

**ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO: POSSÍVEIS
CONTRIBUIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DAS
COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

LARISSA SAPUCAIA FERREIRA ESTEVES

**ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO: POSSÍVEIS
CONTRIBUIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DAS
COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

LARISSA SAPUCAIA FERREIRA ESTEVES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de concentração: Educação

Orientador(a):

Prof^a. Dr^a. Claudia Pereira de Pádua Sabia

378
E79e

Esteves, Larissa Sapucaia Ferreira

Estágio curricular supervisionado: possíveis contribuições para o desenvolvimento das competências do profissional enfermeiro / Larissa Sapucaia Ferreira Esteves. – Presidente Prudente, 2011.

195 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE: Presidente Prudente – SP, 2011.

Bibliografia.

Orientadora: Claudia Pereira de Pádua Sabia

1. Estágio curricular. 2. Ensino Superior. 3. Enfermagem.
I. Título.

LARISSA SAPUCAIA FERREIRA ESTEVES

Estágio curricular supervisionado: possíveis contribuições para o desenvolvimento das competências do profissional enfermeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Presidente Prudente, 22 de junho de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Cláudia Pereira de Pádua Sabia
Universidade Oeste Paulista - UNOESTE

Prof. Dr. Antônio Carlos Siqueira Júnior
Faculdade Medicina Marília - FAMEMA

Prof^a. Dr^a. Ivone Tambelli Schimidt
Universidade Oeste Paulista - UNOESTE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido, Giuliano, meu grande companheiro e porto seguro, por seu amor e motivação.

A nossa querida filhinha, Maria Clara, que me motiva a ser melhor a cada dia. Pela sua alegria, inocência e pela sua presença em nossas vidas.

Aos meus pais, Lázaro e Anita, pelo carinho e torcida em todos os momentos de minha vida.

Aos meus irmãos, Andreyra e Júnior, pela admiração, generosidade e por sempre acreditar na minha capacidade.

Aos meus sogros Benedito e Cirlene, pela disposição em estar sempre servindo, pelo respeito e incentivo.

Aos meus amigos, seres especiais, fonte de apoio e perseverança para enfrentar e superar as adversidades, exemplos de fé e valores.

À profissão de enfermeiro, minha grande missão, fonte de toda inspiração e realização profissional.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à minha querida orientadora Dr^a.Cláudia Pereira de Pádua Sabia, que mesmo em outros horizontes, dedicou toda sua atenção a este trabalho. Por sua competência, incentivos e respeito com que conduziu este processo. Esse trabalho só foi possível graças à sua paciência e aos seus ensinamentos.

Ao professor Dr. José Camilo, por sua experiência, profissionalismo e conhecimentos que me ensinaram que o aprendizado ultrapassa a dimensão temporal.

Ao professor Dr. Antonio Carlos Siqueira Júnior, pela pronta aceitação e disponibilidade em contribuir com este trabalho por meio do exame de qualificação em que aguardo ansiosa por suas contribuições.

À professora Ivone Tambelli Shimidt, pelo incentivo à formação desde o primeiro dia em que a vi (ainda como aluna especial). Mesmo lutando pela saúde, permanece nos apoiando e incentivando.

Aos professores do Mestrado em Educação por acreditar no meu potencial.

Às colegas de trabalho Maria Nilda, Fabrícia e Nilva que me fazem ser melhor profissionalmente, pelos desafios que me propõem, pelos ensinamentos e por me fazerem ampliar o olhar. O convívio com vocês me fortalece, me amadurece e aprendo que, nos momentos frágeis, é necessário discernimento, razão, equilíbrio e ponderamento.

À querida Maria Rita Guimarães Maia, eterna professora, pelos ensinamentos e exemplo de vida.

Aos alunos da graduação, essência deste trabalho. Por tudo que aprendemos com vocês, o meu estímulo é continuar trilhando o caminho de educador.

Aos alunos e professores que participaram desta pesquisa, que acreditam que podemos fazer nosso trabalho melhor a cada dia.

À querida Ina, secretária do mestrado, que nos faz acreditar que o caminho das pedras pode ser vencido, pelo incentivo e pelas muitas vezes que advoga por nós. Sua generosidade nos acolhe e nos motiva.

Aos familiares e amigos pelo amparo nos momentos difíceis, pela torcida e pela energia positiva.

Agradeço a Deus pelo dom de ser Enfermeira, por tudo que ela representa para o cuidado, para a saúde, para o ser humano. Por exigir de nós competências que vão além de conhecimentos, habilidades e atitudes, mas competências humanas de estar e ser no mundo.

Deus, muito obrigada por tudo que está por trás deste trabalho, por essa luz que me conduz e por ter colocado pessoas capazes de iluminar o meu caminhar.

“Como é que se escreve? Que é que se diz? E como dizer? E como é que se começa? E que é que se faz com o papel em branco nos defrontando tranquilos?

Sei que a resposta, por mais que intrigue, é a única: Escrevendo.”

Clarice Lispector

RESUMO

Estágio curricular supervisionado: possíveis contribuições para o desenvolvimento das competências do profissional enfermeiro

A presente pesquisa objetivou analisar o papel do Estágio Curricular Supervisionado (ECS) no desenvolvimento das competências do profissional enfermeiro conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais. O estudo buscou refletir acerca do desenvolvimento das competências na visão dos alunos e dos docentes envolvidos com o processo de estágio, por meio de ações desenvolvidas no dia a dia de estágio. Trata-se de pesquisa quanti qualitativa, caracterizada como estudo de caso. O Estágio Curricular Supervisionado foi implantado no curso de enfermagem no segundo semestre de 2010. Foram sujeitos da pesquisa: alunos do último semestre da graduação e docentes desta primeira turma de ECS. A coleta de dados se deu por meio da aplicação de questionários semiestruturados. Os dados obtidos por meio de perguntas fechadas passaram por análise estatística e os obtidos por meio de perguntas abertas foram analisados e interpretados através do método de análise de conteúdos. Concluímos que o desenvolvimento das competências profissionais vai além da realização repetitiva de determinadas ações. Seu desenvolvimento requer um conhecimento aprofundado de concepções, métodos e objetivos que se almeja alcançar.

Palavras-chave: Contexto de reformas educacionais. Sistema de ensino em saúde. Estágio curricular supervisionado. Diretrizes curriculares nacionais. Competências profissionais do enfermeiro.

ABSTRACT

Supervised training: possible contributions to the skill development of nurses

The purpose of this study is to analyze the role of the supervised training concerning the skills development of nurses drawn up by the national curricular guidelines. The study aimed to reflect on the development of skills in view of students and professors involved with the training process, through the actions developed in the everyday training. This is a qualitative research, featured as a case study. The supervised training was implemented in the nursing program in the second semester of 2010. The researchers are students of the last semester of graduation and professors of the first group of this supervised training. The data was collected through semi-structured questionnaires. The data collected through open-ended questions consists in statistical analysis and the closed-ended questions were analyzed and interpreted by the method of content analysis. To summarize, the development of skills goes beyond the repetitive actions. Its development requires a thorough knowledge of concepts, methods and objectives which we aim to achieve.

Keywords: Context of Educational Reform. Health Education System. Supervised National Curricular Guidelines. Professional Skills of Nurses.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	Preparo para realizar a competência atenção à saúde, segundo o olhar do aluno	89
GRÁFICO 2 –	Preparo para realizar a competência tomada de decisões, segundo o olhar do aluno.....	93
GRÁFICO 3 –	Preparo para realizar a competência comunicação, segundo o olhar do aluno.....	98
GRÁFICO 4 –	Preparo para realizar a competência liderança, segundo o olhar do aluno.....	103
GRÁFICO 5 –	Preparo para realizar a competência administração e gerenciamento, segundo o olhar do aluno.....	107
GRÁFICO 6 –	Preparo para realizar a competência educação permanente, segundo o olhar do aluno.....	111
GRÁFICO 7 –	Preparo para realizar a competência atenção à saúde, segundo o olhar do professor.....	115
GRÁFICO 8 –	Preparo para realizar a competência tomada de decisões, segundo o olhar do professor.....	120
GRÁFICO 9 –	Preparo para realizar a competência comunicação, segundo o olhar do professor.....	125
GRÁFICO 10 –	Preparo para realizar a competência liderança, segundo o olhar do professor.....	131
GRÁFICO 11 –	Preparo para realizar a competência administração e gerenciamento, segundo o olhar do professor.....	135
GRÁFICO 12 –	Preparo para realizar a competência educação permanente, segundo o olhar do professor.....	140

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência atenção à saúde.....	91
TABELA 2 –	Ações descritas nas DCNs que buscam justificar o desenvolvimento da competência tomada de decisões.....	96
TABELA 3 –	Ações descritas nas DCNs que buscam justificar o desenvolvimento da competência comunicação.....	100
TABELA 4 –	Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência liderança.....	105
TABELA 5 –	Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência “administração e gerenciamento”.....	109
TABELA 6 –	Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência educação permanente.....	112
TABELA 7 –	Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência atenção à saúde.....	117
TABELA 8 –	Ações descritas nas DCNs que buscam justificar o desenvolvimento da competência tomada de decisões.....	123
TABELA 9 –	Ações descritas nas DCNs que buscam justificar o desenvolvimento da competência comunicação.....	128
TABELA 10 –	Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência liderança.....	133
TABELA 11 –	Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência “administração e gerenciamento”.....	137
TABELA 12 –	Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência educação permanente.....	142
TABELA 13 –	Quadro de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência atenção à saúde	147
TABELA 14 –	Quadro de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência tomada de decisão	149
TABELA 15 –	Quadro de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência comunicação	151
TABELA 16 –	Quadro de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência liderança	153
TABELA 17 –	Quadro de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência administração e gerenciamento	155
TABELA 18 –	de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência educação permanente	157

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivos	22
1.2 Método	23
1.2.1 Sujeitos.....	25
1.2.2 Instrumento de coleta de dados	25
1.2.3 Procedimento de coleta de dados	26
1.2.4 Análise dos dados	27
2 O REFLEXO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: AS REFORMAS DO ESTADO E DA EDUCAÇÃO NO BRASIL	31
2.1 O Desenvolvimento da Economia Mundial e a Reestruturação Produtiva	31
2.2 A Educação Como Instrumento Para o Crescimento Econômico e as Reformas Educacionais na Década de 1990	39
2.3 A Atuação dos Organismos Internacionais na Educação.....	46
2.4 A Educação Superior e as Reformas Propostas	54
3 A REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL, A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E AS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS ESTABELECIDAS PELAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS.....	58
3.1 Breve Resgate Histórico da Elaboração e Implantação do SUS	60
3.2 As Competências Profissionais e o Profissional Enfermeiro	70
3.3 As Diretrizes Curriculares Nacionais Para os Cursos de Graduação em Enfermagem, as Competências Profissionais e os Currículos.....	76
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	85
4.1 O Papel do Estágio Curricular Supervisionado – Dimensão Aluno	87
4.1.1 Competência: atenção à saúde.....	87
4.1.2 Competência: tomada de decisão	92
4.1.3 Competência: comunicação	97
4.1.4 Competência: liderança.....	101
4.1.5 Competência: administração e gerenciamento	105
4.1.6 Competência: educação permanente.....	109
4.2 O Papel do Estágio Curricular Supervisionado – Dimensão Professor	113
4.2.1 Competência: atenção à saúde.....	113
4.2.2 Competência: tomada de decisão	118
4.2.3 Competência: comunicação	123
4.2.4 Competência: liderança.....	129
4.2.5 Competência: administração e gerenciamento	134
4.2.6 Competência: educação permanente.....	138
4.3 O Papel do Estágio Curricular Supervisionado – Estudo Comparativo: Professor e Aluno	143
4.3.1 Competência atenção à saúde: o preparo do aluno após o ECS.....	144
4.3.2 Competência tomada de decisão: o preparo do aluno após o ECS	146
4.3.3 Competência comunicação: o preparo do aluno após o ECS	148
4.3.4 Competência liderança: o preparo do aluno após o ECS.....	151

4.3.5 Competência administração e gerenciamento: o preparo do aluno após o ECS.....	152
4.3.6 Competência educação permanente: o preparo do aluno após o ECS.....	155
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS	163
APÊNDICES.....	171
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	172
APÊNDICE B - Questionário Para Coleta de Dados: Dimensão Aluno.....	174
APÊNDICE C - Questionário Para Coleta de Dados: Dimensão Docente	182
APÊNDICE D - Cálculos Estatísticos que Embasaram a Análise Quantitativa	190

1 INTRODUÇÃO

Em 2003, iniciei minhas atividades como professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Oeste Paulista, instituição em que havia me formado. Trabalhava como enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital que pertencia à Universidade e cursava pós graduação *lato sensu* na área.

Comecei como professora de “estágio” na cadeira de Fundamentos de Enfermagem e, posteriormente, entrei para a cadeira de administração em enfermagem, tanto na parte teórica quanto prática. Não tive dificuldades de compreender a dinâmica do curso, pois, além de ter sido aluna há pouco tempo, a estrutura curricular contemplava aulas teóricas precedendo as práticas (que eram chamadas de estágio). Na proposta curricular do curso o professor de estágio tinha a função de resgatar o conteúdo teórico que o aluno já havia estudado em sala de aula. O campo de estágio significava o momento de aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos. As disciplinas eram bem delimitadas, e cada professor ensinava o que lhe competia.

Em 2007 deixei as atividades dentro da Terapia Intensiva (minha especialidade na área da enfermagem) e passei a me dedicar exclusivamente às atividades acadêmicas. Atributos pessoais como disposição em buscar novos desafios e “flexibilidade” me levou à coordenação do curso no início de 2009.

Logo no início dessa nova jornada (abril de 2009) tive o maior de todos os desafios: participar da visita de renovação de reconhecimento promovida pelo Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES) do Ministério da Educação e Cultura (MEC), em decorrência do conceito insatisfatório que o curso obteve no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), em 2007.

Esta visita foi um “divisor de águas” tanto para mim, quanto para o curso. Por meio dela, pudemos reconhecer que o curso não obteve o conceito satisfatório porque realmente oferecia uma formação que se preocupava mais com a procedimentação e instrumentalização dos alunos do que com a reflexão, transformação e emancipação profissional. A visita apontou três grandes falhas no processo de formação: o Projeto Político Pedagógico, o Estágio Curricular Supervisionado e a Estrutura Física (laboratório especializado e acervo bibliográfico específico do curso).

Teve início então uma dura, conflituosa e longa jornada. Os meses seguintes foram utilizados para compreender melhor como as escolas estavam ensinando enfermagem no país. Visitas a outras Instituições de Ensino Superior, participação em oficinas promovidas por entidades de classes da profissão, elaboração e implementação de grupos de estudos no curso, capacitação pedagógica do Núcleo Docente Estruturante, parecer de consultores na área e o envolvimento da comunidade acadêmica contribuíram para a elaboração da nova proposta pedagógica para o curso de enfermagem. Posso dizer que se trata de um novo curso, em que o processo de formação está fundamentado em princípios pedagógicos, pressupostos norteadores e um perfil profissional construído de forma coletiva.

