem que partir do pressuposto que a gente tem que saber para ter o respeito de todos (...) As pessoas passam a ter muita liberdade com a gente e a pegar muito no pé daquilo que a gente não domina (...) Então, o bom relacionamento entre todos e o domínio daqueles assuntos exigidos é uma postura que o enfermeiro deve ter dentro de um setor (...) S1.4.

(...) O que faz a diferença entre um enfermeiro e outro, eu acho que é a iniciativa e a postura profissional nas tomadas de decisão e a resolutividade (...) Às vezes, a gente mal vê o enfermeiro passando na ala que você está durante o plantão inteiro. Mesmo com a ala cheia, com pacientes graves que necessitavam da presença do enfermeiro ou pelo menos da orientação para os funcionários do que fazer naquela situação, naquela hora (...) Isso a gente não vê em alguns enfermeiros (...) S1.5.

Na dimensão relacional o enfermeiro deve ter autocontrole, desenvolver a inteligência emocional, ter um bom relacionamento interpessoal e profissional e saber gerenciar conflitos:

(...) O enfermeiro deve ter autocontrole, saber lidar com pessoas, ter otimismo (...) S1.1, S1.7.

(...) Acima de tudo é ter autocontrole da situação (...) não posso desesperar (...)

eu vou ter que saber aonde e como começar (...) Vou ter que sair dessa situação (...) S1.4.

(...) Para situações que exigem o autocontrole é importante a inteligência emocional (...) S1.6.

(...) Acho que o enfermeiro tem que saber gerenciar conflitos. E a melhor maneira de desenvolver isso é trabalhar o eu emocional, através da dinâmica de grupo, uma didática mais, mais (...) voltada para a realidade (...) S1.9.

(...) O enfermeiro tem que saber ouvir, saber falar (...) Até o tom de voz tem que ser trabalhado, o jeito que a pessoa fala (...) Porque nem sempre a outra pessoa entende (...) S1.8.

(...) O enfermeiro deve ter bom relacionamento interpessoal seja com a equipe, seja com funcionários de apoio, seja com os pacientes (...) S1.4.

(...) Eu acho que o enfermeiro tem que ser amigo, se colocar no lugar do outro, quer dizer ter empatia, ter boa relação com os funcionários, mas ter limite, para não perder o respeito. Liberdade demais acaba atrapalhando (...) S1.5.

Os acadêmicos entendem que o enfermeiro tem que ser dinâmico, tem que ir atrás, procurar resolver as situações problemas, ter resolutividade. Para tanto, deve em sua formação ser preparado para este enfrentamento na práxis profissional e reiteram a estratégia da problematização:

(...) Concordo em discutir todos os problemas, o que aconteceu no dia-a-dia de estágio, pois, sempre alguma coisa marca. A gente, deve discutir como nós resolveríamos se estivesse responsável por esse caso (...) Pelo menos, aqui na faculdade tem que fazer esse tipo de exercício para que quando estiver lá fora na vida profissional a gente tenha uma mente trabalhada e consiga enfrentar as situações com mais segurança (...) S1.4, S1.9, S1.8, S1.5.

A dimensão ética do saber que confere competência na atitude e postura profissional na relação com o outro é também evidenciada na exposição de situação vivenciada em campo de estágio:

(...) O enfermeiro precisa também de ética, porque chamar a atenção na frente dos outros, de todo mundo, não é certo. Você expõe muito a pessoa. Você cria um clima ruim dentro da Unidade (...) Esta situação vivenciada na Unidade Básica de Saúde em que fiz estágio, trouxe muito conflito, muita confusão, por causa da atitude da enfermeira (...) S1.8.

Grupo focal dos docentes

Síntese: *A discussão dos docentes sobre qual o perfil profissional do enfermeiro, ou seja, sobre quais as habilidades e competências gerenciais são necessárias, evidencia a clareza em estar definindo o perfil esperado e estar identificando o perfil possível de estar formando o aluno. Ressaltam o perfil generalista para a formação do enfermeiro e a necessidade em definir as metas para o processo ensino-aprendizagem no estágio curricular para que haja uniformidade e critérios para a supervisão e o que estar orientando e desenvolvendo com o aluno.*

Apresentação dos discursos dos docentes

No enfoque sobre qual perfil profissional para o enfermeiro é colocado pelo docente o impasse existente está entre o perfil esperado e o perfil possível para estar formando o aluno:

(...) A gente tem que estar aberto e olhando (...) Qual é o limite? Qual é a competência? Qual é o perfil para esse aluno? (...) E estar seguindo isso. Por que senão a gente angustia (...) Você quer falar de tanta coisa, passar tanta informação para o aluno que não há tempo para isso (...) poderia estar repensando (...) Falar para o aluno que isso é um aprofundamento (...) que a escola não pode estar passando tudo isso na graduação (...) S4.3 sc.

(...) Hoje quando você pensa na questão do perfil dentro dos Projetos Pedagógicos, talvez não fique tão claro para todo mundo, mas, o nosso aluno sempre foi generalista (...) S4.8 sc.

(...) O perfil do nosso aluno é generalista, ele tem uma boa aceitação no mercado de trabalho, não é ? (...) S4.8 sc.

Colocam também sobre a definição de metas para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem no estágio para a construção do saber gerencial e a conformação de competências gerenciais:

(...) O perfil já está traçado, as competências também (...) Daí, uma estratégia seria a gente pontuar objetivos que deveriam ser alcançados (...) parar para pensar (...) Até onde o aluno deverá ser capaz de chegar no 8º período, no final do curso (...) S4.1 hosp.

Grupo focal dos enfermeiros de serviço

Síntese: *Na perspectiva dos enfermeiros de serviço do hospital para o perfil profissional o enfermeiro deve apresentar habilidades e competências, consideradas por ele como básicas para o desempenho de funções gerenciais na prática.*

Consideram como competências saber identificar e avaliar prioridades, ter domínio do conhecimento generalista, no entanto, em seu discurso, o enfermeiro do hospital enfatiza ao atendimento do modelo biomédico, centrado na doença, o que lhe confere poder, respeito e confiança frente a equipe de enfermagem.

O enfermeiro considerado pelo próprio profissional é um elemento articulador na equipe de enfermagem e multiprofissional. A liderança é apontada como competência e consideram que na construção do saber gerencial o ensino prioriza na teoria a liderança autocrática, centralizadora, hierarquizada, limitando a autonomia do enfermeiro e a capacidade para liderar a equipe de enfermagem e o serviço.

Ressaltam na discussão a questão do poder conferido ao conhecimento do enfermeiro que gera confiança, segurança e respeito pela equipe de enfermagem. Como também, a clareza com que entendem a necessidade da educação permanente que lhes permite a inovação, a atualização, a abertura para o novo.

Para o perfil do profissional, o enfermeiro refere a postura ética, legal mediando as questões conflituosas que acontecem no cotidiano do trabalho. Questionam também, se o

rigor exigido para a ética do enfermeiro é um fator facilitador ou limitante nas relações do cotidiano.

Referem assim, em ambos os grupos, do hospital e da saúde coletiva, a importância em trabalhar na formação a dimensão relacional, preparar para as relações interpessoais, e para desenvolver a maturidade psico-emocional.

No grupo focal dos enfermeiros da saúde coletiva defendem na questão do perfil profissional a necessidade de desenvolver no enfermeiro durante a formação o espírito crítico e questionador e prepará-lo para o enfrentamento da imprevisibilidade do cotidiano, a correr riscos, ao trabalho em equipe.

Apresentação dos discursos dos enfermeiros de serviço

Os enfermeiros de serviço do hospital apresentam para o perfil profissional do enfermeiro a capacidade em identificar as prioridades o que lhes confere neste exercício no cotidiano o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais, como evidenciam as falas:

*(...) Na supervisão geral, você precisa filtrar o que você tem que dar atenção e o que você acha que pode passar (...) O aluno inicialmente pensa que tem que perceber, enxergar tudo, dar conta de tudo e isso não vai acontecer (...) É o tempo que vai mostrar e ele vai aprender a filtrar o que é importante (...) Ele vai conseguir conforme for adquirindo a maturidade (...) S2.4 hosp.
(...) Quando você tem vários setores na sua supervisão, tem que saber quais os pontos chaves para supervisionar (...) a gente visualiza os setores com os problemas chaves e busca intervir (...) S2.4.*

Eles acrescentam que o domínio de conhecimento generalista favorece alcançar a abrangência da atuação do enfermeiro. O que na ótica dos mesmos ainda atende ao Modelo Biomédico, centrado na doença, como se confere pela fala:

(...) A enfermagem tem que ter um conhecimento geral de tudo (...) Você tem que gerenciar tudo (...) Não é só providenciar recursos (...) A gente tem que se preocupar em gerenciar a assistência para os pacientes e para isso é necessário ter conhecimento de patologia (...) A enfermagem tem que entender de neuro, ortopedia, de nefro (...) sendo que hoje tem especialista para tudo (...) S2.4 hosp.

O domínio do conhecimento pelo enfermeiro desvela ainda que gera a confiança e o respeito da equipe de enfermagem, como também, o entendimento da necessidade de educação permanente e de estar aberto às inovações:

(...) O próprio conhecimento da Administração em Enfermagem hoje é outro (...) tem a informática, o gênero masculino como parte da equipe, maior procura de jovens pela profissão (...) S2.2hosp.

(...) O enfermeiro tem que ter segurança em relação ao auxiliar e ao técnico. Porque se você mostrar que não sabe, ele fica inseguro com a gente. Perde a confiança, o respeito e não tem produção boa (...) S2.2hosp.

(...) É preciso estar atualizando, melhorando para estar passando para a equipe (...) Na minha época, quando fui fazer especialização não tinha alunos (...) o profissional não tinha interesse (...) hoje isso mudou, nós sentimos falta da pós-graduação (...) S2.4 hosp.

O enfermeiro é também um elemento articulador da equipe de enfermagem, requer posturas e atitudes exigidas pela dimensão das tecnologias leves como: o acolhimento, o bom senso, o equilíbrio emocional, a diplomacia, o saber ouvir. No entanto, se desvela numa das falas a dificuldade do enfermeiro em trabalhar com competências dessa dimensão:

(...) Um acompanhante veio me reclamar, não da enfermagem, pois considerava a assistência muito boa, mas, achava que era pouco o número de funcionários para o setor. Eu respondi que a gente sabe que é pouco (...) Se o senhor tivesse falado que algum funcionário foi sem educação, se alguma medicação não foi feita. É a mim que o senhor teria que estar reclamando (...) Mas, nesse caso, o senhor deve reclamar direto na administração ou reclamar diretamente na UNIMED (...) Porque não era eu que tinha que ouvir que (...) S2.2.hosp.

O enfermeiro de serviço considera a liderança como fundamental para a atuação profissional. No entanto, revelam que durante a formação profissional o ensino ainda prioriza a liderança autocrática, centralizadora, hierarquizada que limitam a autonomia do enfermeiro e a própria capacidade de liderança:

(...) Na administração a gente vê a liderança em enfermagem com uma visão como se estivesse indo para a guerra (...) Acho que para liderar é preciso ter autonomia (...) Mas, a escola não dá a forma para liderar (...) a gente aprende que o enfermeiro é o chefe e a equipe tem que se submeter a ele (...) No entanto, não é bem assim que acontece no trabalho (...) S2.1.hosp.

(...) Na formação do enfermeiro é preciso conscientizá-lo de que é o centro da equipe, é o líder (...) é o responsável pela equipe (...) E quando não está presente em todas as situações, fica difícil mudar, transformar (...) Este é o ponto mais importante (...) S2.4.hosp.

A postura ética e legal, segundo os enfermeiros de serviço, também compõe o perfil profissional, sendo questionada como fator facilitador ou limitador na prática do enfermeiro, como se pode apreender nestas falas:

(...) Às vezes, tem situação no cotidiano da gente que você conhece a patologia do cliente, sabe a gravidade do problema e você não pode (...) dependendo da hierarquia, do poder envolvido, não pode falar o que sabe (...) S2.5.hosp.

(...) Isso de ficar quieto está errado, você se compromete, tem que falar, sim (...) Não pode ficar quieta não!! *(...) quando a gente se omite também está sendo errado (...)* S2.2.hosp.

(...) Na enfermagem, em tudo a gente questiona isso é ético, aquilo é ético, é ético (...) de repente, a gente deixa de fazer alguma coisa por que a gente acha que é anti-ético *(...)* S2.2.hosp.

(...) Será que é só o enfermeiro é que tem ética na sua formação? (...) S2.4.hosp.

Nas discussões surgidas no grupo focal dos enfermeiros de serviço do hospital é colocado também a importância do domínio psico-emocional, o autocontrole do enfermeiro, a empatia, conforme apreende-se nos recortes de falas:

(...) A empatia, é se colocar na frente. É pensar o que eu queria se estivesse no lugar do outro (...) A pessoa precisa ser profissional e ser ele próprio *(...)* Inevitavelmente, a partir do momento que você está desvinculando isso, você está sendo falso *(...)* Eu sempre penso se gostaria que tivesse sendo feito isso comigo. Eu gosto de usar a verdade com o paciente *(...)* S2.1.hosp.

(...) A empatia é você se colocar no lugar do outro, não no sentido de você viver a dor do outro, mas respeitar e poder ser fator minimizador (...) Eu respeito e entendo, mas, não posso viver a dor do outro. Você perde a clareza das idéias e não pode ajudar o outro *(...)* S2.4.hosp.

(...) Você gostaria que fizesse isso com você ? (...) Se fosse comigo, eu não me importaria *(...)* mas, se fosse meu filho, minha mãe, entes queridos nos

sensibilizam mais (...) Se fosse assim, você queria que fizesse isso? (...) Este suporte emocional nas relações não é trabalhado na formação do enfermeiro como deveria ser (...) S2.2.hosp.

No grupo focal dos enfermeiros da saúde coletiva a ênfase ao perfil é para o espírito crítico, questionador, ao conhecimento, a ética, ao saber trabalhar em equipe e estar preparado às situações imprevistas, saber correr riscos como evidenciam os recortes de fala de alguns sujeitos:

(...) A geração dos novos enfermeiros é muito mais crítica e reflexiva (...) ele vai chegar lá na frente e não vai aceitar qualquer coisa (...) S3.3, S3.2.sc

(...) O enfermeiro tem que ter um pouco de tudo. Ele tem que ter conhecimento, ter jogo de cintura. Porque para questionar ele tem que conhecer muito bem. Ele tem que saber correr riscos, ter caráter, ter ética, saber trabalhar em equipe (...) S3.1, S3.2.sc

(...) Eu acho que na formação acadêmica tem que desenvolver, desde a base, o espírito crítico e questionador. Porque se a gente recebe ordens de cima para baixo, a gente tem pouco espírito crítico e com isso a gente quase não consegue nada (...) S3.3.sc

– Parceria ensino-serviço

Grupo focal dos acadêmicos de enfermagem

Síntese: *No entendimento dos acadêmicos de enfermagem a parceria ensino-serviço acontece durante as atividades de estágio onde são elaborados Manuais de Normas e Rotinas, Protocolos de serviços. No entanto, é preciso ser cobrado o diagnóstico de saúde local, porque o do serviço e/ou da unidade é realizado, como evidenciam os recortes das falas:*

(...) É importante para o serviço o aluno saber fazer o Manual de Normas, Rotinas os Protocolos do Serviço e a função de cada um no Serviço de Enfermagem (...) Acho que a sistematização do serviço deve ser cobrada na prática, nos estágios de saúde coletiva e hospitalar, no dia-a-dia (...) S1.3.

(...) Nós tivemos oportunidade de fazer no estágio de saúde coletiva o Manual de Normas, Rotinas do Ambulatório (...) A gente elaborou também a parte da estrutura física e funcionamento do Ambulatório, as funções do secretário, do gerente, do enfermeiro (...) Tivemos resistência, achamos a princípio que não era nossa função. Agora vemos como foi bom para nós e para o serviço (...) S1.5.

(...) Acho também que poderia ser dado em parceria ensino-serviço fazer o diagnóstico de saúde local (...) seria muito bom para ambas as partes (...) S1.5, S1.4.

Grupo focal dos docentes

Síntese: *A parceria ensino-serviço é colocada tanto pelos docentes da área hospitalar como os da saúde coletiva como fundamental para o processo ensino-aprendizagem do aluno e para o fortalecimento do serviço. Como também, a integração entre docentes-alunos-enfermeiros de serviço é apontada como imprescindível para o Planejamento de Estágio. Reiteram que a parceria é uma construção contínua e deve estar fundamentada na realidade, para que possa haver retorno ao serviço.*

Apresentação dos discursos dos docentes

Na área da saúde coletiva e do hospital os docentes apontam para avanços na integração docente-aluno-enfermeiro de serviço, tanto para o planejamento, supervisão como para a avaliação dos estágios curriculares, como estratégia para o ensino como para o serviço, conforme evidenciam partes dos discursos:

(...) Na área coletiva, a gente tem trabalhado muito (...) Eu acho que sempre tem que reunir, integrar cada vez mais. O que está acontecendo é que um está “cutucando” o outro (...) Às vezes, um grupo avança e isso torna um desafio para outro grupo (...) A gente da saúde coletiva está seguindo dentro do processo de discussão (...) quando você faz esse trabalho de avaliação com o aluno, vai lá no campo, você muda alguma coisa, você fortalece (...) E isso tem acontecido (...) A gente tem trabalhado muito (...) tem enfrentado no estágio os desafios com os enfermeiros (...) Esse desafio avançou, melhorou e hoje já se conseguiu vencer as situações vivenciadas no começo (...) a cada período que passa a gente está sempre ajustando alguma coisa que vem dessa avaliação do enfermeiro, do aluno e do docente (...) É um processo difícil, mas , a gente está avançando (...) S4.7 sc

(...) Eu acho que enquanto estágio curricular, realmente precisa ter maior integração. Um planejamento conjunto tanto na área hospitalar, como na coletiva. Um planejamento conjunto entre todos os docentes com os enfermeiros de serviço (...) eles são os nossos parceiros na supervisão dos alunos (...) Então, eles tem que saber o que a escola quer, qual a proposta de formação e nós, o que eles querem (...) S4.9.hosp.

(...) Eu acho que entre o docente e o enfermeiro de serviço tem que existir esta integração, esta parceria, senão, não se consegue campo de estágio (...) Na saúde coletiva a gente tenta trabalhar com o enfermeiro de serviço todo o desenvolvimento das atividades, acompanhar o aproveitamento do aluno, a evolução do trabalho desse aluno, o processo de avaliação (...) é fazer um trabalho junto, mesmo não estando no campo as seis horas que o aluno passa pelo campo. Existe todo um trabalho que é feito desde o planejamento, até o processo de avaliação com o enfermeiro de campo, a depender das particularidades das disciplinas (...) S4.7, S4.2sc

(...) As parcerias da escola com os serviços de saúde, favorecem uma ligação com o pessoal da Secretaria de Saúde, que tem uma ligação com o pessoal da DADS, e que tem dado novas oportunidades, tanto para os docentes, como para os discentes de participarem em vários projetos juntos com estas instituições de serviço (...) S4.8.sc

Apostam ainda que a parceria ensino-serviço é uma construção contínua que favorece ambas as partes. Para o órgão formador favorece maior abertura e autonomia para o docente e para o aluno nos campos de estágio, e para o serviço de saúde recebe assessoria para a montagem de serviço, gerenciamento de unidade, diagnóstico de saúde e de serviço como refere o recorte de fala de um dos sujeitos:

(...) Eu comparo as parcerias do curso com o desenvolvimento da cidade. Quando a gente começou, a cidade tinha uma ou duas unidades básicas. As unidades foram crescendo, esses espaços foram aumentando, com a Política de Saúde foi surgindo a municipalização e a escola sempre esteve presente, por intermédio dos seus docentes e alunos. E, em função dessa parceria eu acho que foi permitindo estar criando condições para o aluno estar no campo de estágio e eles terem até uma certa autonomia (...) A gente já viveu situações de montar Ambulatórios, montar serviço, de ajudar os colegas a montarem serviços dentro da própria Prefeitura, de administrar, de gerenciar a Unidade de Saúde (...) S4.8.sc

Conferem também, que a parceria professor-aluno-enfermeiro de serviço é uma estratégia que fundamenta o processo ensino-aprendizagem embasado na realidade do campo de estágio, o que configura um feedback positivo para todos os envolvidos. Para o aluno como agente de mudança enquanto profissional em experiência, e para o serviço, há o

retorno com propostas para mudanças durante o período de estágio ou a longo prazo, envolvendo outras instâncias de poder decisório, como pode ser apreendido neste discurso:

(...) O aluno é apresentado no campo de estágio e como desafio vai passar por um período de experiência, onde vão ser avaliados pelos enfermeiros de campo e ao final do estágio o enfermeiro do serviço como avaliação, apresentam se eles são contratados ou não pelo serviço (...) A gente tem observado que sempre tem saído trabalhos que acrescentam para o serviço (...) O aluno vê o problema (...) desenvolve o trabalho e entrega para o pessoal do Ambulatório (...) Para exemplificar, os alunos fizeram um Projeto para reforma da Lavanderia que foi encaminhado à Câmara dos Vereadores para a votação e daí para Brasília (...) S4.3. sc

Grupo focal dos enfermeiros de serviço

Síntese: *A parceria ensino e serviço na perspectiva dos enfermeiros do hospital alcança a discussão no que se refere a oferta de cursos de pós-graduação para a enfermagem a custos viáveis e com ampla divulgação. Considerando ainda oportunizar vagas para a capacitação dos enfermeiros de serviço das instituições parceiras. Revelam em momento de desabafo a expectativa da instituição de saúde pela cobertura do campo pelos alunos e docentes, como minimizadora da sobrecarga dos serviços, oferecendo suporte na assistência à clientela.*

Apresentação dos discursos dos enfermeiros de serviço do hospital

Os enfermeiros de serviço do hospital esperam da instituição de ensino a oferta de cursos de pós-graduação para a Enfermagem, oportunizando a capacitação dos enfermeiros de serviço das instituições parceiras, como está desvelado no recorte da fala de um dos sujeitos

(...) Nós sentimos falta de cursos de pós-graduação para a Enfermagem, posto que há 02 cursos de Enfermagem na cidade, um federal e um particular (...) E, quando há algum curso, foge ao nosso alcance, pois, o custo é alto ou passou a data da inscrição (...) S2.4. hosp

Outra expectativa do grupo dos enfermeiros do hospital em relação a parceria ensino e serviço é com respeito a cobertura do campo pelos alunos e docentes o que lhes confere certa confiança pelo suporte dado à assistência:

(...) Quando os acadêmicos e os professores estão na casa, é ótimo!!! (...) Nesses momentos, acontece cobertura de todos os setores por um enfermeiro docente e os alunos dando a maior cobertura para a assistência (...) S2.4.hosp

(...) É isso mesmo, os professores e alunos ficam na chefia das unidades e nós os enfermeiros na supervisão geral (...) S2.2.hosp

Parceria ensino-serviço na perspectiva dos enfermeiros da saúde coletiva

Síntese: *No grupo focal dos enfermeiros da saúde coletiva a parceria ensino e serviço ganhou relevância nas discussões entre os sujeitos. Como os da área hospitalar, os enfermeiros da saúde coletiva entendem a importância da educação continuada dos enfermeiros de serviço, no que se refere as questões pedagógicas e as inovações das Políticas de Saúde. Sugerem para tanto, a realização de encontros, trocas de conhecimentos, vivências entre docentes-enfermeiros de serviço-alunos.*

Apresentam também, que as parcerias da escola com alguns campos, favorecem o aluno para organizarem, sistematizarem alguns programas, protocolos de serviço, oportunizando o desenvolvimento de competências gerenciais ao aluno no estágio curricular. Conferem ainda, para direcionar os Trabalhos de Conclusão de Curso para as

demandas dos serviços, o que geram questionamentos, sugestões, propostas, cujos resultados retornam aos locais de origem.

Apresentação dos discursos dos enfermeiros da saúde coletiva

Tanto no grupo focal dos enfermeiros do hospital como no da saúde coletiva a busca pela atualização e pela continuidade da educação é colocada como compromisso da instituição formadora com a instituição de saúde, parceira nos convênios para os campos de estágio como é apresentado nos recortes destas falas:

(...) Eu proponho um intercâmbio entre a escola, que é o órgão formador e quem está responsável pelo campo onde o aluno se insere na prática (...) Eu acho que deveria ter encontros periódicos para estar conversando (...) Eu não chamaria de cursos, mas, para troca de idéias, para a gente estar mais integrada (...) Eu diria educação continuada (...) S3.2.sc

(...) Pra gente não ficar tão distante assim (...) a educação continuada seria uma estratégia (...) S3.6.sc

(...) O aluno hoje tem Política de Saúde, nós, enfermeiros, não tivemos (...) Como é que eu posso estar lá na ponta acompanhando a formação desse novo profissional que amanhã vai estar no mercado de trabalho? E, a minha participação, ela é muito efetiva. Na verdade, a gente dá o que tem! (...) S3.5.sc

(...) A Escola faz o convênio com a Prefeitura, com a Secretaria de Saúde. A Prefeitura tem um compromisso com a Escola e vice-versa (...) S3.4.sc

(...) No contexto dessa parceria ensino-serviço (...) Eu acho assim (...) Nós não temos um curso de capacitação. Nós não temos absolutamente, nada (...) S3.2.sc

Outro enfoque dado à parceria ensino e serviço é aproveitar o conhecimento do aluno para organizarem, sistematizarem alguns programas do serviço, o que possibilita o desenvolvimento de competências gerenciais aos mesmos.

(...) Em nosso Ambulatório, nós conseguimos que os alunos fizessem o que é competência do enfermeiro, o que é do técnico, o que é do auxiliar, localizando eles dentro de cada programa. Não tinha nada escrito. Nós, enfermeiros e os alunos é que tivemos que escrever (...) O aluno se dispõe, ele se dispõe (...) S3.2.sc

(...) Nós também, conseguimos montar as rotinas do Programa de Ginecologia com os alunos do Estágio Curricular. A determinação do papel do enfermeiro na ginecologia foi fundamental (...) Foi ótimo a presença em campo desse aluno, que tem espírito de pesquisa, de ajuda, de querer modificar, de melhorar a qualidade do atendimento (...) S3.4.sc

(...) Eu acho que as escolas tinham que ajudar. Nós, da ponta, nós de serviço precisamos desse intercâmbio para ajudar a organizar os serviços, a sistematizar os Programas, a organizar os dados estatísticos (...) S3.1.sc

(...) O aluno do último ano, já tem uma formação melhor, ele gosta de maior liberdade. Se ele for um bom aluno ele domina o serviço e ajuda com o conhecimento (...) Aliás, grande parte das rotinas do Ambulatório, senão a maioria foram os alunos que fizeram (...) Há uma troca (...) No que se refere à experiência (...) o enfermeiro do campo tenta passar maior resolutividade para ele como acadêmico (...) em contrapartida o espírito crítico dos alunos trouxe um desenvolvimento para nós (...) S3.3.sc

Os enfermeiros da saúde coletiva apontam o direcionamento dos Trabalhos de Conclusão de Curso para as necessidades dos serviços aos quais os alunos estão inseridos, como outra estratégia importante para a inserção do aluno à realidade profissional e o

fortalecimento do serviço, aumentando ainda mais a integração enfermeiro-aluno-docente e a parceria ensino-serviço, como explicitado em alguns recortes dos discursos:

(...) Uma outra coisa que a gente percebeu foi a contribuição do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Como a gente cresce com o TCC !!! Principalmente, quando eles escolhem fazer relacionado ao nosso trabalho
(...) S3.2.sc

Categoria 2 - Práxis Profissional: cenário das práticas gerenciais.

Subcategoria 2.1 – Organização do trabalho em saúde e na enfermagem.

- Organização do processo de trabalho gerencial do enfermeiro

Grupo Focal dos Acadêmicos de Enfermagem.

Síntese: *Na perspectiva dos acadêmicos de enfermagem apreendem que o maior contato do aluno acontece com o processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, principalmente na área hospitalar. Com isso, a construção do saber gerencial favorece a dimensão das habilidades técnicas assistenciais e não oportuniza as dimensões ético-políticas, as relações interpessoais, multiprofissionais e a própria dimensão técnica específica da administração.*

Apontam que a atuação administrativa do aluno é diferente do enfermeiro de serviço e, que no processo de trabalho gerencial sob o domínio do administrador, a autonomia do enfermeiro, encontra-se limitada.