Entretanto, neste processo, um dos grandes pontos críticos foi a elaboração do Estágio Curricular Supervisionado (ECS), pois não havia compreensão clara do que eram atividades práticas em campo e do que era ECS. No modelo anterior de formação, as atividades práticas (denominadas estágios) eram controladas pelo professor em um campo que pudesse fazer a parte prática da teoria que já havia sido estudada (aplicação de saberes que supostamente já haviam sido incorporados pelo aluno). Essas atividades tinham o objetivo de colocar o conhecimento adquirido, anteriormente, em prática. A teoria precedia a prática, não havendo vínculos. Tais metodologias eram vistas como uma forma de instrumentalizar o aluno.

No novo processo de formação, o grupo passa a perceber, após estudos, que teoria e prática andam juntas, que a construção do conhecimento não é linear e que o aluno precisa ser estimulado a desenvolver suas competências de forma gradativa. Essa percepção está refletida na nova matriz curricular, dividida por ciclos de aprendizagens: Fundamentos de Enfermagem, Processo do Cuidar e Prática Profissional. Desta forma mantivemos a estrutura curricular por disciplinas devido à dinâmica de ensino aprendizagem da Universidade e introduzimos práticas pedagógicas mais inovadoras.

Nos dois primeiros ciclos, que compreende a formação realizada do 1º ao 6º termo do curso, o aluno aprende e reflete sobre as bases biológicas, psicossociais, epidemiológicas, da saúde, da ciência da enfermagem considerando os serviços que integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). E nos dois últimos semestres, último ciclo da formação, o aluno entra para o Estágio Curricular

Supervisionado que tem como objetivo promover a aproximação do discente com a prática profissional real, oportunizando o desenvolvimento de autonomia, responsabilidade, liberdade, criatividade, compromisso, domínio de habilidades e de seu papel social.

O processo de formação não está embasado em uma organização curricular por competências, porém as tem como metas a serem atingidas. Cada uma das disciplinas do currículo desenvolve o processo ensino/aprendizado baseado nas competências descritas pelas diretrizes curriculares, utilizando metodologias diferentes das tradicionais, mas não exclusivamente metodologias ativas, como a problematização.

O curso encontra-se em processo de implantação da nova matriz, embasado por um projeto pedagógico construído coletivamente por docentes e coordenação do curso. Entretanto, o aprofundamento da compreensão das bases teóricas e filosóficas da educação, bem como das políticas que direcionam a educação superior e o Sistema Único de Saúde no Brasil se faz necessário para possibilitar que a formação em saúde proposta seja realmente transformadora.

Durante as discussões para reconstrução do curso, alguns questionamentos ecoavam constantemente entre o corpo docente: estamos satisfeitos com os profissionais enfermeiros que atuam em nossos campos de estágios? Tendo em vista a maturidade do curso (30 anos de existência), estamos colocando profissionais comprometidos e capazes de transformar o meio em que estão inseridos? Estamos formando pessoas aptas para atuar no nosso complexo sistema de saúde?

Ao refletirmos sobre estes questionamentos, o panorama vislumbrado era insatisfatório. Estávamos rodeados de ex-alunos acomodados, desmotivados, descrente do sistema de saúde, sem muitas vezes saber qual o seu verdadeiro papel no contexto de saúde. Observávamos bons enfermeiros que atuavam na cidade, ativos, buscando cursos de capacitação em suas áreas, mas pouco reflexivos e que não realizavam articulações em prol do desenvolvimento profissional.

Essas discussões nos levavam a refletir ainda mais sobre que tipo de formação estávamos proporcionando. Algumas perguntas eram frequentes, dentre elas: quais os conceitos de saúde e de profissão estávamos propagando? Quais competências acreditávamos ser essenciais para o perfil de egresso que

almejavamos? Qual nosso verdadeiro papel enquanto formadores de profissionais de enfermagem?

Nos últimos anos, existe um consenso de que profundas modificações estão ocorrendo no mercado de trabalho da enfermagem. A inserção profissional voltada para a prática curativa está gradativamente se alterando. O investimento, por parte do Estado, nas áreas de promoção de saúde e prevenção de doenças vem dando forças a este seguimento e, conseqüentemente, abrindo postos de trabalho para os profissionais da saúde e, em particular, para os enfermeiros.

Assim, o nosso dever enquanto escola é acompanhar as mudanças dos processos de trabalho, pois novos papéis profissionais são exigidos dos enfermeiros e, embora continue sendo indispensável competência profissional no domínio dos aspectos biológicos, é cada vez mais necessário o desenvolvimento de outras competências fundamentais relacionadas às dimensões ética, política, cultural e social do trabalho, focadas no reconhecimento do indivíduo como ser integral.

Entretanto, construir uma articulação efetiva entre as instituições de ensino e o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido um desafio para os que trabalham com educação e saúde no Brasil e que objetivam a formação de recursos humanos competentes. Todavia, Arantes et al. (2009) afirma que a parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação tem permitindo criar mecanismos para viabilizar esta articulação, visando à formação de profissionais em conformidade com os princípios do SUS. Esta pode ser uma das grandes oportunidades que as escolas devem utilizar para repensar o processo de formação que vem proporcionando.

Diante do exposto e das indagações individuais e coletivas a respeito da formação profissional necessária aos enfermeiros, buscamos, em seguida, inserir o tema estudado no contexto contemporâneo de mudanças. Quais são as competências profissionais necessárias para realizar as políticas de saúde com êxito? Como se desenvolvem essas competências profissionais?

Nas três últimas décadas, profundas modificações vêm ocorrendo com os processos de trabalho em todas as áreas de atuação profissional, inclusive com o trabalho em saúde. O avanço da tecnologia, a rapidez com que as informações se tornam obsoletas e a competitividade têm exigido grande flexibilidade dos profissionais e um nível de competência nunca antes exigido.

Na nova ordem mundial, a educação profissional é entendida, segundo Ferreti e Júnior (2000, p. 48), como “importante veículo para que os cidadãos tenham acesso às conquistas tecnológicas da sociedade como um todo”. Cabe à educação profissional formar o profissional polivalente, por meio de habilitações e competências específicas de cada área do saber.

Embora o discurso das Diretrizes Curriculares Nacionais permitam às instituições de ensino superiores (IES) elaborar seus projetos pedagógicos e, conseqüentemente, seus planos de ensino, há a necessidade de se cumprir a carga horária e os conteúdos elencados neste documento para atingir a formação almejada pelo Ministério da Educação, uma vez que são avaliadas por este órgão com o objetivo de padronizar a formação qualitativa do enfermeiro. Sendo assim, as DCN permitem a flexibilização na construção das matrizes curriculares desde que acompanhem as tendências do mercado de trabalho.

As evidências de que o mercado de trabalho pauta a formação profissional é percebida por meio do “modelo de competências” colocadas pelas DCN, no qual Deluiz (2001) afirma que este modo realizar a formação permite o desenvolvimento da competitividade, melhora a produtividade, a agilidade e a flexibilização necessária para garantir a empregabilidade. Desta forma, as DCN estabelecem quais as competências profissionais que devem ser desenvolvidas nos futuros profissionais enfermeiros.

Segundo as DCN (2001), ao término da formação os profissionais enfermeiros devem ser capazes de realizar atenção à saúde, de tomar decisões, de se comunicar, de realizar a administração e o gerenciamento das unidades de trabalho, de liderar grupos e de educar permanentemente a si e aos que o rodeiam. Essas competências estão intimamente ligadas aos conceitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Partindo do pressuposto que as competências profissionais trazidas pelas DCN são habilidades que podem ser desenvolvidas por meio de treinamentos, baseamos este trabalho no conceito de competências colocado por Perrenoud (1999, p.21): “as competências, no sentido que será aqui utilizado, são *aquisições*, aprendizados construídos”.

Entretanto, no âmbito da formação de enfermeiros, o documento aborda a qualificação de um ponto de vista bastante restrito e mercadológico, pois considera especificamente a qualificação do trabalhador, estabelecendo seus

atributos pessoais em relação aos atributos da profissão, ou seja, voltada para o mercado de trabalho. Não menciona os atributos para formar cidadãos, distanciando-se de uma formação voltada para a formação integral do ser humano, em todas as suas dimensões. Mas, as DCN são o principal referencial de formação profissional de enfermeiros e, no atual sistema de avaliação do ensino superior, as escolas são levadas a cumprir tais diretrizes.

Desta forma, os cursos de graduação passam a ser norteados por competências específicas de cada área e, embora não haja consenso entre os autores sobre o tema, é fato que este termo provém do campo dos negócios. Isto reforça a idéia de que o interesse maior do Estado é beneficiar o setor econômico, privilegiando a preparação para o mercado de trabalho.

As propostas curriculares para os cursos de graduação em enfermagem, seguindo a legislação vigente, evidencia a necessidade do desenvolvimento de competências profissionais que habilite o educando ao atendimento à saúde. Para tanto, as DCN prevêem, também, atividades práticas supervisionadas desde o início do curso. O objetivo de colocar o aluno em campo precocemente é proporcionar o contato com a realidade da profissão e com os serviços de saúde onde a prática e a teoria possam se construir juntas, refletindo acerca do ser, do conhecer e do fazer. Esta aproximação visa à superação da dicotomia entre o mundo idealista da escola e o mundo real do trabalho.

Objetivando o desenvolvimento das competências elencadas nas DCN, o Projeto Político Pedagógico do nosso Curso de Enfermagem (PPC) foi reestruturado, porém, reafirmamos que não traz como organização curricular um ensino embasado em competências. As competências são o fim que almejamos alcançar por meio da aproximação do ensino com a vivência real dos processos de trabalho do enfermeiro.

Durante o curso, o aluno entra em contato com a vida do trabalho de forma organizada. Nas fases iniciais o futuro profissional é instrumentalizado com o acompanhamento de um professor-enfermeiro, que executa supervisão direta de pequenos grupos em campos de aulas práticas. Ao final, o curso deve oportunizar ao aluno aplicar todo o conhecimento de forma autônoma.

Inicialmente, o aluno adquire conhecimentos e desenvolve habilidades e atitudes relacionadas às bases da profissão, os fundamentos profissionais são explorados a fim de capacitá-lo ao exercício profissional reflexivo e com criticidade.

No decorrer do curso, outros conhecimentos, habilidades e atitudes mais complexas são desenvolvidas partindo do pressuposto de que a maturidade do estudante o auxiliará nos processos mentais necessários para a compreensão da profissão. Por fim, o aluno, agora mais autônomo, experimenta a prática profissional de forma tutorada, permitindo que estabeleça relações de troca com os profissionais de campo e que possa “testar” e aprimorar as habilidades e conhecimentos adquiridos nos anos anteriores.

A prática tutorada pode ser chamada de Estágio Curricular Supervisionado (ECS) e acontece nos dois últimos anos da graduação conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Distingue-se das demais atividades teórico-práticas, pois permite a atuação do futuro profissional de forma mais independente, consciente e responsável. Caracteriza-se como proposta fortemente aderida à prática do cotidiano do trabalho em saúde. Com a intenção interativa, o aluno é desafiado a colocar-se criticamente frente à realidade da profissão.

O ECS, como estratégia de ensino aprendizagem, é a experiência que oportuniza planejamento de trabalho pelo próprio aluno, envolvendo o pensar e o agir pautados no aprofundamento teórico, na reflexão e criatividade, estimulando a renovação da prática profissional. Embora as competências venham sendo adquiridas ao longo do processo de formação, é por meio do ECS que elas são aprofundadas, tendo em vista nesta fase o aluno necessita articular todo conhecimento teórico-prático incorporado anteriormente com as habilidades e atitudes que foram e ainda estão sendo desenvolvidas. O ECS passa a ser o grande elo de ligação entre o mercado de trabalho e a educação.

Conhecer o papel do ECS envolve compreender os significados das competências profissionais postas pelas DCN. Tais competências iniciam seu desenvolvimento durante o período acadêmico, com relações estreitas entre teoria e prática, entre o ensino e o serviço, mas é no ECS que o aluno ganha espaço para mobilizar suas potencialidades de forma integral, pertinentes com seu campo profissional e em diversos contextos.

O ECS tornou-se obrigatório, a partir da regulamentação do Conselho Nacional de Educação (CNE, 2001) que determinou que na formação do Enfermeiro, além de conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o Estágio Curricular Supervisionado.

Para desenvolver esta atividade acadêmica, o processo de supervisão dos acadêmicos no estágio deve ser realizado por professores supervisores enfermeiros bem como pelos profissionais enfermeiros que atuam nas instituições onde o estágio é desenvolvido.

Arantes et al. (2009) mostram a importância do ECS na formação de nível superior por meio de uma pesquisa que conclui que o ECS exerce papel importante na incorporação de competências e habilidades descritas nas DCN, sendo que o percentual de alunos que se consideram muito/completamente capazes de realizar as atividades relacionadas à “Atenção à Saúde”, “Tomada de Decisão”, “Comunicação”, “Administração e Gerenciamento” e “Educação Permanente” foi maior após a realização do estágio.

Garcia (2001) assevera que o aprendizado no cotidiano dos serviços demanda a aplicação de uma lógica não linear entre quem ensina e quem aprende. Não só os docentes ensinam, mas também os trabalhadores em saúde, demais profissionais, os próprios alunos e as pessoas em cuidado, possibilitando as relações de ensino/aprendizagem em múltiplas direções e sentidos em que todos aprendem com todos e com todas as situações.

O nosso curso implantou no 2º semestre de 2010 sua primeira turma de ECS, após amplas discussões entre os membros do Núcleo Docente Estruturante do Curso de Enfermagem, a direção da IES, outras escolas de enfermagem e as Instituições de Saúde. O Núcleo Docente Estruturante (NDE) consiste em uma comissão de docentes com titulação acadêmica e carga horária para colaborar na elaboração, implementação e avaliação do projeto político pedagógico do curso.

A introdução do ECS na estrutura curricular, nesta nova concepção, tem exigido o envolvimento de alunos, docentes e profissionais de campo em torno de um objetivo comum: oferecer ao futuro profissional condições de refletir e estabelecer as relações entre a teoria e a prática no desenvolvimento de competências próprias da profissão segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Enfermagem.

Tendo em vista que os cursos de graduação são norteados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e que estas trazem as competências necessárias para os futuros profissionais, nossa pesquisa se justifica pela necessidade de refletir sobre o papel que o ECS tem no desenvolvimento de cada uma das seis competências estabelecidas, na visão do aluno e do docente. A reflexão sobre as

percepções desses atores poderá se apresentar como caminho para a re-elaboração crítica de questões da prática em enfermagem, de saúde e de ensino e, assim, melhorar a compreensão do processo de formação pelo ECS.

Sendo assim, esta pesquisa parte do seguinte problema: o Estágio Curricular Supervisionado na graduação em Enfermagem possibilita o desenvolvimento das competências nos futuros profissionais?

Para refletir sobre essa questão, acredita-se que o aluno, durante toda sua trajetória acadêmica vai adquirindo conhecimentos, desenvolvendo habilidades e atitudes compatíveis com a profissão que escolheu. Os conteúdos necessários ao futuro profissional são adquiridos de forma gradativa por meio das aulas teóricas e práticas que ocorrem, no caso da enfermagem, nos três primeiros anos da graduação e contam com a supervisão direta e controlada do professor.

A organização curricular se faz necessária para preparar o aluno para o momento do Estágio Curricular Supervisionado, onde é convidado a participar de forma ativa no seu desenvolvimento, aprofundando conhecimentos, adquirindo maiores habilidades, vivenciando experiências em contextos diferenciados e pensando de forma crítica e reflexiva nos problemas reais da profissão.

Logo, a hipótese que defendemos é que o Estágio Curricular Supervisionado do Curso de Enfermagem possibilita o desenvolvimento das competências do futuro enfermeiro, por meio da realização frequente de ações que as embasam.

Pretende-se buscar a compreensão sobre o desenvolvimento das competências pelo relato dos atores do processo: o aluno e o docente.

Analisar os relatos dos alunos se faz necessário, pois segundo Silva et al. (2009), para a educação em enfermagem, o aluno participa como sujeito na construção de conhecimentos e não mais somente como expectador.

Do mesmo modo, identificar as percepções dos docentes é também fundamental, tendo em vista que este atua como mediador dos conhecimentos do aluno. Segundo Casate e Corrêa (2006), os discentes esperam o apoio e a escuta por parte do professor, desejando ser visto na sua integralidade. O professor deverá enfatizar o desenvolvimento efetivo do espírito crítico, permitindo ao aluno aprimorar sua capacidade de questionar, investigar, divergir, argumentar, analisar, experimentar e avaliar.

Para esta investigação, buscamos elencar as ações mais freqüentes que direcionasse os alunos no desenvolvimento das competências profissionais. Essas ações foram embasadas no próprio texto das DCN e professores e alunos foram levados à refletir acerca da significância de cada uma delas para o desenvolvimento das competências.

Acreditávamos que o fato de realizar muitas vezes determinada ação poderia tornar o aluno apto a realizar as competências profissionais. Porém, a análise estatística utilizada pelo estudo mostrou que as ações que mais foram realizadas, não necessariamente, foram aquelas que os alunos e os professores apresentaram como significantes.

Sendo assim, a discussão das ações mais significantes que foram desenvolvidas no dia a dia do ECS, poderá contribuir para a avaliação do processo ensino-aprendizagem do curso. As discussões se apresentam como possibilidade do ensino reflexivo, voltado à formação de cidadãos e profissionais capazes de responder e questionar as diferentes demandas do trabalho, superando a dicotomia teoria-prática.

Nesse contexto, a presente pesquisa faz-se necessária, por buscar conhecimentos para subsidiar reflexões sobre o processo de formação do profissional enfermeiro, que neste estudo, encontra-se pautada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e envolvem a atuação comprometida de discentes, docentes e profissionais de campo.

1.1 Objetivos

Diante do exposto, torna-se necessária a compreensão do papel que o Estágio Curricular Supervisionado teve no desenvolvimento das competências: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, gerenciamento e administração e educação permanente na visão dos alunos e docentes envolvidos com o processo. Assim, esta pesquisa tem como objetivos:

Objetivo geral:

- Analisar o papel do Estágio Curricular Supervisionado no desenvolvimento das competências do futuro profissional.

Objetivos específicos:

- Averiguar o contexto de reformas na educação e seus desdobramentos/consequências no ensino superior, particularmente com a promulgação das novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem.
- Verificar a influência que o Sistema Único de Saúde do Brasil teve no ensino de enfermagem e suas repercussões para a profissão.
- Identificar as ações realizadas durante o ECS que contribuíram para o desenvolvimento, ou não, das seguintes competências: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

O tema em foco é o Estágio Curricular Supervisionado, que se encontra na fase inicial na Instituição pesquisada, sendo este o segundo semestre de sua realização. Para avaliar o processo de implantação e analisar se o ECS atingiu seus objetivos com relação ao desenvolvimento das competências, foi necessário realizar amplo estudo acerca do contexto e desdobramentos que permearam as reformas da educação no Brasil, bem como as reformas no Sistema de Saúde vigente, tendo em vista que educação e saúde se unem para a formação do profissional de saúde.

1.2 Método

Considerando que o objetivo investigado está inserido na realidade de alunos e docentes, vinculado aos significados que o tema da pesquisa tem para as pessoas (portanto, encontra-se no campo da subjetividade), optamos por uma proposta metodológica que permitisse uma análise quantitativa e também qualitativa da realidade vivenciada. Por se tratar de um curso de graduação em específico, selecionamos o estudo de caso, pois se trata de um tipo de pesquisa que privilegia um caso particular, uma unidade significativa considerada suficiente para análise de um fenômeno.

Optamos pelo Estudo de Caso, pois a temática em estudo, apesar de estar inserida dentro de uma unidade, faz parte de um contexto mais amplo. Sendo

assim, o interesse se incide naquilo que ele tem de único, de particular, mesmo que após as análises venham surgir certas semelhanças com outros casos ou situações. O estudo de caso permite a busca dos significados atribuídos pelos sujeitos às ações em questão, incluindo valores, aspirações e motivações (MINAYO, 2004).

Gatti (2005) argumenta que os participantes devem ter alguma vivência com o tema a ser discutido, de modo que sua participação traga elementos ancorados em experiências cotidianas.

A análise qualitativa está baseada em Marconi e Lakatos (2008), pois defendem que a pesquisa qualitativa parte do princípio em que o método não é exterior ao conteúdo, pois leva a um caminho onde o ponto de chegada é o conhecimento e, neste caso, o conhecimento é gerado pelas informações prestadas por pessoas envolvidas no estudo.

Lüdke e André (2003) afirmam que este tipo de pesquisa apresenta algumas características básicas, que vêm ao encontro com este estudo: o ambiente natural como sua fonte de dados e o significado que as pessoas (sujeitos) dão às coisas e à sua vida. Isso significa que cada participante da pesquisa trará suas experiências e anseios pessoais acerca do tema em questão: o desenvolvimento das competências por meio do Estágio Curricular Supervisionado.

A pesquisa qualitativa, neste trabalho, foi sustentada pela análise quantitativa dos dados obtidos, pois esse tipo de análise permitiu a compreensão fidedigna dos números encontrados. A análise quantitativa se deu por meio da análise estatística, que segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 312), “sem a estatística, os dados quantitativos seriam uma massa caótica de números”. Os procedimentos estatísticos permitem que o pesquisador resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica obtida.

A análise dos resultados obtidos deu-se de duas formas: as perguntas fechadas foram analisadas por meio de métodos estatísticos (Teste não paramétrico de Jonckheere-Terpstra e testes paramétricos para o estudo da igualdade de variância e igualdade das médias, respectivamente teste F e teste t) embasados em Campos (1983) para o teste não paramétrico e Melem (2010) para os testes paramétricos e as perguntas abertas por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009).

A análise estatística permitiu identificar se as ações que contribuíram para o desenvolvimento das competências estão relacionadas com a frequência com

que cada aluno realizou cada uma delas. E a análise qualitativa permitiu compreender de forma mais subjetiva os resultados da análise quantitativa.

1.2.1 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram: os atores que participaram da implantação da primeira turma de Estágio Curricular Supervisionado pelo curso estudado, que aconteceu no 2º semestre de 2010. A amostra foi formada pelos alunos do último semestre (8º termo) do curso de graduação em enfermagem, pelos docentes responsáveis pela implantação e execução do ECS.

A amostra contém representantes de todos os atores que participam do ECS (alunos e docentes) e o motivo de escolha refere-se ao fato de que os sujeitos fizeram parte do ECS que aconteceu no 2º semestre de 2010 na instituição pesquisada. Fizeram parte da primeira turma de estágio 120 alunos e 9 docentes e, para garantir que os dados que pudessem ser analisados também de forma quantitativa, procuramos selecionar os sujeitos de cada um dos segmentos envolvidos e obter a representatividade por meio da participação de 25% da população, ou seja, 30 alunos e 4 docentes.

1.2.2 Instrumento de coleta de dados

Para o procedimento de coleta de dados, utilizamos o questionário semiestruturado. A escolha pelo questionário como instrumento de coleta de dados se deu pelas características da própria pesquisa, em que objetivamos atingir um número significativo de pessoas. Neste sentido, Marconi e Lakatos (2009) colocam que se trata de um método de coleta de dados extensivo e apresenta vantagens que favorecerão o levantamento dos dados, tais como:

- Proporciona dados atualizados sobre o tema em investigação;
- Levanta os dados em um espaço relativamente curto de tempo;
- Poderá apresentar um volume significativamente de dados;

- Não requer pessoal treinado;
- Atinge um vasto número de pessoas simultaneamente; e
- Pode estimular a cooperação, pois respeita o anonimato.

O questionário foi construído sob o ponto de vista das Diretrizes Curriculares e contava com perguntas fechadas, que abordou as ações dentro de cada uma das seis competências descritas pelas DCN e perguntas abertas que proporcionaram análise qualitativa dos conteúdos de cada ator. Utilizamos dois tipos de questionários: um voltado para os alunos (que abordava a questão do aprendizado); e outro voltado para os docentes (que contemplava o desenvolvimento das competências na visão do docente). Os instrumentos se encontram nos apêndices II e III.

Dentro de cada tipo de questionário, as perguntas foram divididas em seis temas, sendo que cada tema se caracteriza por uma competência específica do enfermeiro trazida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, sendo os temas:

1. atenção à saúde;
2. tomada de decisão;
3. comunicação;
4. liderança;
5. gerenciamento e administração;
6. educação permanente.

1.2.3 Procedimento de coleta de dados

Para elencar os sujeitos, solicitamos junto à secretaria do curso ora pesquisado, a lista dos alunos do 8º termo de 2010, bem como os professores responsáveis pelo ECS.

Definidos os instrumentos, a coleta de dados deu-se pela aplicação do questionário nos dois grupos, ou seja, o grupo de alunos e no grupo de professores. Solicitamos a lista de possíveis sujeitos à secretaria do curso, totalizando 120 alunos e 9 docentes. Estes foram submetidos ao sorteio simples, a fim de evitar o “vício” na hora da escolha. Cada um dos alunos selecionados por meio de sorteio, 30 no total, respondeu ao questionário como forma de autoavaliação. Logo após, foram

sorteados 4 professores. Esses professores sortearam aleatoriamente 30 alunos que estiveram sob sua supervisão durante o período de estágio. Os professores avaliaram o desenvolvimento das competências dos alunos que estiveram sob sua supervisão. Dos quatro professores, dois avaliaram sete alunos e dois professores avaliaram oito alunos.

Aproveitando que os alunos ainda se encontravam em atividades de estágio, a pesquisadora agendou um horário para que pudessem responder ao questionário. Ao fazer o primeiro contato, a pesquisa foi esclarecida aos sujeitos, indagando a possibilidade de participação. Após aceitação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelos 30 alunos que aceitaram. Os alunos responderam ao questionário nas dependências da Universidade.

A coleta de dados por meio dos professores deu-se em outro momento. Após o sorteio dos 4 participantes, entramos em contato e agendamos um horário que seria mais conveniente para cada um. Junto à lista de alunos que cada docente supervisionou, sorteamos de 7 a 8 alunos, explicamos a pesquisa e os professores levaram os questionários e as fichas de avaliação de estágio dos alunos. A resposta do questionário junto à ficha de avaliação do estágio deu-se com o objetivo de aproximar as respostas dos desempenhos dos alunos. Cada professor levou seus questionários e foi dado um prazo de uma semana para entrega.

1.2.4 Análise dos dados

Os dados foram trabalhados de acordo com o perfil de cada pergunta do instrumento. As perguntas fechadas foram tabuladas e analisadas por meio da análise estatística. E as perguntas abertas foram analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009).

Para a análise estatística, dividimos os dados obtidos em três dimensões: a dimensão aluno, a dimensão professor e a dimensão que compara os dados obtidos dos alunos e dos professores. Para a análise dos dados da dimensão aluno e da dimensão professor, o estudo estatístico foi realizado em duas etapas.

Na primeira etapa o estudo descritivo foi realizado basicamente através de tabelas de distribuição e gráficos de barras e de setores, para todas as questões constantes no questionário para coleta de dados das dimensões aluno e professor. Para a segunda etapa foi necessária a utilização de métodos estatísticos não-paramétricos, pois segundo Campos (1983) esses métodos “São mais eficientes do que os paramétricos, quando os dados da população não têm distribuição normal.”, ou seja, quando os dados no estudo não atendem as suposições obrigatórias para os testes dos métodos paramétricos.

O teste não-paramétrico utilizado foi o teste de Jonckheer-Terpstra, que detecta diferença entre grupos por meio de ranqueamento, ou seja, é um teste de igualdade de tratamentos contra tratamentos ordenados em ordem crescente, nesse estudo os três níveis de frequência de realizações das ações que compõem a competência (“Nunca realizou”, “Realizou algumas vezes” e “Realizou com muita frequência”) foram consideradas como tratamentos. Sendo assim, para testes não paramétricos, quando há uma ordem natural, o teste de Jonckheere-Terpstra é mais eficiente e apropriado.

O princípio utilizado para a análise dos dados se deu baseado na frequência de realizações das ações agrupadas em cada uma das seis competências, ou seja, procuramos evidências estatísticas que pudessem comprovar se as ações realizadas com mais frequência pelos alunos também foram as ações que apresentaram significância estatística, justificando ou não o desenvolvimento da competência ao qual estava relacionada.

O aluno foi avaliado de duas maneiras: por meio de autoavaliação em que eles se atribuíram notas de 1 a 5 (sendo um para aqueles que não se consideram preparados e 5 para aqueles que se consideram completamente preparados). E por meio da avaliação de professores que os acompanharam, refletindo acerca das ações realizadas atribuindo notas ao preparo do aluno com relação a cada uma das seis competências. A análise estatística comparou as notas atribuídas para cada competência com os grupos que afirmaram ter realizado determinada ação com muita frequência.

A significância estatística¹ ($P < 0,05 = 5\%$ de significância) se deu ao cruzar as notas atribuídas por cada aluno com os grupos: realizou muitas vezes, realizou algumas vezes ou nunca realizou. O objetivo foi identificar se as ações que os alunos realizaram com muita frequência (mais treinados) foram aquelas que eles se sentiram mais aptos a desenvolvê-las no seu dia a dia de trabalho.