O aluno entende que o domínio de conhecimento confere a ele autonomia e o insere nas relações de poder. Percebe a importância do enfermeiro na organização do trabalho da enfermagem na sistematização da assistência e do serviço, reconhecendo a liderança do enfermeiro em relação a equipe de enfermagem.

No entanto, identifica no cotidiano das práticas na unidade de internação hospitalar que o enfermeiro não atende a expectativa de tomada de decisão e resolutividade que o serviço exige. O que lhe deixa aquém das competências requeridas pelo perfil do enfermeiro para os paradigmas deste novo século e determinados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do enfermeiro.

Apresentação dos discursos dos acadêmicos de enfermagem em relação a organização do trabalho gerencial do enfermeiro.

Na perspectiva dos acadêmicos de enfermagem apreendem que durante a formação, o maior contato do aluno é com o processo de trabalho dos auxiliares e dos técnicos de enfermagem, principalmente na área hospitalar. Confere assim, pouca oportunidade para o

desenvolvimento das dimensões do saber gerencial do enfermeiro, ficando mais atrelado à dimensão assistencial, ao exercício de técnicos assistenciais, como se desvela nos trechos de falas:

(...) No hospital, pela estrutura, a gente trabalha mais com os técnicos e auxiliares (...) nós somos tratados pelos funcionários como técnicos e auxiliares (...) a gente não sabe tudo, mas quer participar mais (...) a gente não pode ser técnico, nem pode treinar a ser enfermeiro com os funcionários (...) agindo como técnico, como auxiliar, fica só na teoria e a gente não sabe como interagir com as questões administrativas do serviço. S1.1, S1.7.

Na superação, tentando vencer a falta de experiência com o processo de trabalho gerencial do enfermeiro, ocorre a integração em campo de alunos em atividades práticas e em estágio para o desenvolvimento de funções gerenciais, conformando competências específicas:

(...) a integração com os estágios e as práticas acho que é válido, pelo campo de estágio ser fechado, a gente estar trabalhando junto com os técnicos e auxiliares da instituição. S1.4.

Apresentam que a atuação administrativa do aluno é diferente do enfermeiro de serviço e, que no processo de trabalho gerencial sob o domínio do administrador, a autonomia do enfermeiro, encontra-se limitada:

(...) A gente pratica aquela supervisão e chefia de setor, mas é diferente quando a gente olha a enfermeira (...) o papel da enfermeira do hospital (...) S1.7

(...) A enfermagem do setor não dá visão do geral, pois, a enfermeira do hospital não está fazendo o que eu estou fazendo e eu não tenho oportunidade de fazer o que ela faz. S1.7

(...) a função administrativa, no hospital, muitas vezes, não está na mão dos enfermeiros. Às vezes, tem outra autoridade manipulando. Ele (o enfermeiro) não tem autonomia. É mais difícil a gente estar fazendo cobranças. S1.10

O aluno entende que o domínio de conhecimento confere a ele autonomia e o insere nas relações de poder:

(...) a gente tem que partir do pressuposto que tem que saber para ter o respeito de todos (...) as pessoas passam a ter muita liberdade com a gente e a pegar muito no pé daquilo que a gente não domina (...) dominar aqueles assuntos exigidos é uma postura que o enfermeiro deve ter dentro de um setor. S1.4

Na discussão, acrescentam que na organização do trabalho da enfermagem o enfermeiro é fundamental na sistematização da assistência e do serviço, sendo reconhecido a liderança do enfermeiro em relação a equipe de enfermagem.

(...) O enfermeiro trabalha em equipe e é aquele que sistematiza as atividades e a assistência dando respaldo ao processo de trabalho. E, por ventura, na ausência dele, os funcionários podem estar desenvolvendo o serviço. S1.4

No entanto, identifica no cotidiano das práticas na unidade de internação hospitalar que o enfermeiro não atende a expectativa de tomada de decisão e resolutividade que o serviço exige. O que lhe deixa aquém das competências requeridas pelo perfil do

enfermeiro para os paradigmas deste novo século e determinados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do enfermeiro:

(...) a gente mal vê o enfermeiro passando na ala que você está durante o plantão inteiro. Mesmo com a ala cheia, com pacientes graves que necessitavam da presença do enfermeiro ou pelo menos da orientação para os funcionários do que fazer naquela situação (...) Isso a gente não vê lá em alguns profissionais, enfermeiros. S1.5

Grupo Focal dos Docentes

Síntese: Os docentes apresentam a autonomia não como uma conquista, mas como limitadora na conformação das competências gerenciais do aluno. Referem que na instituição hospitalar e na UBS há pouca autonomia tanto para o aluno como para o docente. E conferido maior liberdade de ação na gerência da assistência, enquanto, que, na gerência administrativa o aluno não tem abertura para atuar no processo de trabalho gerencial dos enfermeiros da instituição, atendendo a expectativa da instituição pela força de trabalho dos alunos e docentes.

A grande demanda do setor nos campos de estágio prioriza a assistência, o que reflete na pouca cobrança da parte administrativa pelo docente supervisor de estágio. Agrava-se, ainda, pelo número insuficiente de dias para o aluno desenvolver a chefia e a supervisão e, pelas diferenças individuais dos alunos, que tem potenciais diferentes para desenvolver as atividades gerenciais. Como também os docentes com maior experiência na assistência, e com pouco domínio nas questões administrativas, privilegiam a supervisão das práticas e estágios para as questões assistenciais.

É apontado por um docente da saúde coletiva que a parte administrativa dos serviços de saúde está na dependência das Políticas Públicas do município que “engessa”, “limita” o processo de trabalho gerencial do enfermeiro, interferindo na autonomia de ação do profissional.

Acontece ainda que os serviços de saúde não tem gerenciamento de Enfermagem próprio e, a capacitação gerencial do gerente é pouca ou nenhuma, implicando na pouca resolatividade e na limitação das tomadas de decisão.

Outro aspecto abordado é o trabalho em equipe favorecendo a interação entre os vários profissionais.

No entanto, encontra-se limitando o exercício do processo de trabalho do enfermeiro as relações de poder determinadas pela hegemonia médica.

Apresenta como estratégia trabalhar com os alunos como gerenciar as situações de conflitos e a desenvolver a negociação.

Apresentação dos discursos dos docentes

O docente aponta que na gerência administrativa o aluno não tem abertura para atuar no processo de trabalho gerencial dos enfermeiros da instituição:

*(...) Nós não temos “aquela” atuação (...) principalmente na área hospitalar
(...) o aluno não consegue, não lhe é permitido atuar junto à Administração,
junto ao processo de trabalho do enfermeiro (...) levantando, problemas,
atuando, intervindo (...) S4.9 hosp*

Atribui a pouca ou nenhuma autonomia por serem os campos de estágio conveniados, pois, a IES não tem campos próprios:

*(...) Eu acho que uma das maiores dificuldades é porque nós não temos
muita autonomia em serviço (...) todos os nossos campos são conveniados
(...) S4.9 hosp*

Apresenta que no campo hospitalar há maior autonomia para o aluno e o docente na gerência da assistência, atendendo a expectativa da instituição.

(...) Enquanto é na assistência nós temos liberdade de ação, mas, quando é na administração, eu acho que torna-se um pouco utópico. Não dá para o aluno vivenciar uma administração. Ele administra os colegas, a equipe institucional de ensino (...) S4.9 hosp.

(...) Na área hospitalar, eu sinto que existe uma “certa cobrança” do docente estar ali com o aluno para cumprir um serviço, para dar conta de um setor (...) a parte assistencial, eu sinto que existe muita cobrança (...) o campo é de vocês, vocês tem que colocar o aluno, vocês tem que dar conta desse setor (...) a gente está ali para tocar o setor, a gente fica totalmente responsável pelo setor (...) a gente tem toda autonomia, o aluno faz tudo, nada é vetado, mas, na parte assistencial. S4.12 hosp

O docente da saúde coletiva refere como dificuldade que o ambiente hospitalar é fechado e, com isso, permite maior domínio de espaço pelos docentes e alunos, enquanto que, na saúde coletiva são vários campos de estágio, dificultando o domínio do espaço.

(...) No hospital, você “fecha as portas”, quer dizer, você ainda domina o espaço. Na administração na rede pública você não domina nenhum espaço. Um dia, um espaço aqui, outro dia lá (...) S4.11 sc

Outra dificuldade apontada pelo docente da saúde coletiva é a dependência das Políticas Públicas do município para o processo de trabalho gerencial que limita a atuação do enfermeiro, do aluno e do docente, interferindo na autonomia de ação do profissional.

(...) O que o aluno não consegue fazer dentro da parte administrativa, eu acho que é uma questão que independe de ter um campo próprio ou não, é a questão das próprias Políticas Públicas (...) Hoje, dentro das Políticas

Públicas o que vai acontecer, vai estar sempre ligado à questão municipal (...) mesmo que a escola tenha um Ambulatório para colocar o aluno, para gerenciar, a gente também tem que estar seguindo essa regra municipal. Não vai dar para fugir disso, porque essa é uma Política Pública. S4.8 sc

É colocado na discussão que as instituições de serviço de saúde na rede básica não tem gerenciamento de Enfermagem próprio, e a formação gerencial do gerente está aquém da demanda, como também, o que o aluno não tem acesso no hospital é em relação às questões referentes à Administração Geral do hospital. No entanto, o aluno gerencia a assistência e a unidade no hospital, e tem acesso às questões administrativas da UBS.

(...) As próprias instituições de serviço não tem um gerenciamento de enfermagem próprio (...) há um gerente e este faz (...) na realidade, muitas, vezes, se tem um gerente de unidade que não tem formação gerencial (...) S4.8 sc

(...) toda a questão que é dada sobre informatização na teoria fica muito utópico, porque ele não vê isso na prática (...) a questão das AIH, as autorizações de internação hospitalar, que mesmo dentro do hospital, nem o enfermeiro da instituição mexe com isso (...) isso está ligado à parte da Administração Hospitalar (...) o aluno, fica mais nessa questão de relatórios, pedir material, passagem de plantão (...) S4.8 sc

(...) há abertura para os alunos estarem participando de várias atividades de gerenciamento da unidade, tanto no hospital como na unidade básica de saúde. S4.8 sc

Os docentes evidenciam na discussão que a grande demanda do setor nos campos de estágio prioriza a assistência, o que reflete na pouca cobrança da parte administrativa pelo docente supervisor de estágio. Agrava-se ainda, pelo número insuficiente de dias para o

aluno desenvolver a chefia e a supervisão durante as práticas e, pelas diferenças individuais dos alunos, que tem potenciais diferentes para desenvolver as atividades gerenciais. Como também, os docentes com maior experiência na assistência e com pouco domínio nas questões administrativas, privilegiam a supervisão das práticas e estágios para as questões assistenciais:

(...) O docente não tem tempo de estar cobrando a visão administrativa do aluno. Ele fica realmente muito assistencial (...) Aí entra a questão de tempo. Se eu tenho um setor todo sob minha responsabilidade, dependendo do dia, da demanda ali, você não tem tempo de cobrar nada “dessa” parte administrativa. É cada um trabalhando num local. E a gente (docente) tendo que dar conta dos 5, 6 ou 7 alunos que estão ali em campo. S4.12 hosp

(...) No final do semestre, você percebe que tiveram alunos que passaram só 3 dias na administração e ao término desses, eles passaram na chefia ou na supervisão e não conseguiram, não deram conta, nem de observar o setor. S4.6 hosp

(...) Quando você pega um aluno que tem “aquela” liderança nata, ele já se desenvolve, você fica mais tranquilo, porque ele conseguiu pegar as orientações que você passou (...) Mas, quando você pega um aluno que não tem muita liderança, não dá muita conta, ele chega no final do plantão, ele não conseguiu captar a administração. Você sabe que ele não conseguiu (...) S4.6 hosp

(...) Chega no final do plantão, ele vai passar o plantão, você percebe que ele não dá conta nem de dominar o que tem os pacientes, nem o que é para passar no plantão (...) ele não teve aquela visão que teria que ter tido durante o estágio de Administração. S4.6 hosp

Fica difícil, reitera o docente que não é da área da Administração fazer a supervisão do aluno na função administrativa.

(...) É complicado você dar conta dos 5 alunos que estão fazendo assistência e dar conta dos 2 que estão na supervisão e dar realmente uma visão administrativa (...) acabando o plantão, eu fico pensando (...) será que eu dei conta de fazer com que os meninos da administração, que é a primeira vez que estão indo para a prática, conseguiram captar um pouco da administração da unidade (...) S4.6 hosp

Outro aspecto que envolve o processo de trabalho gerencial do enfermeiro é o trabalho em equipe, favorecendo a interação entre os vários profissionais.

(...) Eu acho importantíssimo a gente trabalhar com a parte de equipe. A interação entre várias profissões, os vários profissionais no trabalho em equipe. S4.2 hosp/sc

No entanto, gera um debate entre alguns docentes quando se aborda que no campo de estágio, encontra-se limitando o exercício do processo de trabalho do enfermeiro as relações de poder determinadas pela hegemonia médica. Para tanto, propõem trabalhar e a desenvolver a negociação.

(...) o aluno deve ter preparo para realidade (...) Eu acho que fica meio no que deveria ser (...) o aluno tem que saber que tem problema de equipe, que o médico não aceita você (enfermeiro) dar palpite nele, o outro profissional não aceita que você entre na área dele (...) esses nós, eles encontram (...) S4.2 hosp/sc

(...) Eu já acho que essas diferenças ficam muito claro durante o curso. A vivência que ele tem, já mostra que a equipe não funciona direito. Eu acho que ele sai com essa vivência (...) S4.8 sc

(...) Acho que deveria ser mais pontual, deveria saber o que fazer nesses casos (...) saber pontuar os problemas que a gente encontra na prática, porque quando ele se encontra numa situação dessa, ele não tem noção do que fazer. S4.2 sc/hosp; S4.8 sc

Pontuam também trabalhar a competência para a tomada de decisão que conforma o perfil gerencial do enfermeiro.