A análise de comparação entre a visão dos alunos e a visão dos professores se deu por meio do estudo através de métodos paramétricos, que segundo Melem (2010), uma vez que a quantidade de informações do estudo, que é maior ou igual a 30. Na comparação entre a visão dos alunos e a visão dos professores, foi utilizado o teste da igualdade das médias através do teste t, teste que para ser realizado exige que se conheça o comportamento dos indivíduos com relação à variabilidade, por esse motivo utilizando os conceitos em Melem (2010) aplicou-se o teste para a homogeneidade da variância, ou seja, teste para detectar a igualdade da variabilidade das respostas na visão dos alunos e na visão dos professores, através do teste F. Após a identificação oferecida pelo teste F no que diz respeito a variabilidade aplicou-se o teste t para a verificação das igualdades das médias

A análise qualitativa das perguntas abertas se deu da seguinte forma: tarefa de análise do material coletado implica, num primeiro momento, na organização do material, dividindo-os em partes, relacionando estas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. Num segundo momento essas tendências e padrões são reavaliados, buscando as relações e interferências num nível de abstração mais elevado.

Para Minayo (2004), a operacionalização da análise de conteúdos inclui três etapas:

1. Pré-análise: são identificadas na fase inicial de tratamento dos dados, as unidades de registros (palavras-chaves ou frases), as unidades de contextos, os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos gerais que irão orientar a análise. A autora recomenda que seja fundamental não perder de vista a questão central e o objetivo da pesquisa.

¹ Significância estatística é probabilidade que se tem de, no julgamento de uma hipótese estatística, cometer o erro de rejeitá-la sendo ela verdadeira; nível fiducial. Ou seja, 5% de significância é o mesmo que dizer que temos 5% de chance de estar errado na nossa afirmação, conseqüentemente 95% de chance da nossa afirmação ser verdadeira.

2. Exploração do material: nesta etapa, os dados iniciais obtidos são transformados com o objetivo de compreender o texto a partir de seu núcleo de sentidos. Após realizam-se os recortes dos textos em unidades de registros e realiza-se a classificação e a agregação dos dados de acordo com as categorias teóricas ou empíricas que nortearão a especificidade de cada tema.
3. Tratamento dos dados obtidos: nesta última etapa ocorre a interpretação dos dados já categorizados, correlacionando-os com o referencial teórico que fundamenta a pesquisa.

Os dados coletados foram organizados nas dimensões descritas anteriormente; em cada dimensão, as competências foram tratadas como categorias onde os mesmos se inseriram. Após a análise, dentro de cada competência, foram criadas novas a partir das várias leituras e interpretações dos dados coletados, vale ressaltar que estas categorias foram elaboradas a partir das análises dos conteúdos (BARDIN, 2009).

O analista, segundo Bardin (2009) trata a mensagem com a intenção de inferir conhecimentos sobre o emissor. Desta forma, a primeira etapa que o pesquisador deve percorrer é enumerar as características dos textos, resumi-las e elencar descritores aos achados (categorização). A segunda etapa é a interferência onde o pesquisador encontra pontos nos discursos que sofrem a ação dos pressupostos dos sujeitos da pesquisa levando à terceira etapa que consiste na interpretação, que se caracteriza pela significação concedida às características do texto (LABEGALINI, 2007).

A partir dos resultados alcançados, buscaremos estabelecer relações dentro do estudo e com o arcabouço teórico que sustenta esta pesquisa, na tentativa de responder à questão crucial que norteia a escolha pelo tema, o desenvolvimento de competências do profissional enfermeiro pelo ECS.

2 O REFLEXO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: AS REFORMAS DO ESTADO E DA EDUCAÇÃO NO BRASIL

Para falarmos do processo de formação profissional, em específico nesta pesquisa da formação do enfermeiro como agente transformador da sociedade, capaz de atuar de forma ativa nas políticas sociais, em especial as de saúde, o enfermeiro deverá atuar de forma comprometida com as questões que envolvem o processo de saúde/doença. Julgamos, portanto, necessário aprofundarmos nosso olhar acerca dos paradigmas que permearam toda a trajetória da educação, destacando a educação profissional, no Brasil.

A história da formação profissional está intimamente ligada à história do setor produtivo e da economia mundial. No Brasil, esta relação é evidenciada nas políticas sociais, dentre elas, nas políticas voltadas para o setor da educação que, entre outros objetivos, busca também atender as novas demandas de mercado e assim tornar o país mais competitivo economicamente. Esse direcionamento para o mercado de trabalho modificou significativamente a educação desde a década de 90 (início das reformas educacionais) e vem modificando desde o ciclo básico até o ensino superior.

Para discorrermos sobre este contexto, levantamos o que a bibliografia nos traz sobre a reestruturação produtiva, suas repercussões na economia nacional e as transformações na educação, que se fizeram necessárias para acompanhar a velocidade do progresso científico tecnológico mundial. Alves (2007) explica que para compreender as reformas em andamento é necessário compreender o movimento em que o sistema de controle da economia de capital coloca à sociedade, pois tais reformas foram feitas para atender a flexibilização necessária para manter o país produtivo num mundo globalizado.

2.1 O Desenvolvimento da Economia Mundial e a Reestruturação Produtiva

Marx em 1848 já falava da formação de um mercado mundial onde o capitalismo direcionaria as relações de produção e, conseqüentemente, as relações

de trabalho. Seguindo a ideologia Marxista, Batista (2008) afirma que o capitalismo, a partir da permanente revolução dos seus meios de produção, carrega consigo um processo permanente de transformação das relações de produção e, conseqüentemente, transforma os modos de trabalho para adequá-los à expansão do mercado. Entretanto, a valorização das formas de produção, que geram acúmulo de capital e permitem o controle do mercado e da economia global, só se concretiza após a segunda guerra mundial.

O período pós-guerra (guerra fria) impulsionou o capitalismo por meio da hegemonia norte-americana que se caracterizava por três fatores predominantes: poderio militar, influência político-diplomática sobre os demais países e crescente envolvimento econômico nos negócios mundiais (KORITIAKE, 2008).

Após a Segunda Guerra Mundial (1945), o capitalismo vivenciou um crescimento exorbitante graças às formas de produção em massa necessária para suprir as demandas de produção. Koritiake (2008) defende que as idéias de Taylor, empregadas por Ford nas grandes montadoras de carros da época (1940 a 1970), foram amplamente aceitas e difundidas por força das necessidades de atender ao complexo sistema que envolvia o conflito mundial. Era preciso muitos produtos para atender aos países que encontravam no capitalismo uma forma de se reerguer e, para tanto, se fazia necessário o aprimoramento e a organização da produção.

As indústrias passaram a utilizar as idéias de Taylor (1854-1915), que tinham como proposta básica, segundo Kurcgant (1996), o aumento da produção pela eficiência do nível operacional. Para tanto, preconizava-se a divisão do trabalho, a especialização dos operários e a padronização das atividades e tarefas por eles desenvolvidas. Desta forma, o operário passava a saber cada vez menos do todo que constituía seu trabalho, para saber cada vez mais da parte que lhe cabia.

Batista (2008) corrobora discorrendo que Ford, para organizar a força de trabalho ao ritmo necessário da produção em série, incentivava a mão de obra com o pagamento de altos salários. Esta iniciativa buscava um “controle efetivo do capital sobre o trabalho”, defende Druck (1999, p. 32). No entanto, as idéias da administração científica de Taylor não foram devidamente copiadas por Ford, pois rompe com os princípios da hierarquia do trabalho (chefe/subordinado) e transfere ao trabalhador a responsabilidade de melhorar seu “cargo” de acordo com sua

própria competência (operário/capital). Estes princípios difundiram a competição no mundo do trabalho e a gestão por iniciativa e incentivos aos trabalhadores.

Assim, o surgimento do sistema de fábrica demonstrava que, para obter maior eficiência e maior produtividade – elementos indispensáveis para a concorrência capitalista –, era preciso o controle do trabalho, impondo uma divisão e organização, uma hierarquia que garantisse a subordinação do trabalho ao capital (DRUCK, 1999, p. 34).

Porém, Batista (2008) destaca que os pontos fortes da administração científica permaneceram na forma de se desenvolver os meios de produção. No Taylorismo houve a substituição do método empírico (se repetia o que dava certo sem que houvesse um aprofundamento dos métodos) para o método científico, a cronometrização das tarefas a fim de otimizar a força de trabalho e diminuir o desperdício, e a divisão do trabalho em trabalho intelectual e trabalho mecânico segundo critérios de competência.

Taylor considerava que não cabia à oficina planejar o trabalho. Um grupo de especialistas tinha a incumbência de planejar, preparar e organizar o trabalho, cabendo ao operário simplesmente a execução da tarefa [...]. O trabalho é pautado na divisão e simplificação das tarefas, com ciclos curtos, estudos sistematizados dos tempos que possibilitam a verificação do rendimento de cada trabalhador e a separação entre as funções de concepção e de execução. Desta forma este modelo não necessita de um trabalhador qualificado para a execução, e, sim, alguém cuja função era repetir indefinidamente movimentos padronizados, tendo como objetivo a dependência do conhecimento do homem especializado para o trabalho (KORITIAKE, 2008, p. 29).

Após Taylor, para desenvolver as tarefas necessárias, Ford apostava no modelo de proteção do trabalhador. Segundo Koritiake (2008), a partir de 1930 foram assegurados alguns benefícios sociais: a criação de relações trabalhistas mais estáveis, ou seja, uma legislação social referente ao salário mínimo; a geração de convenções coletivas de trabalho e a garantia da previdência social aos trabalhadores oferecidas pelo Estado. Esses benefícios mantinham o trabalhador como consumidor mesmo no caso de estarem impedidos de se integrarem à produção por motivo de doença, velhice ou aposentadoria.

Conforme Vieira (2001), o Estado teve que assumir novos papéis e construir novos poderes. Teve que intervir na economia por meio de gastos públicos, para assegurar a demanda efetiva e, assim, o nível de emprego, além de garantir as condições institucionais para a sobrevivência dos indivíduos pela regulação do nível

básico de salário/renda, seguridade social e assistência à saúde (Estado de Bem Estar Social).

Para atender às demandas ditadas pelo capitalismo, o Estado precisou proporcionar infraestrutura necessária para o processo de acumulação dos capitais oferecendo benefícios fiscais para instalação de novos investimentos privados, investindo em setores produtivos, através de empresas estatais ou ainda, sendo elemento fundamental para a manutenção das estabilidades econômicas.

Para Moraes (2002, p.19)

o Estado de Bem-Estar ou as políticas sociais não eram apenas uma administração, mas um modo civilizacional. Era um modo de conexão, de representação de vontades e interesses, já que suas políticas precisavam 'encarnar' em agências do Estado (secretarias, departamentos, comissões etc.) em que se tomavam deliberações para implementá-las. E envolviam diferentes níveis de responsabilidade de governo.

Nesta época, Koritiake (2008) destaca que o crescimento da oferta de postos de trabalho acarretou um maior padrão de consumo por parte da classe trabalhadora. Nos países que adotaram o fordismo plenamente, ocorreu um círculo vicioso de crescimento (quanto mais o trabalhador ganhava, mais gastava), favorecendo também a abertura do comércio internacional que representou a globalização de oferta de matéria-prima mais barata para suprir as necessidades do consumo. A internacionalização dos mercados favoreceram o fortalecimento de outros setores da economia como saúde, habitação, transporte, turismo e outros.

Já nos países do terceiro mundo, Koritiake (2008) coloca que acontece um processo de industrialização, ainda que heterogêneo, em vários momentos. Muitos países que tinham características de mero fornecedores de matéria prima, passaram a ser fornecedores de bens e serviços para o mercado mundial.

A empresa alemã Volkswagen instalou fábricas na Argentina, Brasil (três), Canadá, Equador, Egito, México, Peru, África do Sul e Iugoslávia sobretudo após meados da década de 1960. Novas indústrias do terceiro mundo abasteciam não apenas os crescentes mercados locais, mas também o mercado mundial (HOBSEMAW apud KORITIAKE, 2008, p.36).

Entretanto, as linhas de montagens vêm aos países citados acima não com as mesmas condições econômicas dos países de origem, pois os produtos eram produzidos por operários que não tinham condições de comprar o seu próprio carro, como o caso das montadoras. Para Druck (1999), no Brasil não ocorreu,

efetivamente, o processo de integração de ambas as massas, o mercado de trabalho não era o mesmo do que o mercado de consumo.

Neste contexto onde quem produzia não era quem consumia, Druck (1999) coloca que o fordismo, no terceiro mundo, foi marcado não só pela expansão do modelo operacional pela eficiência do trabalho, mas, também pela repressão da classe trabalhadora, que travou lutas de classes a fim de garantir condições justas de trabalho. Neste contexto, as lutas dos sindicatos se concentraram em ampliar os ganhos de produtividade, incorporando-os em seus salários, como forma de distribuição dos resultados positivos alcançados pela economia na época.

No âmbito do processo do trabalho, constatava-se um movimento generalizado de lutas e resistências nos locais de trabalho, expressas por altos índices de absenteísmos, de *turnover*, nos defeitos de fabricação e na quebra do ritmo de produção. Ao mesmo tempo avança o poder dos sindicatos, que exigem a continuação dos ganhos de produtividade incorporados aos salários (DRUCK, 1999, p. 38).

O fim da década de 1960 e início dos anos de 1970 são marcados pelas pressões competitivas entre as grandes empresas americanas e as outras nações na busca de novos mercados e da manutenção dos mercados já existentes. Com o objetivo de tornar a empresa mais competitiva, Koritiake (2008) coloca que os países industrializados passaram a adotar políticas que pudessem substituir a importação nas empresas instaladas no terceiro mundo.

Desta forma, com a queda das exportações ocorre o acúmulo de mercadoria em estoque nas empresas do terceiro mundo. A falta de planejamento fez gerar o desperdício. O desperdício provocado pelo excesso de produção, pelo tempo ocioso, pela fabricação indevida, pelo transporte, pela produção rejeitada, pelas atividades improdutivas e conseqüentemente pelo estoque, sintetiza Korikiake (2008).

Druck (1999), ao refletir acerca de todo processo de quebra do modelo fordista de produção (produção não condizente com a filosofia capitalista e os movimentos de indisciplinas sociais), destaca que os desdobramentos da crise na década de 70 exigiram mudanças fundamentais, que foram o bojo do processo de esgotamento do modelo de produção pela eficiência. Ao mesmo tempo, já anunciava alternativas de saídas para a crise. Sendo elas (DRUCK, 1999, p. 39):

O acontecer da chamada 'Terceira Revolução'. As mudanças nas políticas de organização e gestão do trabalho. As mudanças nos mercados de produtos, determinadas pelas transformações das formas de concorrências intercapitalistas, onde a qualidade e a diferenciação dos produtos tornam-se, mais do que nunca, determinantes das novas bases de competitividade.

Moraes (2002, p.14) elenca alguns fatores que explicam a crise dos anos de 1970, dentre eles:

o esgotamento dos modelos de acumulação de capital e das instituições políticas que lhes eram afins (em especial a democracia de massas); a inviabilidade das políticas nacionais voltadas para promover o desenvolvimento econômico, controlar os ciclos de crescimento e recessão e gerir eficientemente as relações interclasses (as políticas de renda e de bem estar social, em particular).

O autor coloca que as políticas de Bem-Estar Social contribuíram para o declínio do modelo de produção Fordista, pois desestabilizou o poder do Estado em se posicionar frente à crise. Elenca três grandes motivos: os custos crescentes das políticas sociais e seu impacto sobre os fundos públicos (inflação, endividamento); os efeitos deletérios dessas políticas sobre os valores, comportamentos de indivíduos, grupos sociais e empresas (fato evidenciado pelas greves, organizações dos trabalhadores e aumento da força sindical) e os resultados desastrosos que aconteceram pela implementação de programas que ajudassem a resgatar a economia.

Na busca de atender o atual momento da economia, surgem as técnicas japonesas como uma forma de organização do processo produtivo, o toyotismo (desenvolvido e implantado inicialmente na fábrica da Toyota e mais tarde difundida para outras empresas japonesas). Koritiake (2008) coloca que a principal causa para origem deste novo sistema de produção se baseou na necessidade das empresas serem competitivas urgentemente sob pena de desaparecerem do mercado mundial.

O toyotismo é o modo de organização do trabalho e da produção capitalista adequado à era das novas máquinas da automação flexível, que constituem uma nova base técnica para o sistema do capital, e da crise estrutural de superprodução, com seus mercados restritos. Entretanto cabe salientar que o toyotismo é meramente uma inovação organizacional da produção capitalista sob a grande indústria, não representando, portanto, uma nova forma produtiva propriamente dita (ALVES, 2007, p. 246).

Para Alves (2007), o novo padrão tecnológico iniciou-se, no Brasil, nos anos de 1980. As mudanças organizacionais na linha de produção levaram à criação de um novo paradigma intensivo em capital, tecnologia, informação e conhecimento. O “espírito Toyota”, idealizado por Taiichi Ohno, inverte o conceito americano de produção em escala para a produção voltada para a redução de custo.

Druck (1999) coloca que o genuíno modelo japonês é composto por quatro grandes dimensões: o sistema de emprego adotado pelas grandes empresas; sistema de organização e gestão do trabalho; o sistema de representação sindical e o sistema de relações interempresas.

As relações entre empresas de grande e médio porte se fazem como forma de subsistência, onde empresas maiores e mais estruturadas passam a contratar serviços das menores, como uma forma de subcontratação, como mostra Druck (1999).

As relações de subcontratação entre as empresas trouxeram grande diferenciação no modo de viver dos trabalhadores, pois a forma de organização do trabalho no modelo japonês estava garantida apenas para as grandes empresas, levando as pequenas empresas a oferecerem condições desiguais e até mesmo precárias de contratação. Druck (1999) acrescenta que os benefícios oferecidos pelas grandes empresas (emprego vitalício, mão de obra qualificada, envolvimento do trabalhador na busca por produtividade e salários condizentes com cargos assumidos) levaram os trabalhadores a buscarem maiores qualificações com o objetivo de concorrer às vagas nas grandes empresas.

Analisando a colocação de Druck (1999), percebe-se que a subcontratação (ou terceirização) não aparece somente no campo econômico como forma de redução de custos, mas como estratégia política que segmenta os trabalhadores em primeira categoria e segunda categoria. Para se atingir a primeira categoria, o trabalhador precisa se qualificar e se diferenciar dos demais, caso contrário, não conseguirá sua empregabilidade.

A implementação de novas tecnologias, novas políticas de gestão do trabalho e o crescimento de novos setores produtivos (informática, biotecnologia e prestação de serviços) exigem do país um posicionamento frente ao desenvolvimento do capital humano. A nova forma de organização das empresas passa a ser alimentada pela competitividade intelectual dos seus colaboradores que, neste modelo, depende cada vez mais da qualificação para se manter produtivo.

A nova ordem econômica mundial, que surgiu entre a década de 1980 e 1990, (flexibilização da produção, investimento no capital intelectual e lucro a partir da redução dos custos da produção), reorganizou o trabalho para que o mesmo se tornasse flexível. Ferreti (2000, p. 49) caracteriza o trabalho flexível como aquele que é “capaz de acompanhar as alterações sem comprometimento da velocidade de produção, da qualidade do processo e do próprio produto”. Essas características conferem a base produtiva à capacidade de mudanças rápidas e sem prejuízos, tornando a nova empresa competitiva e uma empresa só será flexível e competitiva se seus funcionários também forem flexíveis.

Koritiake (2008), afirma que a reestruturação imposta à produção, adequando as organizações às exigências do mercado, não se limita somente ao mundo do trabalho, mas a todos os setores da sociedade, na esfera do Estado e nas políticas públicas. O mercado passa a ser o grande instrumento de regulação social, onde eficiência e produtividade são consideradas peças fundamentais na reestruturação do capital.

Essa nova organização mundial ganha forças no discurso neoliberal, que defende o mercado como única alternativa para a superação da pobreza e da exclusão, e também a ideia da necessidade da Reforma do Estado para acompanhar a tecnologia. Ferreti e Júnior (2000) colocam que as políticas do Estado de Bem-Estar Social, que desenvolvia seus projetos objetivando atingir e beneficiar as massas, perde espaço para políticas sociais que se pautam no individualismo, no empreendedorismo e na busca por inclusão social por meio de ações privadas pontuais. Esta tendência faz crescer a participação da iniciativa privada no campo das políticas sociais, sobretudo aquelas ligadas à saúde, à educação e ao meio ambiente.

As políticas sociais deixam de ser prioridade para o Estado, dentre elas destacamos as políticas educacionais. Nesse contexto, as políticas educacionais passam a ser vistas como meio de garantir capital humano competitivo e flexível, pois estabelecem relações entre o sistema escolar e o setor produtivo através do desenvolvimento de competências necessárias ao mundo do trabalho. O que se observa é que a reestruturação produtiva só se viabiliza com um ensino voltado para as necessidades do mercado.

Para acompanhar as mudanças impostas pelo mercado, o Brasil entrou num profundo processo de reestruturação das políticas educacionais, que através do

“apoio” de organismos internacionais ganhou força e “poder” para propor e implantar mudanças necessárias, que acontecera, principalmente, na década de 1990.

A seguir, então, abordaremos o papel da educação frente às exigências do mercado, diante da expressiva mudança provocada pela reestruturação produtiva nos diversos setores da sociedade, bem como o papel dos organismos internacionais frente a estas reformas.

2.2 A Educação Como Instrumento Para o Crescimento Econômico e as Reformas Educacionais na Década de 1990

As mudanças na forma de produção e acumulação do capital levaram o Estado a repensar sua forma de atuação, ou seja, repensar seu papel frente as políticas educacionais. Freitas (2004) coloca que as mudanças nos setores de produção de bens e serviços introduziram novas tecnologias neste processo (digitalização), nova forma na organização do trabalho e, conseqüentemente, nova forma de se pensar a formação. A produção que antes era baseada em um fluxo de matérias-primas centradas na previsão de necessidades dos clientes, passa a colocar as necessidades dos clientes no processo de produção de forma imediata, onde as novas possibilidades de agregar valor ao produto ou serviço surgem a partir dos novos desejos do consumidor.

Freitas (2004) defende que há uma complexa interação entre o campo da produção de bens e serviços e o campo de políticas educacionais, pois os objetivos da formação passam a ser norteados pelo campo econômico. Em cada uma das esferas sociais e econômicas são gerados processos de avaliação por parte do Estado (avaliação do desenvolvimento social, avaliação do desenvolvimento profissional, avaliação da formação e avaliação do trabalho pedagógico) como forma de garantir o cumprimento de regras estabelecidas para servir a lógica de acumulação de capital (nova ordem mundial). A compreensão do desenvolvimento econômico não é possível ser feito isoladamente, tendo em vista que as políticas sociais, dentre elas a educação, foram muito importantes para o tão sonhado desenvolvimento do país.

Libâneo, Oliveira e Toschi (apud KORITIAKE, 2008, p.63), descrevem bem a relação economia/educação:

Educação e conhecimento são, portanto, bens econômicos necessários à transformação da produção, à ampliação do potencial científico-tecnológico e ao aumento do lucro e do poder de competição em um mercado concorrencial que se pretende livre e globalizado. Tornam-se claras, assim, as conexões educação/conhecimento e desenvolvimento/desempenho econômico. A educação constitui um problema econômico na visão neoliberal, já que é o elemento central desse novo padrão de desenvolvimento (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI apud KORITIAKE, 2008, p.63).

Neste sentido, para garantir a competitividade necessária ao Brasil foram introduzidas soluções preconcebidas sob o controle de organismos internacionais que passaram a ocupar um papel central na aplicação de políticas que redirecionassem os investimentos em educação. As políticas educacionais foram as primeiras a sofrer as consequências deste alinhamento ao mercado internacional, que no Brasil foi fortemente evidenciado na década de 1990.

Koritiake (2008) afirma que o liberalismo econômico proposto pelos organismos internacionais redirecionou as políticas educacionais no Brasil, principalmente no final da década de 1980. E acrescenta que em muitos países, mesmo que em ritmos diferentes, a década de 1990 é demarcada pela globalização, livre mercado, competitividade, produtividade, reestruturação produtiva, revolução tecnológica, reforma do Estado e restrições aos direitos sociais.

A garantia que os países em desenvolvimento precisavam para se manter competitivos num mundo globalizado veio por meio de acordos firmados com as agências financiadoras. Inspirados no modelo neoliberal, as agências financiadoras, ou seja, os organismos internacionais impõem prioridades que interferem diretamente nas políticas sociais, como o desmonte das políticas de proteção, a busca de minimização do papel do Estado no tocante às de cunho social, o enxugamento da máquina estatal e privatização de bens e serviços entendendo que o Estado precisa de Reformas para superar o assistencialismo e o paternalismo transferindo a produção de bens e serviços à sociedade e à iniciativa privada (DOURADO, 2002).

Segundo Trojan (2009, p.1):

entre os principais objetivos proclamados para essa reforma consta a melhoria da eficácia da atividade administrativa, a melhoria da qualidade na prestação de serviços públicos, o aumento da produtividade na administração do Estado e, especialmente, a redução dos gastos públicos, cujos principais instrumentos utilizados foram a privatização e a descentralização.

As políticas educacionais, nos anos de 1990, foram alvos desta somatória de acontecimentos. A nova lógica do mercado tende a substituir as qualificações duráveis (conhecimentos que não se tornavam obsoletos na era Ford), que era objeto de formação integral do sujeito, pelo desenvolvimento de competências e habilidades breves e facilmente mutáveis. Segundo Freitas (2004), a educação passa a ser entendida como serviço e não mais como um direito, onde a escola e as universidades passaram a ser vistas como organizações instrumentalizadoras.

Nos anos de 1990, o Brasil torna-se o país das reformas (FERRETI; JÚNIOR, 2000) e o começo dessa década foi marcada por acontecimentos importantes no contexto dos processos de reformas na Educação, sendo destacados os cinco principais encontros que, segundo Casassus (2001), nortearam as reformas na América Latina. O primeiro deles foi a Conferência Mundial de Educação para Todos (Tailândia 1990); o segundo marco foi o Promedilac IV (Quito, 1991), o terceiro foi estabelecido pela 24ª Reunião da Cepal (Santiago do Chile, 1992), o quarto aconteceu por meio do Promedilac V (Santiago do Chile, 1993) e o quinto marco, também em Santiago (1993) foi o Seminário Internacional organizado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) sobre descentralização e currículo.

A Conferência Mundial de Educação para Todos, organizada pela UNESCO e pelo Banco Mundial (BM) aconteceu na cidade de Jomtien, na Tailândia em 1990, teve como objetivo estabelecer compromissos mundiais para garantir a todas as pessoas os conhecimentos básicos necessários a uma vida digna.

Torres (2001, p.40-41) coloca que:

A Educação para Todos define as necessidades básicas de aprendizagem (NEBAs) num sentido muito amplo, incluindo, neste conceito, conhecimentos, destrezas e valores indispensáveis para sobreviver, participar e exercer plena cidadania, desenvolver as próprias capacidades, estar informados e capacitados para tomar decisões fundamentadas e continuar aprendendo dentro de um marco de educação e aprendizagem permanente.

[...] o acesso a formas superiores de pensamento, a leitura por prazer e não instrumental, a arte como meio de expandir a criatividade ou as modernas tecnologias que passam a permear o cotidiano das pessoas não fazem parte das NEBAs e da oferta de educação para as crianças, jovens ou adultos.

Dentre as estratégias definidas na Conferência, sintetizamos: satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem, dar prioridades a meninas e mulheres, dar atenção especial aos grupos, concentrar a atenção mais na aprendizagem, fortalecer a articulação das ações e ampliar o alcance e os meios da educação básica (TORRES, 2001).

A partir da Conferência de Jomtien, os países envolvidos passaram a incorporar políticas educativas globais ditadas pelos organismos internacionais. Tais políticas foram impostas pelo Banco Mundial, parceiro mais forte da Educação para Todos, utilizando como instrumento o crédito internacional.

O pacote de reformas educativas recomendado aos países em desenvolvimento por meio da Conferência de Jomtien, principalmente no campo da educação primária, segundo Torres (2001, p. 79) foi:

empréstimos e assessoria técnica da banca internacional para o diagnóstico, delineamento e execução da reforma, primazia da análise econômica na definição de problemas e prioridades, ênfase na educação básica incluindo a transferência de recursos destinados ao ensino superior, foco na pobreza e nas políticas de compensação de distribuição positiva para os grupos mais desfavorecidos ou em risco, reforma administrativa como prioridade, descentralização da gestão e da autonomia da escola, ênfase na avaliação do rendimento escolar e na implantação de sistemas nacionais de avaliação de resultados, ênfase na tecnologia educativa, incentivos à educação à distância e das modalidades de ensino autoinstrutivos, congelamento dos salários dos professores e promoção de incentivos vinculados ao desempenho, impulso à capacitação docente em serviço (incluindo esquemas descentralizados na oferta de tais capacitações), políticas de financiamentos compartilhados com a recuperação de custos (contribuição econômica dos pais e da comunidade para pagar contas da educação escolar local), consultas e busca de acordos para validação das políticas contanto com a participação de ONGs e empresários, além de um pacote de medidas voltadas para a melhoria da qualidade educativa (acesso ao livro didático, aumento do tempo de instrução, capacitação docente em serviço entre outras).