(...) Eu acho que na Administração, atualmente, a gente trabalha muito com a tomada de decisão, principalmente em função da municipalização, da descentralização (...) deve voltar para a parte mais prática de atividade administrativa (...) desenvolver a tomada de decisão (...) S4.2 hosp/sc

Grupo Focal dos Enfermeiros da Saúde Coletiva

Síntese: *No grupo focal dos enfermeiros da saúde coletiva depara-se durante a discussão com o enfoque Político nas falas como fator determinante no processo de trabalho gerencial do enfermeiro em saúde coletiva.*

É apresentado que a organização dos serviços de saúde prioriza o modelo assistencial curativo, com investimento na tecnologia de ponta e, pouco investimento na Atenção Básica.

Explicitam assim, em seus depoimentos, o impacto da Política de Saúde (SUS) com a política administrativa institucional (SMS) determinante na organização dos serviços de saúde.

Referem sobre a pouca ou falta de autonomia para a atuação do enfermeiro dentro dos Programas e do Serviço de Saúde face às relações de poder entre o serviço de

Enfermagem é o Serviço Médico, e a hegemonia médica nos Programas de Saúde, refletindo em pouca resolutividade no dia-a-dia e em pouca integração multidisciplinar.

Apontam para a falta de definição de papéis, compromissos e responsabilidades, ou seja, as linhas de autoridade e responsabilidade não estão definidas e a resolução de problemas está centrada na figura médica, conferindo pouca autonomia e resolutividade ao enfermeiro em serviço.

Apresentação dos discursos dos enfermeiros da saúde coletiva.

Na perspectiva dos enfermeiros dos serviços básicos de saúde o processo de trabalho gerencial encontra-se fortemente limitado pelas questões Políticas que envolvem a Política Institucional Municipal (SMS). Apontam que a organização dos serviços de saúde prioriza o modelo assistencial curativo, com investimento na tecnologia de ponta, com pouco investimento na Atenção Básica o que cria impacto face à Política de Saúde preconizada pelo SUS caracterizada pelo Modelo Assistencial de Atenção Básica que prioriza a formação de recursos humanos para a saúde e, como os serviços de saúde estão desorganizados para desenvolvê-los:

(...) O município de Alfenas, com os estudantes todos, se destaca pela assistência curativa. Nós temos a tecnologia de ponta. Nós temos do secundário para frente, mas o nosso básico, que é a nossa Atenção Básica, nós não temos (...) nós não temos nada (...) nada sistematizado (...) S3.1, S3.3.

Durante a discussão do grupo, o foco se direciona para a pouca ou nenhuma autonomia para a atuação do enfermeiro nos Programas e nos Serviços de Saúde, face as relações de poder entre o Serviço de Enfermagem e o Serviço Médico, e a hegemonia médica nos Programas de Saúde, refletindo em pouca resolutividade no dia-a-dia em pouca integração multidisciplinar, evidenciando uma práxis reiterativa, o que gera nos sujeitos

certa insatisfação, pela limitação para estar construindo em direção aos novos paradigmas norteados pela proposta do SUS, na qual o usuário é o centro do cuidado e não o procedimento.

(...) Não adianta nada eu ter uma bagagem maravilhosa se eu chegar lá dentro de quatro paredes para trabalhar e, não poder fazer nada (...) Eu querendo ou não, eu vou ficar amarrada e o meu conhecimento que era grande vai diminuindo. Eu vou ficar limitada, parecendo que não fiz nada. O serviço não me proporciona, o restante da equipe não me proporciona. Nós não temos liberdade de atuação. S3.1

(...) No caso da Ginecologia, em que as mulheres estavam com dificuldade para fazer o preventivo, porque não conseguiam vaga para a consulta (...) A partir do momento que eu enfermeira comecei a colher o preventivo, facilitou o acesso das mulheres no Ambulatório (...) mas será que é só colher? E o resultado? A gente não pode, a gente não tem autonomia para pedir exames, a gente não pode diagnosticar (...) não há resolutividade, o que vai dificultando o nosso serviço. S3.4, S3.6, S3.5.

(...) Lá no Ambulatório, no Programa da Tuberculose (...) quem diagnostica é a baciloscopia, mas tem que se fazer (...) Se eu preciso pedir um exame BAR, a gente fala “fulano de tal” pede para mim. Porque a gente não pode pedir (...) a Secretária Municipal de Saúde não aceita (...) a gente tem vontade (...) mas não consegue avançar muito (...) não há resolutividade (...) o que vai dificultando o nosso serviço. S3.2

Neste foco de discussão, os enfermeiros sugerem a elaboração de protocolos de serviço como estratégia para aumentar a autonomia dos enfermeiros nos Programas de Saúde, no entanto, acrescentam que esta autonomia pode ser conquistada no cotidiano do processo de trabalho pela equipe buscando sistematizar o serviço, favorecendo a maior

resolutividade no dia-a-dia de trabalho. Contudo, que entendem é fundamental o respaldo, o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

(...) Não sei se é porque não tem os protocolos (...) eles é que dão esta autonomia. Então, acaba tendo autonomia o Programa que tem protocolo, como por exemplo, o da Hanseníase. S3.1

(...) O Programa de Hanseníase tem Protocolo que não foi oficializado. Foi feito com a supervisão nossa, com o aluno da Enfermagem. A gente tem uma rotina de trabalho que não tem nada a ver com o Protocolo, a qual foi conquistada aos poucos pela equipe que trabalha ali (...) Tem a equipe, mas não tem autonomia (...) S3.3, S3.2.

(...) Eu acho que um “olhar diferente” da Secretaria Municipal de Saúde seria o caminho para a autonomia e resolutividade do serviço. S3.2

Os enfermeiros reiteram que a falta de autonomia do enfermeiro no gerenciamento dos serviços está vinculado ao componente político num âmbito estrutural, que influencia as relações de poder e autoridade, e que os níveis hierárquicos e de responsabilidade pelo controle devem ser claros e efetivos nas relações de trabalho:

(...) Nós não temos nem autonomia para contratar funcionários (...) nem para demitir (...) Se o funcionário é ruim, é ruim (...) tem situações muito embaraçosas para a gente (...) A gente tem que ficar com aquele funcionário, não podemos demitir e não se tem autonomia (...) S3.7

(...) A questão é política (...) política de gerenciamento. A gente não tem autonomia de gerenciamento. Não existe autonomia. S3.3, S3.4, S3.6.

(...) O Ministério da Saúde manda para/na Secretaria de Estado da Saúde, que manda para/na Gerência Regional de Saúde, que manda para/na Secretaria Municipal de Saúde (...) S3.2

(...) A supervisão tem que ter gente!!! (...) É preciso ter clareza (...) Eu acho que tem que ter muita mudança. S3.4

No entanto, entendem também que na dimensão particular do serviço de saúde, acontece falta de definição de papéis, compromissos e responsabilidades entre os profissionais da equipe de saúde, ou seja, as linhas de autoridade e responsabilidade não estão definidas e a resolução de problemas está centrada na figura médica, conferindo pouca autonomia e resolutividade ao enfermeiro em serviço, como se desvela pelas falas:

(...) Ah! Vocês não estão fazendo baciloscopia? É comigo que vocês vem falar isso? Vai falar com o Doutor! Mas, ninguém “empeita” o Doutor. Então, porque vem falar para mim (...) Eu (enfermeira) não posso resolver. É difícil (...) Então, eu estou quieta, eu não tenho nada com isso. Eu não tenho nenhuma autonomia para isso (...) S3.2

(...) A enfermeira não tem autonomia para resolver, se tivesse seria bom (...) Fala com quem pode! O Doutor (...) S3.3, S3.4, S3.2.

É importante apontar nesses trechos de fala uma postura de “sufocação” pela prática hegemônica médica, o que acaba utilizando para justificar qualquer possibilidade de relação interdisciplinar na equipe de saúde, sendo que a multidisciplinar ainda se mantém na práxis reiterativa, hegemônica do poder pelo saber médico.

Grupo Focal dos Enfermeiros do Hospital.

Síntese: *O enfermeiro do hospital refere como fator limitante no processo de trabalho gerencial a atuação no modelo de supervisão polivalente. Neste enfoque, a atuação gerencial do enfermeiro na supervisão geral é emergencial, para resolver problemas de materiais, medicamentos, pessoal, sendo apresentado pelo enfermeiro do hospital como*

sendo um “bombeiro” que “apaga fogo” a todo momento, caracterizando uma prática reiterativa conforme o modelo da gerência científica, funcional, burocrática, fiscalizadora.

Na formação, na perspectiva do enfermeiro de serviço em área hospitalar, é possível desenvolver a competência gerencial e alcançar a área de domínio e atuação reconhecidas, na chefia de setor. Com isso, é possível, na chefia de setor desenvolver o processo de trabalho gerencial no serviço e na assistência e, apontam que no setor restrito conseguem maior controle em relação a gerência de conflitos, de serviço e de assistência.

Prosseguindo neste foco da discussão é colocado que na formação, o enfermeiro desenvolve o saber gerencial junto ao técnico e ao auxiliar de enfermagem, junto à assistência. Com isso, fica difícil fazer o link da gerência da assistência com a gerência do serviço, caracterizando o que seria facilitador da assistência, como sendo fatores dificultadores. A gerência burocrática e funcional é uma tradição que vem desde Florence, desde a Enfermagem Moderna em que é reconhecida como profissão.

Evidencia-se, na atuação gerencial do enfermeiro, a dicotomia do processo de trabalho assistencial e gerencial. Assim, questiona-se será que o enfermeiro conhece o processo de trabalho assistencial e gerencial?

O corre realmente desvio de função do enfermeiro na gerência de serviço ou o que acontece é o despreparo para a função gerencial nas dimensões do conhecimento específico, ético-político e relacional, comunicativa para a gerência da assistência, de serviço, com pouco ou nenhum suporte para a gerência de conflitos e negociação.

O enfermeiro acrescenta ainda que ocorre pouca atuação do enfermeiro na gerência da assistência; as prescrições de enfermagem são verbais; a sistematização da assistência é uma utopia, o pessoal técnico-assistencial seguem protocolos de atendimento independente do enfermeiro.

Nesses desencontros, potencializados pela sobrecarga de serviços e responsabilidades, pela atuação emergencial, sem perspectiva para mudanças, e pela subordinação ao poder centralizado na política administrativa da instituição, e na relação de poder e subalternidade pela hegemonia do saber médico, o enfermeiro apresenta um

relato de estresse no trabalho gerencial, apontando para a insatisfação, a depressão, a acomodação.

Acréscita que o domínio do conhecimento pelo enfermeiro, confere segurança, confiança e respeito à equipe de enfermagem, configurando-se numa relação de poder e autonomia do enfermeiro junto à equipe de trabalho.

No entanto, a atuação ainda é marcada pelo desconhecimento da identidade profissional do enfermeiro pelo cliente, o que é tolerado e entendido pelo enfermeiro, mas também, falta clareza e reconhecimento pela equipe multiprofissional, o que lhe gera um relação de dor e frustração, talvez pela falta ou insuficiência de suporte para a gerência de conflitos e pouca importância dada ao desenvolvimento da inteligência emocional que subsidiariam oportunizar a conquista de espaços, superar diferenças, dificuldades, e delinear o papel gerencial.

Apresentação dos discursos dos enfermeiros do hospital.

O enfermeiro do hospital refere como fator limitante no processo de trabalho gerencial a atuação no modelo de supervisão polivalente. Neste enfoque, a atuação gerencial do enfermeiro na supervisão geral é emergencial, para resolver problemas de materiais, medicamentos, pessoal, sendo apresentado pelo enfermeiro do hospital como sendo um “bombeiro” que “apaga fogo” a todo momento, caracterizando uma prática reiterativa conforme o modelo da gerência científica, funcional, burocrática, fiscalizadora, diferente do modelo que a escola quer formar, como desvela estes trechos de falas:

*(...) Na supervisão geral, não é o melhor modelo, mas é o que a gente tem e o que se pode fazer (...) O ideal seria ter um enfermeiro em cada unidade
(...) Mas, isso não vai acontecer. S2.4
(...) O que acontece quando não tem estágio, é que nós não somos enfermeiros, somos “bombeiros”, nós simplesmente apagamos fogo (...) os*

alunos apavoram tanto que a gente (enfermeiro) é chamado. Mas, eles não sabem que muitas vezes, é por causa de um plasma, um gelco, etc (...) S2.2
(...) a gente é chamada, anunciada de cinco em cinco segundos no hospital todo. (...) Eu não posso pedir ao aluno que me acompanhe, que fique comigo a noite toda. Vamos deslocar para lá, vamos deslocar para cá. Vamos ser “bombeiros”. Vamos “apagar o fogo”. Vamos atender às intercorrências, às solicitações, vamos fazer a supervisão geral. Vamos fazer o que eu faço. O meu modelo não é o modelo da escola. S2.4

(...) Na prática, “eles” não querem ver você (enfermeiro) atuando na assistência, sua função é inteiramente burocrática. Você vai (...) vigiar o funcionário, vigiar a função dele, o que ele está fazendo de correto ou errado e mais nada do que isso. A função é extremamente essa, supervisionar o funcionário, vigiar o que ele faz, só que extrapola (...) S2.1
(...) isso acontece aqui, na instituição que trabalhei, no campo de estágio na faculdade onde me formei (...) S2.1

O sujeito 2.1 manifesta em vários momentos de sua fala modelo gerencial funcional, burocrático, enfatizando o seu aspecto fiscalizador o que fortalece o foco sobre cumprimento de normas, rotinas, protocolos de serviço em detrimento do cuidado à clientela e de tudo que possa favorecê-la. Reitera, portanto, que o foco da gerência não é usuário, mas, o procedimento, o que distancia a atuação do enfermeiro para uma práxis transformadora:

(...) Na realidade, o enfermeiro fica preso à parte burocrática e esquece da parte assistencial (...) Eu não imaginava que o enfermeiro chefe, supervisor geral, atuasse de maneira tão burocrática (...) S2.1
(...) Nos hospitais que eu passei a divisão era setorial, você ficava com um único setor e mesmo assim a atuação era especificamente, exclusivamente

na parte administrativa, é burocrático mesmo (...) a função era a mesma, vigiar, vigiar a atuação (...) Era fazer a conferência de material e tudo mais (...) Você não tinha “aquele” contato mesmo com o cliente (...) Nas reuniões a discussão não era a respeito dos pacientes, mas, se resumia em falar mal dos funcionários, que ele fez isso, aquilo, aquilo tudo (...) S2.1

(...) Na formação do enfermeiro, o maior contato foi com a parte burocrática, não teve como interagir com o paciente (...) Você ficava mesmo por conta de supervisionar o serviço, o pessoal (...) na Administração mesmo, a gente fica só no burocrático. S2.5, S2.1.

(...) No estágio de Administração, o maior contato foi com a parte burocrática, não teve como interagir com o paciente (...) ficava por conta de supervisionar o serviço, o pessoal (...) S2.5

Na formação, na perspectiva do enfermeiro de serviço em área hospitalar, é possível desenvolver a competência gerencial e alcançar a área de domínio e atuação reconhecidas, na chefia de setor. Com isso, é possível, na chefia de setor desenvolver o processo de trabalho gerencial no serviço e na assistência, como também, apontam que no setor restrito conseguem maior controle em relação à gerência de conflitos, de serviço e de assistência, conforme apreende-se nos trechos das falas:

(...) a chefia de setor é um espaço restrito e possível de saber o que acontece (...) A princípio fiquei mais com a parte burocrática (...) Agora, nos últimos meses, aprendi muito da parte assistencial, que eu não sabia (...) Num setor só é bem mais fácil que na supervisão geral. É bem mais fácil para ver e fazer a parte burocrática e assistencial. Fica mais próximo. S2.3

(...) Como enfermeiro chefe de uma única Unidade você consegue supervisionar de igual para igual (...) Numa Unidade você atua, supervisiona, passa o plantão, sabe de tudo o que acontece muito bem (...) A

supervisão geral é que deixa a desejar em relação ao contato direto com o paciente (...) S2.4

(...) Eu comecei como chefe da Unidade. Eu demorei muito para fazer a supervisão geral (...) fui me desenvolvendo com o tempo, com o dia-a-dia da Unidade (...) no setor, era simples, eu estava ali, presente (...) S2.4

(...) Num setor fechado, restrito, como Bloco Cirúrgico, é mais fácil a convivência com os funcionários, do que no hospital inteiro (...) É mais fácil controlar as conversinhas, esclarecer, orientar (...) Eu tenho mais dificuldade quando estou na supervisão geral. S2.3

Prosseguindo neste foco da discussão é colocado que na formação, o enfermeiro desenvolve o saber gerencial junto ao técnico e ao auxiliar de enfermagem, junto à assistência. Com isso, fica difícil fazer o link da gerência da assistência com a gerência do serviço, caracterizando o que seria facilitador da assistência, como sendo, fatores dificultadores. A gerência burocrática e funcional é uma tradição que vem desde Florence, desde a Enfermagem Moderna em que é reconhecida como profissão.

Evidencia-se na atuação gerencial do enfermeiro a dicotomia do processo de trabalho assistencial e gerencial. Assim, questiona-se, será que o enfermeiro conhece o processo de trabalho assistencial e gerencial?

Ocorre realmente desvio de função do enfermeiro na gerência de serviço ou o que acontece é o despreparo para a função gerencial nas dimensões do conhecimento específico, ético-político e relacional, comunicativa para a gerência da assistência e de serviço, com pouco ou nenhum suporte para a gerência de conflitos e negociação. Esta reflexão advém, encontra as bases em parte das falas de alguns sujeitos:

(...) Antes de ser enfermeira, você é auxiliar, técnica e isso lhe dá vivência, visão de hospital. S2.2

(...) Existe uma diferença grande na atuação profissional do enfermeiro. A partir do momento que você está atuando como chefe de setor, você é só aquilo. A parte administrativa toda fica para a gente, enfermeiro (...) S2.1

(...) Quando a gente passa a ser supervisor existe uma diferença muito grande (...) Existe uma diferença grande na atuação do enfermeiro. Você é enfermeiro e não faz assistência. Você não tem contato direto com o paciente, atuação em tudo, nada (...) Você é só chamado quando é um procedimento mais complexo, alguma coisa (...) S2.1.

(...) No cotidiano, às vezes, eu ouço cada coisa que eu penso, não é a gente que deveria estar ouvindo isso e nem resolvendo (...) Será que sou eu a pessoa indicada para um médico falar de outro médico (...) acho que não compete a mim, estar passando para o diretor clínico, nem para a administração (...) na verdade é um desvio de função. S2.2

O enfermeiro acrescenta ainda que além de ocorrer pouca atuação do enfermeiro na gerência da assistência, as prescrições de enfermagem são verbais, a sistematização da assistência é uma utopia, o pessoal técnico-assistencial segue protocolos de atendimento independente do enfermeiro:

(...) Na gerência da assistência, o máximo que a gente consegue fazer é a prescrição verbal de enfermagem (...) com a Educação Continuada, o próprio funcionário vai entendendo e fazendo, independente do meu planejamento, da minha presença (...) Não precisa que eu planeje, ele sabe como deve fazer (...) É só ele seguir o protocolo de atendimento que ele conhece e prestar os cuidados de rotina (...) Porque ele é um profissional técnico. Ele tem que saber como agir. É a função dele, sim (...) Eu acho que a maioria sabe o que é a função dele (...) quando chega o paciente, ele tem que prestar os cuidados e não tem que esperar o enfermeiro. S2.2, S2.4

(...) Na verdade o que acontece é a prescrição verbal, sempre verbal. A gente chega e fala, é assim... assim... assim... isso... isso... E não acontece só aqui, até em hospital de primeira linha ainda é assim. Porque envolve tempo e, tempo é dinheiro (...) Esse “modelo” está em questão. S2.4

Nesses desencontros entre a assistência e a gerência, potencializados pela sobrecarga de serviços e responsabilidades, pela atuação emergencial, sem perspectiva para mudanças, e pela subordinação ao poder centralizado na política administrativa da instituição e na relação de poder e subalternidade pela hegemonia do saber médico, o enfermeiro apresenta um relato de estresse no trabalho gerencial, apontando para a insatisfação, a depressão, a acomodação.

(...) São nossas grandes dificuldades (...) o funcionário que trabalha mal (...) a gente vai trabalhando com ele na medida do possível (...) a gente é chamada, anunciada de cinco em cinco segundos no hospital todo (...) não tem tempo (...) é difícil manter a qualidade e o trabalho torna-se estressante (...) S2.4

(...) as dificuldades no dia-a-dia são muitas (...) não existe trabalho em equipe com médicos, fisioterapeutas (...) o médico continua sendo o centro das atenções de tudo (...) Você vive em função (...) Sua atuação vai dependendo do médico, do que ele prescreve (...) S2.1

(...) E esse “tal” Ato Médico (...) é porque “eles” estão perdendo espaço (...) “eles” não querem isso (...) “eles” querem ser individuais e o “resto” trabalhando em função do que eles prescrevem. Não existe discussão sobre o paciente em si, sobre o tratamento mais adequado, isso interfere na linha de pensamento (...) S2.1

O enfermeiro entende com esse depoimento que o modelo médico hegemônico, curativo, centraliza a atenção no procedimento, no protocolo e não no paciente, girando sempre ao redor do saber médico. Entende ainda que o pensamento crítico dos demais profissionais, o que contribuiria em muito o atendimento integral ao cliente fica “sufocado” face a resistência da hegemonia do saber médico sobre os demais saberes.

Confere ainda que a fragilidade desse status pelos novos paradigmas leva a classe médica a buscar suporte legal – o Ato Médico – para sobreviver à essa tensão gerada pela necessidade de atender as demandas sociais e partir para a flexibilização, a equipe participativa garantindo a integridade na assistência à saúde e a valorização do sujeito – o cliente como centro do trabalho em saúde.

Questiona-se se a formação médica prepara para os novos paradigmas e apontam para o conservadorismo que persiste:

(...) Os médicos mais antigos ainda mantêm certa resistência (...) existe conservadorismo ao modelo hegemônico (...) S2.3

(...) Às vezes, tem situação no cotidiano da gente que você conhece a patologia do cliente, sabe a gravidade do problema e você não pode (...) dependendo da hierarquia, do poder envolvido, não pode falar que sabe (...) S2.5

(...) “como se fosse uma secretária dele” (...) o que eu acho um absurdo (...) isso acontece desde a época que eu estudava (...) É a mesma coisa (...) Não muda (...) S2.2

Com esta fala a enfermeira retrata o antigo chavão da subalternidade à hegemonia médica, o que ainda tem evidentes sinais de persistência, principalmente com os médicos mais antigos que mantêm o conservadorismo.

No entanto, o enfermeiro do hospital compreende que deve valorizar as questões éticas e legais, que envolvem o trabalho em equipe, posicionado face à omissão, acrescentando:

(...) Isso de ficar quieto está errado, você se compromete, tem que falar, sim

(...) Porque quando a gente se omite também está sendo errado (...) S2.4, S2.5, S2.2

Aponta também que o domínio do conhecimento pelo enfermeiro confere segurança, confiança e respeito à equipe de enfermagem, configurando-se numa relação de poder e autonomia do enfermeiro junto à equipe de trabalho, os técnicos e os auxiliares de enfermagem, colocando-o na liderança da mesma, o que caracteriza a divisão técnico-social da equipe de enfermagem:

(...) Você tem que ter segurança em relação ao auxiliar, ao técnico. Porque se você mostrar que não sabe, ele fica inseguro com a gente. Perde a confiança e não tem produção boa. S2.2

(...) O profissional técnico ainda é o auxiliar e o técnico. Por isso, é que a gente (enfermeiro de serviço) tem que saber liderar (...) S2.4

No entanto, o enfermeiro apresenta que sua atuação no campo hospitalar ainda é marcada pelo desconhecimento da identidade profissional do enfermeiro pelo cliente, o que é tolerado e entendido pelo enfermeiro, mas também, falta clareza e reconhecimento pela equipe multiprofissional, o que lhe gera uma relação de dor e frustração, talvez pela falta ou insuficiência de suporte para a gerência de conflitos e a pouca importância dada ao desenvolvimento da inteligência emocional que subsidiariam oportunizar a conquista de espaços, superar diferenças e dificuldades e delinear o papel gerencial:

(...) O cliente em si não sabe qual é a minha função dentro do hospital (...) E a primeira pessoa que ele tem contato sou eu... O cliente vai chegar pra gente mesmo e fazer as reclamações, os pedidos (...) E você vai apontar para ele os caminhos, para que ele então vá buscar (...) Primeiro vem pra gente mesmo, não tem jeito de ser diferente, porque ele não sabe a quem procurar (...) Eu entendo, eu oriento, encaminho e pronto (...) S2.4

(...) minha “dor” maior de enfermeira não é o cliente me confundir. Eu não acho que ele tem que saber. Não é ele (...) minha dor maior é o profissional me confundir, o colega meu, o fisioterapeuta, o médico, o bioquímico, o assistente social (...) O paciente não, ele não sabe, ele é cliente (...) S2.4

(...) Essa mistura diária, de críticas erradas, para pessoas erradas, no setor errado. Isso dói (...) parece que você não tem função (...) Então, o que é a Enfermagem? É tudo!!! Não é verdade!!!! (...) A Enfermagem não é tudo. Nós temos funções bem definidas. Só que fica difícil para as pessoas enxergarem isso, mesmo os nossos colegas (...) Não é só aqui, acontece em qualquer serviço. É um cutucando o outro e se desrespeitando, o que é pior (...) S2.2 (...) Numa grande estrutura também acontece, não é muito diferente. É melhor, mas, não é tão diferente. S2.2

No processo de trabalho gerencial do enfermeiro no campo do hospital, é apontado o trabalho em equipe como facilitador para a gerência por alguns docentes, no entanto, outros sujeitos referem dificuldades, pela falta de interação nas relações interpessoais e multiprofissionais, atrelando à questão da autonomia conferida ao enfermeiro.

(...) O que facilita a atuação do enfermeiro é o trabalho em equipe (...) Você tendo uma equipe que você pode confiar (...) isso ajuda muito a vencer as dificuldades. S2.1

(...) Quando o serviço dá autonomia ao enfermeiro é diferente (...) você pode optar, sugerir, participar do tratamento do cliente (...) A equipe multidisciplinar se interage e há participação de todos, não trabalha isolado. E, assim fica mais fácil cuidar do cliente. S2.5

O enfermeiro atribui que na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e na Educação Continuada, consegue atingir maior autonomia junto aos demais profissionais da equipe:

(...) Existe maior contato do enfermeiro da CCIH e da Educação Continuada com os médicos e demais profissionais da equipe (...) Deveria ter enfermeiro exclusivo trabalhando nestas Comissões, o que não é nossa realidade (...) Eu não tenho pra quem apontar e não tenho tempo para essa função (...) S2.4 (...) A gente é chamada, anunciada de cinco em cinco segundos no hospital todo (...) S2.4

Com esta fala o sujeito, enfermeiro de serviço, reitera que o modelo de gerência científica, funcional, emergencial é fator para uma práxis transformadora.

Reflexão Final do Grupo Focal.

Os enfermeiros de saúde coletiva participantes do grupo focal pertenciam aos diversos serviços de Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde, Unidade Secundária, PSF, Vigilância Epidemiológica. Ocorreu uma representação de cada um em toda hierarquização.

Foram colocadas as questões de: autonomia, resolutividade, liderança, tomada de decisão, problematização do cotidiano e das demandas de cada serviço. E, a partir do momento que as demandas forem problematizadas no dia-a-dia e resolvidas em conjunto, se transforma naquele específico, naquele local, o qual se consegue transformar.

E com isso formar o aluno, aquele elemento crítico, agente de mudança para ser futuro profissional, que irá fazer a diferença. E vocês irão caminhar para frente do serviço. Houve durante o grupo focal vários momentos de consenso, como também, momentos que geraram polêmica, divergências de idéias.

– Políticas administrativas institucionais.

Grupo Focal dos Docentes.

Síntese: *Os docentes ao colocarem sobre as questões institucionais, abordam sobre a Política Administrativa da IFES e das instituições de serviço. É importante enfatizar que durante as discussões este enfoque surge espontaneamente e desencadeiam manifestações divergentes fomentando um debate com ricas contribuições.*

Em relação à Política Administrativa de recursos humanos da IFES, são apresentados vários aspectos envolvendo o professor substituto, como remuneração, carga horária, jornada dupla de trabalho, pouca inserção nas discussões do Projeto Pedagógico do curso, diferencial no peso das cobranças para o professor substituto, resistência do aluno na sua aceitação, curta periodicidade com trocas freqüentes.