Segundo Koritiake (2008), os membros participantes desta Conferência assinaram uma Declaração e um Marco de Ação, comprometendo-se a garantir educação básica de qualidade para crianças, jovens e adultos estabelecendo objetivos para a década de 1990 voltados para a satisfação das necessidades básicas de aprendizagem. Cabe ressaltar que este movimento não contemplou a

formação profissional, mas uma formação que oferecesse um pacote elementar de destrezas úteis para a sobrevivência e para as necessidades imediatas e mais elementares das pessoas.

Em 1991, em Quito, aconteceu a reunião de Ministros da Educação da América Latina e Caribe convocada pela UNESCO denominada Promedilac IV. Casassus (2001, p.11) coloca que esta reunião teve como objetivo “analisar o desenvolvimento do Projeto Principal de Educação para a América Latina e o Caribe”. Na reunião, determinaram que a gestão fosse o instrumento principal para suscitar uma profunda transformação dos modelos tradicionais de administração. Era preciso empreender uma nova etapa de desenvolvimento da educação que responda aos desafios da transformação das atividades de produção, de equidade social e de democratização política. Para tanto, o novo modelo de gestão deveria facilitar a abertura do sistema, terminando com sua autorreferência para responder às demandas da sociedade; estabelecer novas alianças, abertura do sistema de participação e de tomada de decisões a novos atores e novos aliados; iniciar um vasto processo de descentralização e investir em processos de permitissem avaliar a qualidade do sistema educativo ao invés da quantidade.

Em 1992, em Santiago do Chile, aconteceu a 24ª Reunião da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) envolvendo os Ministros da Economia e Finanças dos países membros. Seus objetivos, segundo Casassus (2001, p. 12), era “analisar a conveniência de voltar a situar a educação como centro das estratégias de desenvolvimento dos países envolvidos”. Esta estratégia foi orientada pela lógica que as exigências de crescimento econômico na década de 1990 demandavam cada vez mais investimentos na área da educação. Entretanto, o crescimento sustentável preconizado pelos países membros necessitaria de uma sociedade integrada e somente a educação poderia contribuir para esse propósito. Desta maneira, a educação emergia como a única política pública capaz de responder às necessidades de desenvolvimento expressa no crescimento econômico e na integração social. Após esta reunião conclui-se que a educação era o mecanismo que poderia garantir o desenvolvimento econômico.

Em 1993, também em Santiago do Chile, os Ministros da Educação da América Latina e Caribe voltaram a se reunir (Promedilac V), que segundo Casassus (2001, p.12) teve como propósito de “criar, identificar e esboçar ações que permitissem melhorar a qualidade das aprendizagens”. Para tanto, chegaram à

conclusão de que os instrumentos eram a criação de sistemas nacionais de avaliação e o desenvolvimento de programas de discriminação positiva. Porém, não bastaria criar mecanismos de avaliação nacionais, era preciso focar também nos processos que acontecem dentro das escolas (CASASSUS, 2001).

Neste mesmo ano aconteceu, no Chile, o Seminário Internacional organizado pela UNESCO sobre descentralização e currículo. O objetivo desse seminário foi “discutir a experiência internacional sobre as diferentes modalidades de descentralização curricular e as possibilidades de contemplar, ao mesmo tempo, o comum e o diverso no currículo” (CASASSUS, 2001, p. 12). Estes objetivos visam a tornar os currículos mais regionais, aproximando a formação dos problemas do cotidiano. Desta forma, o currículo deveria ser guiado por competências e introdução de temas regionais (flexibilização curricular).

Casassus (2001) conclui que estas reuniões e fóruns elencaram três grandes objetivos a serem alcançados pelos países latino-americanos, sendo eles: colocar a educação como centro das estratégias de desenvolvimento econômico, iniciar nova etapa de desenvolvimento baseado nas mudanças de gestão (descentralização da educação e diminuição do papel do Estado enquanto mantenedor) e melhorar a qualidade do aprendizado.

As metas colocadas por meio do consenso entre organizações internacionais e o governo das nações levou a reorganização dos Estados. Para atingir as metas propostas houve, no Brasil, uma série de determinações políticas, econômicas e sociais que nortearam as políticas educacionais. Segundo Dias e Lara (2008) a Reforma do Estado efetivada pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Fernando Henrique Cardoso, 1995) pode ser apontada como marco importante para as alterações ocorridas.

A Reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento (Ministério da Administração e da Reforma de Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, DF: MARE, 1995).

Oliveira (1999) coloca que a Reforma do Estado Brasileiro de 1995 segue os princípios neoliberais onde este deve interferir o mínimo possível no setor

social e não regulamentar o mercado, deixando-o livre para a concorrência e para a competitividade, fatores impulsionadores de qualidade.

Neste sentido, explicam-se as ações de privatização, transferência do serviço público para o setor privado, terceirização de serviços de administração pública e a participação da população na gestão pública. Assim, a função do Estado passa a ser mínima na regulamentação e ação em vários setores, principalmente nos setores inerentes às políticas sociais (DIAS; LARA, 2008).

Para Höfling (2001), a Reforma do Estado, que trouxe consigo a privatização de empresas públicas e mudanças estruturais econômicas, iniciou as reformas no campo da educação. A Educação, neste contexto, serve ao Estado capitalista, onde as estratégias educacionais, mais do que nunca, ganham importância vital na difusão dos conteúdos, habilidades e valores ligados a esse modelo de sociedade.

Entre os principais objetivos proclamados por essa reforma constam a melhoria da eficácia da atividade administrativa, a melhoria da qualidade na prestação de serviços públicos, o aumento da produtividade na administração do Estado e, especialmente, a redução dos gastos públicos, cujos principais instrumentos foram a privatização e a descentralização (TROJAN, 2009, p.1).

Um dos frutos desta Reforma na área da educação foi a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n. 9394/96) promulgada em 20 de dezembro de 1996. A lei estabelece que a educação deve contemplar os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (BRASIL, art. 1º, 1996). Segundo Ferreti e Júnior (2000, p. 48), a LDB parte de um referencial que contempla as dimensões da “educação, do trabalho, da ciência e da tecnologia”.

Dias e Lara (2008) afirmam que a reforma da política educacional brasileira está em consonância com as propostas firmadas na Declaração de Jomtien. Anteriormente a esta conferência, a educação era responsabilidade do Estado (Estado de Bem-Estar Social) e, após firmada a declaração, a responsabilidade da educação passa a ser dividida entre Estado, comunidade e a família (Art. 7º Educação para Todos). Com isso, o Estado passa de mantenedor a

avaliador de resultados. Este “acordo” foi homologado por meio do art. 2º da LDB, de 1996:

A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Apesar de os principais movimentos realizados na esfera mundial e latino-americana direcionarem reformas para o ensino fundamental (educação básica), o Brasil, por meio da LDB “amarra” a educação inicial às necessidades de formação para o mercado de trabalho, conforme descrito anteriormente. O artigo 2º da LDB (BRASIL, 1996) torna ainda mais evidente esta necessidade de ajustar a educação às necessidades do mercado de trabalho, ao mercado econômico, ou seja, à lógica do capitalismo. Tendo em vista que as reformas realizadas nos anos de 1990 modificaram a forma de se “fazer educação” e estas reformas foram impulsionadas pela nova lógica do mercado, a acumulação flexível, não se pode abordá-las sem reconhecer o papel dos organismos internacionais como financiadores destas reformas. Sendo assim, realizaremos uma síntese do papel dos principais organismos internacionais nas reformas educacionais.

2.3 A Atuação dos Organismos Internacionais na Educação

Para iniciarmos a discussão sobre o papel dos organismos internacionais nas reformas no campo da educação, considero pertinente destacar o pensamento de Dias e Lara (2008) que defendem que as propostas internacionais, desde seu nível mais amplo, como a reforma de toda a aparelhagem estatal expressa no Brasil por meio da Reforma do Estado, em 1995, até as reformas mais específicas, como a educação, não são impostas de forma ditatorial pelas organizações internacionais. Estas deliberações são propostas oferecidas para os governos dos países, mas elas são efetivadas pela aceitação e pelo consenso de atores e autores sociais de cada nação. Essas pessoas são todas as envolvidas na elaboração, organização e efetivação destas determinações.

Entretanto, Trojan (2009) coloca que o financiamento é o principal indicador do esforço de cada governo para aceitar as reformas propostas. As contribuições de cada agência multilateral revelam não só o esforço de cada país, mas também, as prioridades estabelecidas para facilitar o cumprimento da agenda global fixada pelos acordos internacionais.

O financiamento da educação latino-americana conta, para atingir as metas acordadas na agenda da UNESCO, com contribuição das agências internacionais, especialmente o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (TROJAN, 2009, p.4).

A Declaração de Jomtien (descrita anteriormente), que propõe reformas na área da educação, está em consonância com as diretrizes e objetivos traçados pelos organismos internacionais como o Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para as nações em desenvolvimento. Tais organismos elegeram a educação como forma de obter a flexibilidade necessária para atender as demandas do mercado capitalista; logo, ela é o principal foco das mudanças.

Dias e Lara (2008) colocam que, para essas organizações, a educação é concebida como uma solução para o combate à pobreza e a responsável principal é a comunidade, a família e, por fim, o Estado. As autoras destacam que os aspectos mais relevantes expressos nos documentos dessas organizações, que têm relação entre si, são: necessidades de reforma dos Estados e posteriormente da educação, a equidade, a descentralização, a privatização e a solidariedade. Desta forma, as políticas implantadas nos anos de 1990 foram a grande resposta às propostas internacionais, que para o BM o objetivo das reformas no campo da educação é desenvolver habilidades básicas de aprendizagem, para que os trabalhadores possam satisfazer a demanda imposta pela acumulação flexível.

Para Koritiake (2008), os anos de 1980 foram fundamentais para o estabelecimento de uma dependência financeira entre os países em desenvolvimento e as agências internacionais. Constituiu um importante período de reorientação do papel das políticas públicas nos países de terceiro mundo em função da crise de endividamento desses países, propiciando um contexto favorável

para estes organismos imporem cláusulas que renegociassem as dívidas externas. Mas somente na década de 1990 que se deu a consolidação de acordos para implantação das novas orientações das políticas públicas.

Este aspecto é enfatizado por Dourado (2002, p. 239), destacando que:

nos anos 1980, a eclosão da crise de endividamento abriu espaço para uma ampla transformação do papel até então desempenhado pelo Banco Mundial e pelo conjunto dos organismos multilaterais de financiamento. De um Banco de Desenvolvimento, indutor de investimentos, o Banco Mundial tornou-se o guardião dos interesses dos grandes credores internacionais, responsável por assegurar o pagamento da dívida externa e por empreender a reestruturação e abertura dessas economias, adequando-as aos novos requisitos do capital globalizado.

O Banco Mundial, para Cattani (2006), é o maior guardião dos interesses das grandes financiadoras (FMI, BIRD, BID e PNUD) e além dos organismos financiadores, propriamente ditos, organizações internacionais como a UNESCO, a UNICEF e a CEPAL também influenciaram as reformas educacionais da década de 1990 dos países da América Latina. Entretanto, descreveremos aqui as proposta de três principais organizadores das reformas educacionais no Brasil: O BM, a CEPAL e a UNESCO.

Na sua origem, “o BM exerceu um papel importante de reconstrutor das economias devastadas pelas guerras mundiais e de credor para empresas do setor privado” (CATTANI, 2006, p. 33). Porém, com o desenvolvimento da economia mundial e com a crescente necessidade de acompanhamento das mudanças do setor produtivo, o BM passa a defender que a maior riqueza de um país é a educação. As reformas propostas pelo BM se restringiram principalmente à educação básica defendendo que esta garantirá o desenvolvimento humano necessário para atender ao desenvolvimento da economia.

Em 1995, o BM apresenta as diretrizes para a educação básica aos países em desenvolvimento, recomendando a implantação de diretrizes que segundo Koritiake (2008, p.70) podem ser sintetizados em:

melhoria na qualidade e na eficácia da educação, ênfase nos aspectos administrativos e financeiros, descentralização e autonomia das instituições escolares, maior participação dos pais e da comunidade, abertura para os setores privados e não governamentais, mobilização de recursos para a educação básica e análise econômica antes de focar as estratégias.

O Banco entende que o investimento na educação básica pode contribuir para a contenção da pobreza (melhora da empregabilidade), redução das taxas de natalidade (diminuir o aumento populacional que no entendimento do órgão trata-se de gerador de pressões sociais), maior inserção das mulheres e pobres no mercado de trabalho. Para o Banco, o cumprimento destas metas resulta do acúmulo de informações que a educação, através de uma administração empresarial e mercantilista, poderá oferecer à população. Esta idéia é corroborada por Cattani (2006, p.32), destacando que:

a educação é tratada pelo BM como medida compensatória para proteger os pobres e aliviar as possíveis tensões nos setor social. Além disso, ela é tida como uma medida importante para a contenção demográfica e para o aumento da produtividade das populações mais carentes. Isto quer dizer que fornecendo educação básica para a população mais pobre, teremos um conhecimento mínimo necessário para o entendimento de controle de natalidade e, superando o analfabetismo, as possibilidades de empregos se tornam reais.

Ao priorizar a educação básica escolar, restrita á aprendizagem das habilidades cognitivas básicas, Dourado (2002) enfatiza que as propostas do BM indicam um discurso neoliberal em que a formação e o conhecimento não passam de mero instrumento funcional de adaptação dos indivíduos às necessidades produtivas.

Sobre as propostas do BM para a área da educação, destacamos a descentralização administrativa, que se evidencia pelo ganho de autonomia para a escola e a abertura ao setor privado. A descentralização, de acordo com Koritiake (2008, p. 73), busca “incrementar a autonomia das escolas adequando-as às exigências da reestruturação produtiva dentro de um processo de enxugamento do Estado”, pois a centralização gerencial retarda a modernização, incentiva a ineficiência e dificulta o controle (a descentralização dilui a responsabilidade entre união, estados e municípios). A autonomia das escolas não se restringe às questões de ordem administrativas e financeiras, mas destaca-se a possibilidade da escola de definir seu projeto pedagógico.

A abertura ao setor privado é mais uma forma de descentralização, cabendo a cada agente a tomada de decisão e a implementação de ações no terreno educacional. Tal medida significa diversificar a oferta da educação a fim de

ampliar a competitividade, considerada como mecanismo chave da qualidade segundo o pensamento capitalista, finaliza Koritiake (2008).

O BM apesar de registrar a afirmação de que a educação é um direito universal propõe ações em direção ao ideário mercantilista, quando vincula os investimentos públicos com a educação aos resultados de produtividade e eficiência com menor custo (KORITIAKE, 2008, p.75).