Ainda em relação à Política Administrativa de recursos humanos da IFES é colocado sobre o número insuficiente de docentes da disciplina de Administração em Enfermagem e mesmo do quadro de docentes, ocorrendo em não ter docente exclusivo para o Estágio Curricular Hospitalar e de Saúde Coletiva, e o mesmo docente ter que supervisionar a prática e o estágio simultaneamente.

Quanto à Política Administrativa das instituições de serviço de saúde quer hospitalar, quer da rede básica, tratam-se de campos de estágio conveniados, pois, a IFES não tem campo próprio, o que gera nos docentes uma discussão sobre ser um fator limitante ou não para o desenvolvimento das atividades práticas e de estágio.

Em alguns locais a política da instituição de serviço não favorece o envolvimento do enfermeiro de serviço com o processo ensino-aprendizagem do aluno de enfermagem, pela própria filosofia das partes envolvidas, instituição de ensino e instituição de serviço de

saúde, não estarem “afinadas” em suas propostas. Como também, é limitado o número de alunos nos setores críticos, como CTI, CC, Berçário, Hemodiálise e nos campos da área de serviços básicos, sendo permitido escalonar um (01) a dois (02) alunos por campo, configurando um “leque” de locais para serem desenvolvidos os estágios, gerando um impasse face ao número de docentes do curso, a estratégia da parceria ensino-serviço na supervisão do aluno no Estágio Pré-Profissional, com a cobertura didático-pedagógica do docente e a preceptoria que se caracteriza pela supervisão indireta do docente que se traduz na presença do mesmo no serviço de maneira periódica, não contínua, como também, do professor estar na instituição como facilitador do processo ensino-aprendizagem, articulando nas situações em que o aluno não consegue superar, resolver sozinho e/ou com os enfermeiros e equipe de serviço, favorecendo a conformação e a consolidação de competências gerenciais para a prática. O escalonamento docente nos campos, permite que o Planejamento das Atividades do Aluno pela Comissão de Estágio e o docente responsável procure se adequar à demanda dos serviços para fortalecer a parceria, com feedback positivo para as partes envolvidas, como tentativa para se alcançar a formação e adequar a prática à perspectiva transformadora.

No entanto, é necessário apresentar a posição do COFEn, junto aos COREN's quanto à fiscalização nos serviços de saúde, atribuindo ilegalidade à supervisão de alunos por enfermeiros em seu horário de serviço, interferindo na autonomia das IES na formação de profissionais para a Enfermagem.

É fundamental, contudo, não generalizar, é imprescindível a verificação da real postura das escolas de graduação em Enfermagem quanto ao compromisso de Planejamento, supervisão e avaliação dos seus alunos em Estágio Curricular Pré-Profissional, e o cumprimento das práticas com supervisão direta docente, em campos hospitalar e de serviços básicos realizados previamente ao longo dos períodos anteriores de sua formação, oportunizando a vivência de situações reais com a profissão, com carga horária teórica e prática que favoreçam ao aluno o desenvolvimento de habilidades e competências gerenciais, que se solidificarão no Estágio Curricular e, que embasarão a

conformação de novas, estimulando o pensamento crítico e reflexivo para o saber, o fazer, o ser e o conviver em Enfermagem.

A generalização incorre em sérios riscos de penalizar um processo pedagógico face a busca ao caminho à práxis transformadora, distanciando a teoria da prática, dicotomizando ainda mais interesses entre instituição de ensino e instituições de serviço.

Deve-se clarificar a necessidade de fiscalizar a “formação em massa”, sem a real supervisão da IES, lançando no mercado pré-profissionais sem respaldo na complementação de sua formação com a oportunidade do pré-profissional em conquistar sua autonomia no processo ensino-aprendizagem na construção do saber gerencial e na conformação a consolidação de competências gerenciais numa ótica crítica, reflexiva, inserida nas demandas dos serviços, embasando, fundamentando para a transformação requerida para este novo século.

Apresentação dos discursos dos docentes.

Em relação à Política Administrativa dos recursos humanos da IFES são apresentados vários aspectos envolvendo o professor substituto, como remuneração, carga horária, jornada dupla de trabalho, pouca inserção nas discussões do Projeto Pedagógico do curso, diferencial no peso das cobranças para o professor substituto, resistência do aluno na sua aceitação, curta periodicidade com trocas freqüentes como pode ser apreendido em trechos das falas dos sujeitos, docentes participantes do grupo focal:

(...) Observando o quadro permanente você pode perceber a necessidade de contratação de professor substituto na nossa escola, pela exigência que a instituição tem em termos de carga horária (...) Os professores substitutos que vem sendo contratados tem outro emprego (...) estes professores vem com uma sobrecarga que eles mesmos não conseguem acompanhar (...) S4.7 sc.

(...) Tem toda essa questão da gente ter outro trabalho (...) infelizmente o salário não dá pra gente ficar só com esse emprego (...) Porque se o salário fosse mais condizente, a gente ficaria só com um serviço (...) seria ótimo (...) S4.5 sc.

(...) Se a gente for sentar e se bombardear como nós nos bombardeamos hoje em reuniões (...) Às vezes, a gente até nos agride em reuniões. Porque uma vai atravessando o trabalho da outra (...) Se a gente pegar esses professores substitutos e inserir nessas discussões, ele não vai agüentar (...) Porque a cobrança vai ser diferente (...) Eu acho que a gente não pode colocar e nem exigir (...) S4.7 sc.

(...) A gente tem que ter certo cuidado (...) uma mudança que for instituída para um período transitório, depois, volta, retoma, e vai mudando (...) mudando (...) na condição de professor substituto, que tem outro emprego, que tem uma sobrecarga é muito complicado (...) S4.7 sc.

É apresentado por docentes que vivenciaram essa situação, reiterando estas questões envolvendo os professores substitutos que houve uma diminuição do número de candidatos aos Processos Seletivos em decorrência da curta periodicidade e da instabilidade, ou seja, o contrato é por 6 meses, prorrogável por mais 6 meses, até completar 2 anos, e ainda, a oferta de baixo salário, o que leva a manter dupla ou tripla jornada de trabalho para garantir uma renda familiar digna:

(...) A gente tem que ter muito cuidado (...) quando eu prestei o primeiro concurso na escola, a gente tinha nove candidatos. Hoje, a gente tem que pegar o povo a laço (...) O que será que está acontecendo que os docentes não estão querendo mais se inserir (...) é dinheiro (...) o salário é baixo (...) não é só o dinheiro não (...) o tempo é menor (...) S4.2 sc e hosp.

(...) Eu tive essa experiência, eu fui professor substituto, a gente tinha quatro (04) anos de tempo. Hoje, o tempo é menor (...) S4.11 sc.

(...) a dificuldade é que o professor substituto muda com frequência (...) a mudança freqüente dificulta (...) Às vezes, ele fica 1 ano, 6 meses. Já tivemos substituto de 4 meses (...) é pouco tempo para se inteirar (...) não dá para se integrar no curso (...) S4.7 sc.

Acrescentam que o professor substituto na visão do aluno tem uma importância diferenciada no que se refere à supervisão. Entendem os professores substitutos que uma estratégia para superação dessas limitações é a realização de grupos de discussão do corpo docente efetivo com os professores substitutos para discutir o perfil, as metas, as estratégias de ensino-aprendizagem:

(...) Os acadêmicos de enfermagem já perceberam esta divisão entre os docentes na própria instituição, os efetivos e os docentes substitutos (...) às vezes, até a própria cobrança da gente, não é válida para os alunos (...) Você é substituto, daqui dois anos você está saindo (...) eles têm até uma certa resistência em relação ao professor substituto (...) isso deveria ser mudado (...) se eu quero um enfermeiro com qualidade eu tenho que ter dentro do meu grupo, integração, para que eu possa oferecer qualidade. S4.4 hosp, S4.5 sc.

O docente do quadro permanente justifica que todas as questões referentes a pouca inserção do professor substituto nas discussões é pelo fator tempo em que está disponível para a escola e que a resistência do aluno faz parte do “processo” das relações professor-aluno desde muito tempo, o que desvela uma questão administrativa dentro do próprio departamento do curso, de governabilidade do próprio curso, identificando-se na fala:

(...) o fato do professor substituto não estar participando do todo, é justamente a questão do tempo (...) esse tempo que ele não fica disponível para a escola, ele acaba ficando de fora (...) essa política existe desde a época que eu entrei nesta escola, como professora contratada em 1º de agosto de 1980 (...) a gente era contratada e existia essa diferença (...) se a gente reportar para o tempo que a gente era aluno, a gente também tratava o substituto de forma diferente. Isso faz parte do processo (...) a gente não institui isso (...) S4.7 sc.

(...) O que a gente percebe é que não existe uma avaliação do professor contratado (...) cada um faz do jeito que quer, mais ou menos, não tem assim, um controle (...) S4.11 sc. (...) falta uma coisa mais pontual (...) o aluno vai avaliar cada docente (...) a partir do momento que o docente entrou, ele vai ter que seguir uma linha institucional (...) S4.11 sc.

Esta fala, é importante pontuar, demonstra que o docente encontra-se descontextualizado do Processo Político Pedagógico (PPP) da instituição, pois, já existe a avaliação do docente substituto no PPP institucional como reitera outra docente em parte de sua fala:

(...) Eu acho que são coisas diferentes (...) uma linha, trata-se da linha administrativa, institucional, de avaliação, que existe dentro da escola (...) consiste em avaliação de professores, normas (...) A questão de avaliação de professor substituto é diferente (...) o que falta e que os professores substitutos colocam é realmente a integração entre os docentes do curso de Enfermagem (...) É a questão de falar, discutir e resolver todos juntos (...) S4.8 sc. (...) a diferença está surgindo dentro do próprio curso (...) Os próprios membros do curso de Enfermagem é que estão fazendo essa “diferença” e não a instituição. S4.8 sc.

Nesse momento em que o professor substituto é o foco da discussão, apreende-se pelas alas que esta condição temporária do docente coloca-o na posição ou no papel de “bode expiatório” para justificar os entraves, as dificuldades nas relações interpessoais, intergrupais, de equipe, de comunicação, de integração nas discussões do PP do curso de Enfermagem. As situações apresentadas são compreendidas por parte dos docentes do grupo como de governabilidade local, do próprio departamento, da própria disciplina, enquanto outros as consideram como dificuldade, limitações da Política Administrativa institucional, acirrando o embate entre esta e o próprio Projeto Pedagógico do curso e da disciplina em questão neste estudo.

Em relação à Política Administrativa de recursos humanos da IFES são apresentados, também, sobre o número insuficiente de docentes da disciplina de Administração em Enfermagem e mesmo do quadro de docentes para o departamento de Enfermagem que chefia e coordena o curso, ocorrendo em não ter docente exclusivo para o Estágio Curricular hospitalar e de saúde coletiva, e o mesmo docente ter que supervisionar a prática e o estágio simultaneamente, como desvelam as falas oriundas da discussão deste foco em questão:

(...) o quadro de pessoal é insuficiente para nossa proposta de trabalho. Isso faz com que a gente não consiga dar uma cobertura na Administração (...)
S4.7 sc.

(...) Porque um (01) professor de Administração na saúde coletiva, fica faltando assessoria para os demais professores para que eles possam fazer um trabalho melhor (...) No hospital, é a mesma coisa, porque um (01) professor e outro substituo que está para cobrir a Administração é muito deficiente (...) S4.7 sc.

(...) Na questão do quadro de pessoal, por mais idéias que você tenha, você não tem gente para estar compartilhando, às vezes, estar mudando essa situação (...) S4.8 sc.

(...) O que está nos prejudicando administrativamente, legalmente é a administração da instituição que não nos permite contratar, não nos permite ampliar o quadro (...) A administração da instituição de ensino em horas contribuiu e, em horas limita (...) é a legislação vigente, as normas, que estão atravancando o processo de ensino. S4.5 sc.

(...) Acho que falta assim, um professor coordenador exclusivo de estágio, aquele que vai elaborar o planejamento, que vai coordenar tudo (...) acontece que todos os docentes estão envolvidos, todos participam e por mais que a gente reúna, na hora do aperto todos acabam “escorregando”, sobrando para poucos, sobra para o coordenador, sobra para o professor de Administração (...) sobra muito para nós que já temos nossas disciplinas e práticas. É muita coisa para a gente e o Estágio Curricular acaba ficando meio que jogado (...) se tivesse mais pessoal, teria um professor coordenador para a saúde coletiva, um coordenador para o estágio de administração hospitalar. Um professor coordenador para os “estágios fora”, outros convênios (...) o que acontece é que acaba sobrecarregando bastante a gente. S4.1 hosp.

É pontuado também, a formação especialista do docente envolvido na formação generalista de formação e as competências gerenciais requeridas pelas Diretrizes Curriculares em atendimento aos paradigmas na área da saúde neste linear de novo século, como revela a fala de um dos sujeitos durante a discussão:

(...) Nosso quadro de pessoal é insuficiente para nossa proposta de trabalho. Isso faz com que a gente não consiga dar uma cobertura na Administração

(...) Talvez a nossa proposta seja um pouco ousada pela nossa capacidade de trabalho (...) aí entra o stress do professor, o desgaste, a dificuldade, às vezes, até ter uma certa paciência para voltar lá em alguma coisa que não é de sua disciplina e que naquele momento não estava com tempo, nem em condições, dependendo do ambiente de trabalho, que às vezes, é um pouco estressante e que você tem que retomar essas coisas todas (...) cabe o alerta para a gente continuar o pedido para o aumento de quadro (...) pode não ser para a gente, mas para as épocas futuras (...) S4.7 sc.

Na discussão do grupo focal dos docentes também é colocado quanto a Política Administrativa das instituições de serviço de saúde, quer hospitalar, quer da rede básica, que por não serem campos próprios, e sim conveniados, gera um impasse sobre ser um fator limitante ou não para o desenvolvimento das atividades práticas e de estágio. Em alguns locais a política da instituição de serviço não favorece o envolvimento do enfermeiro de serviço não favorece o envolvimento do enfermeiro de serviço com o processo ensino-aprendizagem do aluno de enfermagem, pela própria filosofia das partes envolvidas, instituição de ensino e instituição de serviço de saúde, não estarem “afinadas” em suas propostas, o que é minimizado pela experiência do docente e de alguns enfermeiros de serviço, conforme partes das falas:

(...) A política da própria instituição é que atravanca o processo (...) algumas reclamações por parte dos enfermeiros de serviço (...) Ah! eu não tenho obrigação, eu não sou professor, eu não tenho nada com isso (...) eles, os enfermeiros de serviço, repetem para a gente que: “não recebo nada para isso, não tenho obrigação, não sou eu que sou a professora” (...) Então, essas coisas que a gente escuta (...) S4.11 sc.

Eu já tive oportunidade de ser enfermeira assistencial dentro da instituição onde os alunos fazem estágio (...) mesmo se os enfermeiros querem oferecer

alguma oportunidade de assistência e de ensino para os alunos, é barrado pela Administração do próprio enfermeiro, pois, além de ser pouco, quando ele quer fazer algum trabalho, ele é barrado pela Administração. S4.4 hosp.

(...) Eu acho ainda que uma das maiores dificuldades é porque nós não temos muita autonomia em serviço. Todos os nossos campos são conveniados. S4.9 hosp.

(...) se tivesse um hospital próprio, um hospital escola, um enfermeiro que fosse parte (...) eu acho que isso é utopia (...) o próprio enfermeiro que é assistencial mesmo vinculado a uma escola, ele vai ter o mesmo problema e vai agir tal e qual o enfermeiro de campo que não está ligado à instituição de ensino. S4.3 sc.

(...) um ponto facilitador (...) quando você trabalha com um profissional que já está inserido no serviço e que já foi docente, a visão desse profissional é totalmente diferente daquele enfermeiro que nunca passou pela docência (...) ele sabe o que o aluno precisa, ele já passou por aquela experiência, ele tem paciência de estar chamando o aluno, de estar explicando (...) S4.3 sc.

Apontam também, para o número limitado de alunos nos setores críticos, como CTI, CC, Berçário, Hemodiálise e nos campos da área de serviços básicos, sendo permitido escalonar um (01) a dois (02) alunos por campo, configurando um “leque” de locais para serem desenvolvidos os estágios, gerando um impasse face ao número de docentes do curso, a estratégia da parceria ensino-serviço na supervisão do aluno no Estágio Pré-Profissional, com a cobertura didático-pedagógica do docente e a preceptorial que se caracteriza pela supervisão indireta do docente que se traduz na presença do mesmo no serviço de maneira periódica, não contínua, como também, do professor estar na instituição como facilitador do processo ensino-aprendizagem, articulando nas situações em que o aluno não consegue superar, resolver sozinho e/ou com os enfermeiros e equipe de serviço, favorecendo a conformação e a consolidação de competências gerenciais para a práxis. O

escalonamento docente nos campos, permite que o Planejamento das Atividades do Aluno pela Comissão de Estágio e o docente responsável procure se adequar à demanda dos serviços para fortalecer a parceria, com feedback positivo para as partes envolvidas, como tentativa para se alcançar a formação e adequar a práxis à perspectiva transformadora.

(...) não dá para os quarenta alunos passar 15 dias pelo CTI. Como também, no Centro Cirúrgico (CC). Tanto lá no CTI, como lá no CC tem enfermeiro, mas na Maternidade não (...) S4.1 hosp.

(...) na saúde coletiva, nem todos os alunos tem a mesma oportunidade de passar em todos os campos (...) por questão do campo que não comporta, não cabe tantos alunos e, mesmo o número de docentes para a supervisão que é pequeno (...) S4.3 sc.

Acrescentam os docentes que a Política de Recursos Humanos nas instituições conveniadas é também um fator dificultador, ou seja, o absenteísmo programado e não programado, como férias, folgas, faltas, licenças:

(...) nós também temos problemas com recursos humanos dentro das unidades (...) os mesmos problemas com o pessoal, de que mudar gente, de que falta, de que um tem neném, outro está doente, também existem dentro dos outros serviços (...) a gente tem que administrar essa questão que muitas vezes acontece durante o período de estágio. E você tem que mudar toda estrutura que já estava montada (...) atrapalha tudo (...) S4.8 sc.

Grupo Focal dos Enfermeiros de Serviço do Hospital.

Síntese: *No grupo focal realizado com os enfermeiros de serviço do hospital conveniado são apresentadas algumas dificuldades/limitações da política administrativa da instituição, como o dimensionamento de pessoal aquém demanda, ou seja, poucos enfermeiros*

caracterizando um modelo de supervisão polivalente. Acontece assim, a expectativa da instituição para que o docente e os alunos fiquem na cobertura assistencial nos setores e os enfermeiros de serviço na supervisão geral. Outras questões são: a falta de interação nas relações interpessoais e multiprofissionais entre os serviços, a instituição prioriza o modelo assistencial biomédico, centrado na doença e na figura do médico. São apontadas, ainda, situações que evidenciam desrespeito aos aspectos éticos nas relações de trabalho. O enfermeiro reconhece a necessidade de atualizar-se mas, falta apoio da instituição, ou seja, pouco ou nenhum investimento financeiro para a capacitação, a educação permanente dos enfermeiros de serviço.

Na visão ético-política do enfermeiro e pelo modelo gerencial institucional na parceria ensino-serviço, o aluno não tem autonomia para agir sem a supervisão do docente, e o enfermeiro de serviço não assume a supervisão do aluno em campo.

Uma exigência institucional é que não tenha supervisão geral do acadêmico em unidades restritas e fechadas como CC, CTI, Hemodiálise, Maternidade, Berçário e Pediatria, por imposição da CCIH. No entanto, espera-se que o docente e o aluno assumam, a chefia de unidade e a assistência à clientela.

É importante reiterar que na organização administrativa a Educação Continuada e o Controle de Infecção Hospitalar não constituem setores específicos.

Apresentação dos discursos dos enfermeiros do hospital.

Os enfermeiros de serviço do hospital conveniado apresentam como fator limitante da política administrativa da instituição a questão do dimensionamento de pessoal aquém da demanda. Por este fato, o modelo de supervisão adotado é o modelo polivalente. Acontece assim, a expectativa da instituição para que o docente e os alunos fiquem na cobertura assistencial nos setores e os enfermeiros de serviço na supervisão geral, como se apreende em partes das falas:

(...) A supervisão geral, não é o melhor modelo, mas é o que a gente tem e o que se pode fazer (...) O ideal seria ter um enfermeiro em cada unidade (...) mas, isso não vai acontecer (...) S2.4

(...) Quando os acadêmicos e os professores estão na casa, é ótimo!!! (...) acontece nesses momentos a cobertura de todos os setores por um enfermeiro, que é o docente, e os alunos dando a maior cobertura para assistência (...) S2.4

(...) É isso mesmo, os professores e os alunos ficam na chefia das unidades e nós, os enfermeiros na supervisão geral, mesmo (...) quando não tem estágio, nós não somos enfermeiros, somos “bombeiros”, nós simplesmente apagamos fogo (...) S2.2

É apresentada em discussão outra questão que diz respeito à Política Administração Institucional como a falta de interação nas relações interpessoais e multiprofissionais entre os serviços:

(...) no exercício da função gerencial a integração entre enfermeiro e médico é muito difícil (...) S2.5

(...) a interação é difícil também entre médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem também (...) S2.2

(...) É o trabalho da equipe multiprofissional que não interage, que não é unida. Nem com os serviços de apoio (...) S2.5

(...) A gente trabalha no dia-a-dia com dificuldade com o cliente, com a família do cliente, com a equipe, com os serviços médico, de apoio (...) S2.4

(...) Tudo volta na questão da união, da equipe multiprofissional. Porque, se os problemas de médico a gente pudesse passar para o médico, para o diretor clínico (...) está acontecendo isso, isso (...) mas, no cotidiano, eu

ouço cada coisa (...) que não deveria estar ouvindo e nem resolvendo (...)

S2.2

Acrescentam neste foco de discussão, o desrespeito aos aspectos éticos nas relações de trabalho:

(...) um médico chegou para mim e perguntou quem estava de plantão noturno no Pronto Socorro. Eu respondi, é fulano de tal. Então, vai até o quarto tal e fala para o paciente tal, que ele a mandou para casa, que lugar de beber e morrer é em casa (...) será que sou eu a pessoa indicada de um médico falar de outro médico (...) S2.2

O enfermeiro de serviço do hospital reconhece a necessidade para atualizar-se, mas não tem apoio institucional, nem recurso financeiro:

(...) é importante o conhecimento, o aprendizado (...) a gente precisa atualizar (...) Como é que eu vou melhorar se eu não tenho conhecimento (...) mas, a dificuldade é o preço, o custo não nos permite dispor de recurso e não há apoio financeiro da instituição de serviço. S2.4

São apontados pelos enfermeiros os modelos assistenciais e gerenciais priorizados pela instituição hospitalar que são o Modelo Assistencial Biomédico; centrado na doença e na figura médica, e o Modelo Gerencial Funcional alicerçado na hierarquia de poder, na divisão do trabalho em tarefas, focando o atendimento na execução dos procedimentos e na organização administrativa do serviço:

(...) A gente tem que preocupar em gerenciar a assistência para os pacientes e para isso é necessário ter conhecimentos de patologia (...) a Enfermagem

tem que entender de neuro, ortopedia, de nefro, sendo que hoje tem especialista para tudo (...) S2.4

(...) na verdade o que acontece é o enfermeiro fazer a prescrição verbal, sempre verbal (...) a gente chega e fala é assim, assim (...) porque envolve tempo e tempo é dinheiro e a instituição não tem o suficiente (...) a política da instituição, tudo gira em torno do médico e o modelo gerencial é funcional (...) S2.4

Na visão ético-política do enfermeiro e pelo modelo gerencial institucional, na parceria ensino-serviço o aluno não tem autonomia para agir sem a supervisão do docente, e o enfermeiro de serviço não assume a supervisão do aluno em campo:

(...) No diurno, o acadêmico tem a supervisão do professor e ele desenvolve a chefia de unidade (...) no noturno, ele fica com a supervisão do enfermeiro da instituição. E, neste caso, o aluno não tem autonomia para agir por si mesmo, por critério da administração da instituição, que não assume a responsabilidade legal pelo aluno. Alguém tem que responder por ele, e este é o professor. Isso tudo faz a diferença. Porque é o professor que tem responsabilidade técnica sobre o aluno e o serviço que ele desenvolve (...) Assim, quando em cada unidade tem um professor com os alunos, eles tem autonomia para resolver os problemas, receber e passar os plantões. S2.4

(...) depende da instituição. Em outra instituição a relação do acadêmico com os funcionários é de maior respeito. Tudo eles passam para os acadêmicos que está como supervisor da unidade e acatam suas decisões. A enfermeira deposita no acadêmico a maior confiança. Eles respeitam o aluno como enfermeira. E assim, o aluno consegue atuar como enfermeira e assumir seu papel. S2.2

Complementam ainda que a barreira institucional para a atuação na supervisão geral, dos acadêmicos, nas unidades fechadas e semi-críticas, como o Centro Cirúrgico (CC), Centro de Terapia Intensiva (CTI), Maternidade, Berçário, Pediatria é uma imposição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). No entanto, espera-se que o docente e o aluno assumam a chefia de unidade e a assistência.

(...) Os acadêmicos da supervisão geral passam o plantão entre eles, das intercorrências, das internações, cirurgias, dos pacientes graves, das alas clínicas e cirúrgicas (...) mas, as unidades fechadas e semi-críticas como CTI, Maternidade, Berçário, Ala Particular, Pediatria, o aluno não tem acesso por imposição do CCIH para evitar a propagação de infecção hospitalar (...) nesses setores ele atua na função de chefia e na assistência (...) S2.2

É importante ainda reiterar pela fala do enfermeiro de serviço a dificuldade existente pelo fato de que na organização administrativa do hospital, a Educação Continuada e o Controle de Infecção Hospitalar (CIH) não constituem setores específicos, o que daria maior espaço para atuação gerencial do enfermeiro e maior autonomia:

(...) Existe maior contato do enfermeiro da CCIH com os médicos e demais profissionais da equipe (...) mas, deveria ter enfermeiro exclusivo trabalhando nesta comissão, o que não é nossa realidade (...) Se a Educação Continuada é bem montada, dá para trabalhar de maneira excelente, pois, iria melhorar e muito a assistência oferecida e qualidade do nosso trabalho (...) Agora, eu não tenho para quem apontar e não tenho tempo para trabalhar esse funcionário (...) Porque a gente é chamada, anunciada de cinco em cinco segundos no hospital todo (...) Então, como uma Educação Continuada e uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar bem

montadas, a gente pode sim, melhorar muito, muito, muito mesmo, tanto a assistência, como a gerência do serviço (...) S2.4

Grupo Focal dos Enfermeiros de Serviço da Saúde Coletiva.

Síntese: *O grupo focal realizado com os enfermeiros pertencentes aos serviços básicos de saúde conveniados, que constituem os campos de estágio e das práticas atinge com suas discussões momentos de crítica-reflexiva, conseguindo apreender importantes focos dificultadores, como também, vislumbra, delineiam estratégias para a práxis transformadora. Alcançam nos vários momentos polêmicos da discussão análise nas três dimensões propostas a estrutural em que envolve a Política de Saúde a nível local determinante na organização dos serviços de saúde e de enfermagem; a dimensão particular que diz respeito a formação dos enfermeiros e a capacitação para os novos paradigmas e, a dimensão singular, que refere ao gerenciamento em Enfermagem nos serviços básicos de saúde, isto é, a competência gerencial do enfermeiro para a gerência do serviço.*

Apontam para algumas dificuldades na Política de Saúde local que determina a organização dos serviços de saúde que geram impacto face aos princípios preconizados pelo SUS, como o fato de atenderem a interesses particulares, de grupos hegemônicos de políticos e médicos. Como também, há o impasse entre a valorização da Atenção Básica de Saúde preconizada pelo SUS e a evidente priorização dos setores secundários e terciários, com investimentos na tecnologia de ponta, presente no setor hospitalar. No período da realização desta investigação, o modelo institucional na área de serviços básicos de saúde atendeu assim, a um modelo hospitalocêntrico, hegemônico ao saber médico, centrado na doença, com pouco investimento na Atenção Básica.