Tais diretrizes foram colocadas aos países em desenvolvimento no início da década de 1990 e concomitante a elas outros organismos internacionais também ditavam as reformas que deveriam ser implantadas. Na América Latina, Cattani (2006) e Koritiake (2008) afirmam que o início das reformas do Estado na área da educação se deu a partir do documento “Transformação produtiva com equidade: a tarefa prioritária do desenvolvimento da América Latina e do Caribe nos anos 90” emitido pela Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) em 1990, com o objetivo de resgatar o desenvolvimento por meio de uma maior competitividade internacional, apoiada em progressos tecnológicos, integração público privado, revisão das políticas fiscais, melhora na destinação de gastos e, por fim, uma maior abertura à economia. Este documento traz reformas a toda máquina Estatal, difundindo a idéia neoliberal de diminuição do papel do Estado empregada pelas financiadoras.

No campo da Educação as reformas foram mais intensificadas, segundo Filho (2008), a partir do documento produzido em 1992 pela CEPAL/UNESCO denominado “Educação e Conhecimento: eixo da transformação produtiva com equidade”. A CEPAL alinhou as reformas do Estado às educacionais atendendo às necessidades econômicas. O documento enfatiza a necessidade de reformas administrativas que operassem uma transmutação do Estado administrador e provedor para um Estado avaliador, incentivador e gerador de políticas públicas. Para tanto, recomendava que conjugassem esforços de descentralização e de integração, que pode ser traduzido em desconcentração das tarefas e concentração de decisões estratégicas, também para o campo da educação.

Para a CEPAL a educação, não diferente dos demais organismos, “é o principal instrumento na construção de uma nova realidade econômica e social para os países em desenvolvimento” e propõe a articulação entre educação, conhecimento e desenvolvimento (CATTANI, 2006, p. 47).

Para o desenvolvimento e a implementação das políticas educacionais, a CEPAL, segundo Oliveira (2001), sugere cooperação de vários agentes econômicos e políticos. A responsabilidade da educação passa a ser compartilhada com a família e a sociedade e a qualidade do conhecimento adquirido nos bancos acadêmicos deve ser mensurada por meio de medidas avaliativas e de aferição de desempenho realizadas por parte do Estado.

Neste sentido, a CEPAL espera que a educação se responsabilize por:

Distribuir equitativamente os conhecimentos e o domínio dos códigos pelos quais circula a informação socialmente necessária, a participação cidadã; pautar a formação das pessoas por valores e princípios éticos e desenvolver-lhes habilidades e destrezas que assegurem bom desempenho nos diferentes âmbitos da vida social, no mundo do trabalho, na vida familiar, no cuidado com o meio ambiente, na cultura e na participação política (OLIVEIRA, 2001, p.4).

De acordo com o BM, a CEPAL também apoia a participação privada na formação, a autonomia escolar e premiação por desempenho objetivando trazer maior eficiência aos interesses locais. Para a CEPAL, a educação básica é prioridade, porém defende que as escolas profissionalizantes de ensino médio devem estar articuladas com o meio empresarial, inclusive com autonomia para as ações de parcerias interinstitucionais (CATTANI, 2006).

Para Koritiake (2008), ambos os documentos possuem o mesmo ideal: garantir o progresso técnico para a América Latina e Caribe, assegurando que as transformações econômicas sejam acompanhadas de equidade social. A educação garantirá ao país a sintonia necessária para acompanhar as grandes mudanças do setor produtivo e também assegurará a competitividade decorrente da globalização.

A educação passa a ser tratada como ferramenta para a competitividade do país. Esse pensamento mercantilista é confirmado pelos técnicos da CEPAL que difundem a idéia de que o desafio de qualificar a mão de obra pode ser vencido por meio da educação. Entretanto, Koritiake (2008, p. 78) afirma que:

Educar para a competitividade, educar para o mercado é uma visão mercantilista da educação, que deixa de lado muitos valores que devem ser resgatados nos fazer educacional, dentre eles: educar para a cidadania, educar para a participação política, educar para construir cultura...

As propostas para as reformas da educação ocorridas nos anos de 1990 no Brasil foram profundamente influenciadas pela Organização das Nações

Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), pois apoiada pelo BM, a UNESCO coordenou as discussões da conferência realizada na cidade de Jomtien (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE EDUCAÇÃO PARA TODOS, 1990), cujo principal objetivo foi estabelecer compromissos mundiais para garantir a todas as pessoas os conhecimentos básicos necessários a uma vida digna.

A UNESCO, segundo Cattani (2006, p. 48), “é uma das agências da Organização das Nações Unidas (ONU) que tem como objetivo promover a paz e os direitos humanos com base na solidariedade intelectual e moral da humanidade” entre os 193 países membros e foi com o apoio do BM que a UNESCO encontrou o caminho para difundir sua ideologia. Para o autor, os objetivos estratégicos da organização são: promover a educação como um direito fundamental, melhorar a qualidade da educação e estimular a experimentação, a inovação e a política do diálogo entre os países membros.

Após a Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990), já relatado, a UNESCO e o Ministério da Educação iniciaram um canal de diálogo permanente. Em 1993 ambas assinaram o primeiro plano de trabalho em conjunto: O Plano Decenal para Educação para Todos. Neste o país se comprometia em cumprir, no período de uma década (1993 a 2003), as resoluções da Conferência Mundial de Educação Para Todos. Esse documento é considerado "um conjunto de diretrizes políticas voltado para a recuperação da escola fundamental no país". Em seu conjunto, o Plano Decenal marca a aceitação formal, pelo governo federal brasileiro, das teses e estratégias que estavam sendo formuladas nos foros internacionais mais significativos na área da melhoria da educação básica (CATTANI, 2006).

Entretanto, dez anos depois muitos países não conseguiram alcançar o objetivo determinado na Conferência de Jomtien, implantado no Brasil como Plano Decenal para Educação para Todos, fato que levou a comunidade internacional a se reunir novamente em abril de 2000, na cidade de Dacar no Senegal, reintegrando o compromisso de proporcionar Educação para Todos até 2015. Neste novo encontro, os países membros identificaram seis objetivos educativos que pudessem responder às necessidades de aprendizagem de todas as crianças e de todos os jovens adultos até o prazo de 2015, descrito por Koritiake como:

1. Ampliar e aperfeiçoar os cuidados e a educação para a primeira infância, especialmente no caso das crianças mais vulneráveis e em situação de maior carência;
2. Assegurar que, até 2015, todas as crianças, particularmente as meninas, vivendo em circunstâncias difíceis e as pertencentes a minorias étnicas, tenham acesso ao ensino primário gratuito, obrigatório e de boa qualidade;
3. Assegurar que sejam atendidas as necessidades de aprendizado de todos os jovens e adultos através de acesso equitativo a programas apropriados de aprendizagem e de treinamento para a vida;
4. Alcançar, até 2015, uma melhoria de 50% nos níveis de alfabetização de adultos, especialmente no que se refere às mulheres, bem como acesso equitativo à educação básica e contínua para todos os adultos;
5. Eliminar, até 2005, as disparidades de gênero no ensino primário e secundário, alcançando, em 2015, igualdade de gêneros na educação, visando principalmente garantir que as meninas tenham acesso pleno e igualitário, bem como bom desempenho, no ensino primário de boa qualidade;
6. Melhorar todos os aspectos da qualidade da educação e assegurar a excelência de todos, de forma a que resultados de aprendizagem reconhecidos e mensuráveis sejam alcançados por todos, especialmente em alfabetização, linguística, matemática e na capacidade essencial para a vida (KORITIEKE, 2008, p. 82).

Mesmo após muitos debates entre a comunidade internacional, a Conferência de Jomtien ainda serve de parâmetro e diretriz para a definição e implantação de políticas educacionais tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Koritiae (2008) coloca que o simples manifesto de boas intenções não garantem o cumprimento das propostas, fato que pode ser observado pela crescente desigualdade social, pela pobreza e pelo desemprego.

Nota-se que muito se falou em educação na década de 1990, porém os debates foram voltados ao atendimento das NEBAs tratadas como garantia de desenvolvimento produtivo aos países em desenvolvimento. O conhecimento, visto como treinamento pelos organismos mundiais garantiria capacitação humana para desenvolvimento do mercado de trabalho e, conseqüentemente, o acompanhamento das novas tecnologias e das formas de acúmulo de capitais. Destacamos, também, o redirecionamento de verbas federais para a educação fundamental a fim de atingir as metas acordadas o que resultou na reforma de Educação Superior, campo pouco evidenciado pelas reformas tendo em vista a urgência de garantir o ensino básico.

Entretanto, a Educação Superior, em tempos de valorização do acúmulo de capitais, também é vista como forma de atender ao mercado. A articulação entre ensino e pesquisa, que ocorre nas universidades, pode trazer desenvolvimento tecnológico e conseqüentemente atender aos interesses dos empresários, que neste setor (educação superior) são vistos como grandes aliados,

tanto na parte do ensino (por meio de parecerias para campo de estágios, ou mesmo garantindo a empregabilidade dos egressos) quanto na parte da pesquisa (financiadores). A extensão também pode ser vista sob a óptica neoliberal, onde a comunidade acadêmica é colocada de forma ativa como instrumento transformador da sociedade, atendendo, muitas vezes às necessidades do setor social (mutirões de saúde, organizando atendimentos do setor privado, etc.).

Assim, esta seção destacará as reformas do Ensino Superior fazendo ligação entre as reformas do Estado e do ensino fundamental, com a abertura do “mercado” para a educação superior.

2.4 A Educação Superior e as Reformas Propostas

Apesar das discussões acerca das reformas educacionais nos anos de 1990 girarem em torno da Educação Básica, a Educação Superior também sofreu forte influência das novas formas de acumulação de capitais. As crises do capitalismo no processo de continuidade e rupturas do movimento de reestruturação que se inicia com o fordismo e vai até a acumulação flexível (descrita no começo deste capítulo) trouxe grandes implicações no campo da educação superior do Brasil.

A sociedade do conhecimento, que surge a partir das novas exigências do mercado pressiona a educação superior e as universidades a reverem seus papéis. Sabia (2007) coloca que as mudanças são provocadas pela diminuição do papel do Estado em vários setores, principalmente, no setor da educação. O Estado, como descrito anteriormente, passa de provedor de serviços sociais (saúde, educação, seguridade) a regulador, avaliador e controlador dos interesses dos processos de mundialização do capital.

Não diferente da reforma do Estado para a Educação Básica, os organismos multilaterais de créditos também ditaram as regras para as reformas no Ensino Superior. Sabia (2007, p. 2) enfatiza que o BM dissemina as seguintes ideias para este setor da educação:

o ensino superior seria antes um bem privado que público, o retorno individual e social dos investimentos em educação superior seria inferior aos dos investimentos aplicados na educação fundamental [...] a associação entre ensino, pesquisa e extensão seria muito cara, tanto para os países ricos quanto [...] para os países em desenvolvimento.

A adoção desta ideologia trouxe como consequência a redução do financiamento público para o setor, submetendo o conhecimento, o saber e a ciência ao status de mercadoria, conclui Jardimino (2000). Tal conclusão é compartilhada por Vaidergorn (apud BARREIRO; TERRIBELI, 2007, p.83):

A educação superior, distintamente da educação básica (fornecedora de mão de obra treinável) é estratégica, dentro desta concepção de modernidade globalizada. Um dos fundamentos da inserção no mundo competitivo atual é o domínio e a produção do conhecimento, que passa a ser um bem.

Desta forma, o Estado abre as portas do ensino superior à privatização, seja ela de forma direta, com o crescente número de Instituições de Ensino Superior (IES), ou de forma indireta com a introdução de mecanismos de administração e gerenciamento corporativo empresarial que busca recursos junto ao mercado.

O alto índice de privatização do ensino superior pode ser evidenciado pela expressiva expansão do número de IES e, conseqüentemente, de matrículas no setor privado. Barreiro e Terribeli (2007) trazem dados do Núcleo de Pesquisa sobre o Ensino Superior – Nupes/USP acerca do crescimento do setor privado na área da educação superior, onde em 1970 as IES representavam 43,4% do total; em 1975, 75% e em 1980, 77,3%. Quanto às matrículas no setor privado, em 1970 representava 50,5%; em 1975, 61,8% e em 1980, 64,3%. Segundo os autores, dados do Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos (INEP) mostram que em 2004 o número de matrículas no setor privado atingiu 71,7% do total de matrículas.

Estes dados apresentam o crescimento da privatização da educação superior. O Plano Diretor da Reforma do Estado de 1995 junto a outras regulamentações posteriores, como por exemplo, a Lei das Parcerias Público-Privadas (2004), vão modificar o significado de público. Ao identificar quatro setores que compõe o aparelho do Estado (núcleo estratégico, atividades exclusivas, serviços não exclusivos ou competitivos e a produção de bens e serviços para o mercado), o Plano reconfigura as esferas públicas e privadas e situa as universidades, as escolas técnicas e os centros de pesquisas entre os serviços não

exclusivos e competitivos. Sabia (2007) coloca que neste plano encontram-se conceitos básicos que traduzirão no capítulo “Da Educação Superior” da lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, 1996.

As ações de reorientação no campo educacional se expressam de forma efetiva pela aprovação de leis, sendo a principal, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Brasil, 1996), Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que segundo Barreiros e Terribeli (2007) compõe o movimento de alinhamento de paradigmas no campo da globalização.

Sabia (2007) coloca que a partir da nova LDB, inicia-se um processo de diferenciação e diversificação do sistema de educação superior. A redação do artigo 45 não estabeleceu mais o princípio da indissociabilidade do ensino, da pesquisa e da extensão, permitindo a abertura para que, posteriormente, através do artigo 8º do Decreto 2.306/97, pudessem ser criadas outras formas de organização acadêmica.

Tais formas de organização acadêmica são colocadas pelo artigo 7º, do Decreto nº 3.890/01, que substituiu o Decreto supracitado, define que: “quanto à organização acadêmica, as instituições de ensino superior do Sistema Federal de Ensino classificam-se em: I - Universidades; II - Centros Universitários e III - Faculdades Integradas, Institutos Superiores ou Escolas Superiores. Barreiro e Filho (2007) por meio de dados provenientes do INEP (2004), reforçam a expansão do setor privado em todos os tipos de instituição de educação superior quando mostram que 50,9% das Universidades; 97,2% dos Centros Universitários; 97,5% das Faculdades Integradas e 66% dos Centros de Educação de Tecnologia pertencem ao setor privado.

O processo de diferenciação e de diversificação colaborou para o crescimento de matrículas no ensino superior. Sabia (2007, p. 9) coloca que:

este crescimento de matrículas no ensino superior deve ser intensificado nos próximos anos, permanecendo a hegemonia do setor privado, se levado em conta as metas do Plano Nacional de Educação – PNE 2001, aprovado pela Lei nº 10.172 de 09 de janeiro de 2001, no governo Fernando Henrique Cardoso, que prevê o acesso ao ensino superior, até 2010, de 30% da população entre 18 e 24 anos [...] esse objetivo não possui a contra partida necessária, ou seja, o financiamento, pois o PNE sofreu nove vetos presidenciais anulando os sub itens do plano que promoviam alterações ou ampliavam recursos financeiros para a educação, sendo cinco deles voltados diretamente ao ensino superior.