O enfermeiro aponta também para a falta ou inadequado Planejamento Estratégico a nível local, gerando um descompasso no controle dos recursos gerenciados pelo SUS. Buscam na implementação da parceria escola-serviço, oportunizar a educação continuada

e cursos de capacitação, organização e sistematização dos serviços para o pessoal do serviço de saúde, preparando-os para as mudanças de paradigmas.

Acrescentam que a Política Nacional de Saúde fundamentada nos princípios do SUS refletem na necessidade de mudanças no Ensino da Enfermagem para a formação crítica, questionadora, para o profissional assumir o papel de agente de mudança e a importância que atribuem ao perfil gerencial do enfermeiro para trabalhar nesses novos paradigmas. Entendem também que os enfermeiros de serviço em saúde coletiva encontram-se desatualizados aos novos modelos assistenciais e gerenciais.

Investem na necessidade de capacitação de pessoal para o serviço, na Política de Recursos Humanos para maior e melhor, organização dos serviços de saúde, compreendendo e desenvolvendo o processo de trabalho em saúde e na Enfermagem.

No foco da Política administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) identificam a necessidade de melhorar o planejamento, a organização e o controle dos Programas de Saúde, de definir os papéis dos profissionais da equipe de saúde, de construir metas para serem alcançadas e um sistema de controle e avaliação eficazes.

Apresentação dos discursos dos enfermeiros dos serviços básicos de saúde.

Os enfermeiros dos serviços de saúde na rede básica durante a discussão cujo foco é a política administrativa institucional apresentam o impacto entre o modelo assistencial de atenção básica que se preconiza na formação dos recursos humanos para a saúde e como os serviços de saúde estão desorganizados para desenvolvê-los.

(...) a exigência hoje é (...) o profissional tem maior enfoque é na saúde coletiva. E o que nós temos de saúde coletiva para oferecer nesse momento?
(...) A cidade de Alfenas é uma cidade universitária, com formação de recursos humanos. E os profissionais estão saindo daqui e não tem visão nenhuma, porque nós não temos nada a oferecer para eles, não temos nada
(...) nada sistematizado (...) S3.1 sc.

(...) Uma questão importante é a dos Programas que não tem (...) Tem que ter um caminho para chegar no serviço de saúde. É o básico (...) S3.2 sc.

(...) Nós não temos o Serviço da Mulher, da Criança, do Adulto, do Idoso, do Diabetes, da Hipertensão, nós não temos nada organizado (...) S3.1 sc.

(...) A cidade de Alfenas sendo uma cidade universitária não tem o serviço como deveria ser (...) Estatisticamente, não tem nada (...) Nós temos tudo esfacelado. Quer dizer, aqui a gente tem uma coisinha, ali mais um pouquinho. Então, a gente não tem muita coisa sistematizada. S3.1, S3.3 sc.

(...) A questão do serviço de saúde é que não está preparado, não está atualizado, não está nada (...) para esse modelo novo que está saindo. Essa maneira nova de formação (...) Ele não está organizado, ele não está nada (...) S3.6 sc.

A dicotomia face aos princípios preconizados pelo SUS e o que os serviços de saúde priorizam é apontada pelos enfermeiros, referindo que a organização dos serviços básicos atende ao modelo assistencial curativo, com pouco investimento na Atenção Básica, maior investimento na tecnologia de ponta. Assim, reiterando, a visão de saúde está atrelada à política, em que os interesses apontam para o modelo assistencial hospitalocêntrico, sobre o domínio hegemônico médico, centrado na doença. No entanto, os enfermeiros entendem a importância de organizar os serviços de saúde, da base para cima, da atenção básica para cima:

(...) Os serviços de saúde do município de Alfenas, com os estudantes todos, se destaca pela assistência curativa. Nós temos a tecnologia de ponta. Nós temos do secundário para frente, mas, o nosso básico, que é a nossa Atenção Básica, nós não temos (...) nós não temos nada sistematizado (...) S3.1, S3.3 sc.

(...) Mas, eu acho que enquanto a visão da saúde for política (...) agora, é uma situação que nós estamos vivendo hoje. Depois amanhã (...) muda a Prefeitura (...) muda-se tudo (...) novas propostas, avanços, prioridades (...) Enquanto uma coisa estiver atrelada com a outra (...) S3.2 sc.

(...) As “coisas” foram acontecendo até chegar na AIS, SUDS, SUS e nos tipos de gestão, em que cada vez mais as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) vão tendo mais autonomia. Então, em termos de lei, está assegurado, mas, o que acontece na prática (...) Quem está fazendo a gerência do serviço de saúde para o município? (...) Está centralizado na figura do médico. S3.5 sc.

(...) A questão que eu coloco é que na gerência do serviço de saúde para o município, a prioridade é do secundário para cima. Ignorou totalmente o básico. S3.6 sc.

(...) Tem um novo modelo assistencial e gerencial. Desde a 8ª Conferência Mundial de Saúde a coisa vem se desenrolando de tal forma que mostra a importância da equipe multi e interdisciplinar, isso enquanto lei, enquanto escrita. Mas, a prática não acompanha. Nós temos definidores de situações que acabaram dificultando a nossa visão de saúde (...) esse olhar de que a porta de entrada é realmente, lá o Programa de Saúde da Família (PSF), os ambulatórios. A base realmente é ali, não é o inverso, mas, a nossa pirâmide é o inverso (...) S3.5, S3.1, S3.2 sc.

(...) Você tem que estar organizando os serviços de saúde de baixo para cima, organizando da base, do primário (...) S3.5

Nesse momento, todos os sujeitos do grupo focal se manifestaram concordantes com a necessidade de organizar os serviços da base para cima.

O enfermeiro de serviços básicos de saúde comenta também sofre a falta ou inadequado Planejamento Estratégico a nível local para atender a demanda real dos

serviços, gerando gastos desnecessários e falta de investimentos em áreas prioritárias. Aponta para a política administrativa que favorece a compra de recursos materiais não para atender a demanda do serviço, mas, para atender a interesses de terceiros. Atribui que o enfermeiro é o elemento indicado para o gerenciamento do serviço de saúde:

(...) a Secretaria da Saúde compra, não o que ela quer, mas o que os outros querem vender (...) mas, e o planejamento? (...) Eu preciso de 50 ultra-som e nada mais. Eu compro 100, pra quê? Será que essa é a minha necessidade? (...) Nós não temos planejamento para saber o que nós precisamos. S3.5

(...) Ainda tem a importância de visualizar e de repente contratar “mais de leve” (...) Por quê o atendimento é deficiente? O número de funcionários é mínimo para atender esta demanda que está aí (...) falta um alguém que faça a condução disso (...) não adianta falar com o chefe, com este ou aquele (...) Quando a gente conta com algo, a gente visualiza uma possibilidade das coisas acontecerem. De repente, é preciso atender à necessidade de organizar os serviços da base para cima. S3.5 sc.

(...) Eu acho que deveria saber ouvir o enfermeiro. Porque o enfermeiro está mais próximo no dia-a-dia do paciente (...) O enfermeiro deveria ser ouvido pelo sistema, em relação ao gerenciamento (...) O que o enfermeiro tem? Qual sua expectativa em escolher um material, de tomar uma decisão (...) o sistema deveria ouvir o enfermeiro que está no dia-a-dia. Perguntar para ele quais são as suas dúvidas, a demanda do serviço (...) S3.4 sc.

Buscam implementar os convênios entre órgão formador e serviço para promover a Educação Continuada dos enfermeiros de serviço, atualizando-os nas questões das mudanças nas Políticas de Saúde, na organização e sistematização dos serviços, como também, promover encontros entre docentes, enfermeiros e alunos para a troca de conhecimentos e vivências:

(...) A escola faz o convênio com a Prefeitura, com a Secretaria de Saúde. A Prefeitura tem um compromisso com a Faculdade e vice-versa (...) nós não temos um curso de capacitação. Nós não temos absolutamente nada (...) S3.4, S3.2 sc.

(...) Será que não é hora de rever quando for fazer os convênios da escola com a Secretaria, com a Prefeitura? Na hora desse convênio, em relação ao estágio na Administração, quando o formando chegar com um Projeto. Nós precisamos onde? (...) Nós temos Projetos, quer dizer Programas da Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, da Hanseníase, nós temos todos (...) mas, o que nós temos é muito pouco (...) será que com a luz de alguém poderia ficar melhor? (...) seria a possibilidade de discutir a organização do serviço, como montar, como resolver isso (...) aquilo (...) como sistematizar (...) S3.6 sc.

(...) Propor um intercâmbio entre a escola que é o órgão formador e quem está responsável pelo campo onde o aluno se insere na prática (...) Eu acho que deveria ter encontros periódicos, para estar conversando, trocar idéias, para a gente estar mais integrada (...) Eu diria Educação Continuada (...) para a gente não ficar tão distante assim (...) das mudanças na Política de Saúde. S3.2, S3.4, S3.5, S3.6 sc.

Acrescentam que a Política Nacional de Saúde, fundamentada nos princípios do SUS refletem na necessidade de mudanças no Ensino da Enfermagem para a formação crítica, questionadora, para o profissional assumir o papel de agente de mudança, e a importância que atribuem ao perfil gerencial do enfermeiro para trabalhar nesses novos paradigmas. No entanto, entendem que os enfermeiros de serviço em saúde coletiva encontram-se desatualizados aos novos modelos assistenciais e gerenciais.

(...) Hoje, está se pensando em um profissional mais analítico, mais crítico, mas questionador. O momento político, econômico, social, ele pede esta mudança (...) mas, a gente foi literalmente treinado para seguir até onde foi autorizado (...) a gente não sabe (...) S3.5 sc.

(...) A questão da nossa prática, será que nós estamos acompanhando as mudanças? A gente está preocupada com a prática, mas a teoria? (...) será que estamos enquadrados como profissionais dentro da teoria? (...) Nós temos que voltar um pouquinho para a teoria, estar vendo, se informando (...) É, o conteúdo que a gente adquiriu na nossa formação não está dando para acompanhar o aluno, a academia (...) S3.4 sc.

(...) Não adianta nada eu ter uma bagagem maravilhosa se eu chegar lá dentro de quatro paredes, para trabalhar, e eu não poder fazer nada (...) Então, eu querendo ou não eu vou ficar amarrada e o meu conhecimento que era grande vai diminuindo. Eu vou ficar limitada, parecendo que eu não fiz nada. O serviço não me proporciona, o restante da equipe não me proporciona. Nós não temos nada (...) nosso serviço é falho (...) S3.1 sc.

Reiteram sobre a necessidade de capacitação de pessoal para os serviços básicos de saúde, investindo na Política de Recursos Humanos para maior e melhor organização dos mesmos, compreendo e desenvolvendo o processo de trabalho em saúde e na Enfermagem.

No foco da Política Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) identificam a necessidade de melhorar o planejamento, a organização e o controle dos Programas de Saúde, de definir os papéis dos profissionais da equipe de saúde, de construir metas para serem alcançadas e um sistema de controle e avaliação eficazes.

(...) Eu acho que um funcionário que trabalha em saúde tem que ter no mínimo algum pré-requisito em saúde e de planejamento em saúde (...) Por que senão, para marcar um ultra-som, o cliente vem, olha, marca e está tudo

bem (...) Não é por aí, tem que ter uma lógica, um exame precisa ser mais rápido que o outro (...) A gente tem esse conhecimento, mas a maioria não tem. Tem que ter conhecimento como um todo (...) S3.6 sc.

(...) Eu, enfermeira, não posso pedir uma baciloscopia para o cliente porque a Secretaria não aceita. Mas, eu posso dar o medicamento porque está padronizado. S3.3 sc.

Fator limitante: planejamento, organização e controle dos Programas de Saúde e a definição de papéis dos profissionais da equipe de Saúde.

(...) Eu acho que falta um sistema de trabalho, com papéis bem definidos (...) Eu acho que teria que ter um olhar diferente da Secretaria Municipal de Saúde para os Programas de Saúde (...) A gente tem vontade (...) mas, não consegue avançar muito. S3.2 sc.

(...) Existem metas nos serviços. Todas as unidades têm metas. O Programa de Saúde de Família (PSF) têm metas, a Atenção à Mulher têm metas, a Saúde da Criança têm metas. Assim, todos os serviços tem metas. Mas, muitas vezes, essas metas são avaliadas por avaliar. Se você fez ou se não fez, é a mesma coisa (...) tem que ter uma penalidade (...) O que deveria acontecer é um controle de cima para baixa (...) O que acontece e como acontece (...) até aí, a gente não consegue fazer nada. S3.1 sc.

Fator limitante: falta de controle e avaliação eficazes das metas dos serviços de saúde.

Os enfermeiros reiteram como estratégia maior a organização e a supervisão / controle da Política de Saúde a nível local pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

(...) É a questão da Política de Gerenciamento (...) Alguém teria que assumir isto (...) o Ministério da Saúde manda na e para a Secretaria de Estado da Saúde, que manda na e para a Gerência Regional de Saúde (GRS) e, a GRS

manda na e para a Secretaria Municipal de Saúde. Supervisão tem que ter, gente!!! (...) S3.2, S3.3 sc.

(...) É preciso partir, não da punição, mas da cobrança de uma liberdade vigiada para que as coisas sejam executadas. Não sei se é cultural (...) se é Brasil (...) o que é (...) mas, os dirigentes os gestores deverão começar a organizar e a controlar serviços de saúde. S3.3, S3.1 sc.

Refletindo sobre este foco da discussão dos enfermeiros dos serviços básicos de saúde é possível afirmar que o peso da dimensão política é muito maior do que a dimensão particular que é a formação do profissional e, da singular que é o gerenciar em enfermagem.

Quer dizer, você está totalmente limitada na gerência porque a política ali no serviço tem um peso enorme que achata.

Você convive com as três dimensões, mas a política domina tudo. Mas, você tem também a dimensão singular, onde você pode ter uma certa governabilidade, você pode ter autonomia, resolutividade, tomada de decisão, mas, na realidade isto ainda não acontece como reiteram as falas, sintetizada no trecho de uma delas:

(...) mas, nós não temos autonomia (...) se nós tivéssemos seria bom. S3.4 sc.