Após dez anos da publicação da LDB/1996, Belloni (2008) coloca que não houve mudanças significativas no seu texto. Temas como concepção de educação, direito à educação e universalização, dever de educar, concepção e organização do sistema de ensino e ensino privado não foram objeto de nenhuma alteração substancial.

A autora destaca grande necessidade de uma reforma na educação superior, mas relata que nestes dez anos não houve espaço político para o início deste debate. O que se observa de concreto foi a criação de um sistema de avaliação que por meio da Lei nº 10.861 de 14 de abril de 2004 estabelece O Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES). O sistema é constituído por três componentes: a avaliação interna da IES, a avaliação externa dos cursos de graduação e o Exame Nacional de Desempenho do Estudante (ENADE). Este sistema reforça o papel do Estado de avaliador, pois visa aos seguintes aspectos: avaliar o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, desempenho dos alunos, gestão da IES, corpo docente e técnico administrativo e infraestrutura.

3 A REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL, A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E AS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS ESTABELECIDAS PELAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

No capítulo anterior abordamos a reestruturação produtiva que aconteceu nos países capitalistas, em especial no Brasil a partir de 1980, após a expansão do modelo de acumulação de capitais que resultou na nova forma de se conceber o processo de trabalho: a flexibilização das operações e dos operários. A nova forma de organizar o trabalho resultou numa série de reformas do Estado garantindo o acompanhamento do progresso tecnológico e do desenvolvimento movido pelo pensamento neoliberal que ganhou forças no modo de pensar capitalista. Dentre as reformas, descrevemos as acontecidas no campo das políticas sociais (“políticas sociais sem direitos sociais” enfatiza VIEIRA, 2001, p.10), onde o Estado passou de mantenedor a avaliador (denominado por VIEIRA, 2001, como febre avaliatória) e a comunidade assume o papel de corresponsável pelos processos e, conseqüentemente, seus frutos (Art. 205 da Constituição Federal, 1988).

Na área da educação houve a valorização do ensino fundamental (conhecimentos, habilidades e atitudes básicas para que o cidadão se torne apto a colaborar com o mercado de trabalho) foco dos investimentos do Estado e a abertura da educação superior para o mercado (Art. 209 da Constituição Federal, 1988), pois as medidas originárias de direitos sociais e de políticas sociais, para os neoliberais, significam ônus do Estado (VIEIRA, 2001).

Neste sentido, a educação superior passa a ser privilégio de poucos, pois ao Estado compete a obrigatoriedade de oferecer apenas a educação básica gratuita, fato garantido pela Constituição e pela Emenda Constitucional 59/2009, que estabelece educação básica como sendo educação fundamental e ensino médio, cujo prazo para inverbalização será até 2016.

Art. 208 – O dever do Estado com a educação será efetivado mediante garantia de: I- ensino fundamental obrigatório e gratuito, assegurada, inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ele não tiverem acesso na idade própria; II- progressiva universalização do ensino médio gratuito; III- atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino; IV- atendimento em creches e

pré-escolas às crianças de zero a seis anos de idade; **V- acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um.** (grifo nosso)

Para Machado (2007), a educação cumpre o papel de dotar os educandos de instrumentos que lhes são necessários e pertinentes para se apossarem dos conhecimentos e habilidades que lhes dão preparo para o trabalho. No caso da educação superior entende-se que a mesma tem como objetivo dotar o educando de competências que vão além de conhecimentos e habilidades, ampliando sua visão de mundo, possibilitando refletir sobre a realidade criticamente formando um cidadão apto a transformar a sociedade. Observamos que passado dois séculos do predomínio da sociedade industrial, o trabalho passa a exigir dos profissionais um conteúdo mais intelectualizado, em contraposição ao trabalho físico e manual.

O trabalho passa a ser a orientação predominante dos processos educativos. O trabalho como categoria fundamental do processo de conhecimento é a atividade humana que apreende, compreende e transforma as circunstâncias ao mesmo tempo em que é transformado por ela. Entretanto, o objetivo do trabalho é mediado por instrumentos que, junto ao trabalhador (gasto de energia física e mental), transforma o objeto em produto (MACHADO, 2007).

O trabalho no setor saúde segue a mesma lógica. Tanaka (2008) explica que o processo de trabalho em saúde organizou-se e desenvolveu-se em dois eixos: como forma de controlar a ocorrência de doenças e como forma de recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença. Ou seja, transforma o objeto (ser humano doente) em produto (ser humano saudável capaz de produzir bens).

Machado (2007) corrobora da mesma ideologia quando diz que o processo de trabalho em saúde segundo a proposta política, social e econômica do capitalismo, se organizou em outros dois modelos: o epidemiológico - destinado a controlar as doenças da sociedade, com uma concepção de doença como fenômeno coletivo; e o clínico - destinado a recuperar a força de trabalho, numa concepção de doença como fenômeno individual.

Neste sentido, o profissional de saúde ganha destaque na visão capitalista e neoliberal, pois garante a recuperação do homem enquanto ser produtivo. Para garantir que o setor saúde cumpra com seus objetivos, os profissionais dessa área tornam-se membros de um complexo sistema que interliga

saúde/trabalho/educação a fim de garantir a formação de profissionais destinados a promover saúde e manter o homem produtivo.

É nesta perspectiva que a saúde se liga à educação, sendo o processo de formação em saúde ponto chave para a implantação e desenvolvimento da saúde no país, embora saibamos da resistência e crítica da academia a esse direcionamento.

Sendo assim, para falar da formação de profissionais de saúde faz-se necessário resgatar o percurso que o sistema de saúde do Brasil realizou até a elaboração de sua mais importante política de saúde, política que tem como objetivo manter o homem saudável e produtivo: o Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, este capítulo abordará a trajetória histórica da reforma do sistema de saúde do Brasil, que resultou na implantação do Sistema Único de Saúde e seus desdobramentos para área da educação superior em saúde e em particular para a formação de profissionais enfermeiros com competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

3.1 Breve Resgate Histórico da Elaboração e Implantação do SUS

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabeleceu as bases legais para garantir a saúde como dever do Estado, sendo considerado um dos maiores avanços das políticas sociais no país (ANDRADE et al., 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado como meio de se fazer cumprir a Constituição trazendo princípios doutrinários que rompem radicalmente com o sistema anterior (garantia saúde somente para o contribuinte), destacando o princípio da universalidade. Elias (2004, p.41) considera o SUS como “a principal política pública para o setor saúde e o maior projeto do movimento sanitário brasileiro”. Entretanto, muito se percorreu desde o nascimento da saúde pública no Brasil até sua garantia em lei.

A saúde pública no país nasce na transição do século XIX para o século XX descrito por Andrade et al. (2000) como o período compreendido entre o fim da monarquia e o início da “República Velha”. Nesta época as doenças

pestilenciais (varíola, febre amarela, malária e tuberculose) assolavam a população sendo necessárias medidas sanitárias urgentes.

O início do século XX configurou-se como período de elaboração de normas e organizações sanitárias realizadas por meio da Diretoria Geral de Saúde Pública (criada em 1897) que passou a ser coordenada pelo sanitarista Oswaldo Cruz em 1904 e trouxe à saúde a visão coletiva. Este período foi marcado por campanhas sanitárias e produção de soros e vacinas que se limitaram apenas às cidades do Rio de Janeiro e São Paulo (espaços de circulação de mercadorias).

O sanitarismo campanhista, implantado por Oswaldo Cruz, marca o início da estruturação do Sistema de Saúde que predomina até meados do século, por volta do ano de 1960 (ANDRADE, 2007). A submissão da população ao sanitarismo campanhista não ocorreu de forma passiva, a intervenção do Estado foi garantida pela milícia militar, onde a população era obrigada a se submeter às campanhas de vacinas e assim combater as epidemias (RIZZOTTO, 2008). Tal período foi marcado por protestos e revoltas, sendo a mais significativa a “Revolta da Vacina”.

Essas medidas se justificavam pela relação existente entre a economia e a sociedade, onde, para manter a população economicamente ativa para o trabalho, era necessária a intervenção do Estado. Nesta perspectiva, Elias (2004) afirma que o Estado desenvolve papel regulador importante garantindo meios para trazer saúde ao cidadão. Em especial nos países periféricos, o mesmo autor afirma que os sistemas de proteção sociais começam a ser vinculados ao mercado formal de trabalho por meio dos sistemas previdenciários. Assim, no Brasil as políticas para o setor saúde nascem vinculadas ao mercado de trabalho.

As afirmações de Elias (2004) descritas no parágrafo acima são corroboradas por Bertolli Filho (2000) que destaca:

A idéia de que a população constituía capital humano e a incorporação de novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou “útil”, da população. Diferente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade (FILHO, 2000, p. 14).

Historicamente, Andrade (2007) afirma que em 1923 (bojo do começo da era industrial) surge a Previdência Social por meio da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e, a partir de 1926, a assistência médica é incorporada como atribuição desta. Elias (2004) afirma que o financiamento da saúde passa a acontecer exclusivamente por desconto compulsório na folha de salário, sem qualquer participação de recursos fiscais do Estado.

É importante enfatizar que, nesta época, a maioria da população brasileira pertencia à área rural; entretanto, este sistema de seguro garantia acesso aos serviços de saúde apenas à população urbana economicamente ativa. Desse modo, somente os cidadãos brasileiros (aqueles que pertenciam à força de trabalho) é que tinham direito aos seguros de saúde; os demais, que correspondiam à maioria da população, deveriam recorrer às Santas Casas de Misericórdia, ou a centros de saúde filantrópicos (ELIAS, 2004).

Na década de 1930, Andrade et al. (2000) afirmam que as Caixas de Aposentadorias e Pensões são substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) passando a ser estruturados por categorias profissionais. Andrade (2007) explica que a preocupação da Previdência Social era o acúmulo de capitais contendo despesas e oferecendo saúde de má qualidade. Na verdade, a assistência médica aos segurados assumia função secundária nestes órgãos, os trabalhadores formais tinham acesso aos serviços por meio de sua compra.

Conforme Andrade et al. (2000), de 1923 a 1975, período onde predomina a dualidade entre assistência e previdência, a prática médica individual, curativa, especializada e assistencialista caracteriza as políticas de saúde. Andrade (2007) diz que o modelo médico assistencial foi potencializado pelo processo de industrialização acelerado que o Brasil viveu a partir da década de 1950, no qual o aquecimento da economia urbana trouxe às cidades uma massa de operários que deveria ser atendida pelos serviços de saúde. Para o autor, o modelo médico assistencial privatista vigorou hegemônico até meados de 1980.

De acordo com Bertolli Filho (2000), a partir de 1966, houve a preocupação em uniformizar o atendimento médico hospitalar e unificar os IAPs, em resposta ao crescimento da demanda destes serviços que antes era realizado pelas misericórdias. Assim, os IAPs são substituídos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que deu ao Estado o posto de único coordenador dos serviços de

assistência médica, aposentadorias e pensões destinadas às famílias dos trabalhadores mediante desconto de 8% do salário mensal.

Segundo Andrade (2007, p.28) os objetivos do INPS eram:

- a) Uma pretendida extensão da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) Privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) Criação, mediante modelo intervenção estatal, de um complexo médico industrial;
- d) Desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para lucratividade do setor saúde, propiciando capitalização da medicina e privilegiando a produção privada desses serviços.

Elias (2004) afirma que a criação do INPS, após o golpe militar de 1964, vem configurar a mercantilização da saúde por meio da implementação de políticas que, voltadas para o setor privado, constituiu-se como potente instrumento para a ampliação da dinâmica de acumulação do setor. A doutrina neoliberal se faz presente na privatização precoce da saúde que se deu na época por meio da definição dos papéis do Estado, onde a ele se reservava a função de organizar a clientela, financiar a produção de serviços e subsidiar o investimento privado para ampliar a capacidade de atendimento.

Bertolli Filho (2000) acrescenta que o Ministério da Saúde, nesta época, privilegia a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo, embora pregue oficialmente que a saúde constitui um fator de produtividade, desenvolvimento e investimento econômico. Parte do pouco dinheiro que tinha para investir na saúde foi destinada a pagar serviços prestados por hospitais particulares, outras poucas verbas foram para as campanhas de vacinação e quase nada se investiu em tratamento de água e esgotos. Para Bertolli Filho (2000), o INPS foi marcado por corrupções e fraudes realizadas por parte das instituições privadas, justificadas pelos baixos preços pagos pelos serviços e atrasos nas transferências de verbas.

Em 1975, as competências de cada esfera do governo (federal, estadual e municipal) no setor saúde são determinadas pela Lei 6229 que organizou o Sistema Nacional de Saúde. Andrade et al. (2000) relata que a organização proposta era caracterizada pela intenção da federação de centralizar as políticas de saúde e deixa clara a dicotomia entre as ações coletivas e individuais, onde

competia, ao Ministério da Saúde, as ações de caráter coletivo e ao Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1974, as ações de caráter individual.

De acordo com Bertolli Filho (2000, p. 56), coloca que o Sistema Nacional de Saúde era um projeto “que tinha a finalidade de baratear e ao mesmo tempo tornar mais eficazes as ações de saúde em todo o país. Consistia em mais uma tentativa de superar as deficiências do setor para pareciam intransponíveis”.

A nível federal, além destes, são definidas as competências, no sentido de garantir atenção à saúde, dos seguintes ministérios: Ministério da Educação (formação e habilitação dos profissionais do setor saúde, entre outras), do Trabalho (atividades vinculadas à higiene e à segurança no trabalho) e do Interior (saneamento ambiental, desenvolvimento de programas de saneamento básico, de acordo com as prioridades definidas pelos planos de saúde) (ANDRADE et al., 2007). “Esse sistema recebeu fortes críticas dos setores acadêmicos (Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública) e de setores da sociedade civil” acrescenta Andrade et al. (2000, p. 81).

Diferente das Reformas da Educação, marcadas pelas regras dos Organismos Internacionais a partir de 1990, na saúde, as interferências destes se inicia a partir de 1970. Foi recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) a formulação de políticas sociais que visem ao enfrentamento do problema da marginalização e exclusão da população ao direito à saúde.

Andrade et al. (2007, p. 31) apresenta que:

no Plano Decenal de Saúde para as Américas (OMS e Ministério da Saúde, 1972) é firmado o objetivo de extensão dos serviços de saúde, e esboçado um referencial doutrinário e conceitual de regionalização, hierarquização e integração dos serviços. Nesta perspectiva, em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), inicialmente no Nordeste e estendido a todo o país em 1979, procurando articular Previdência, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Prefeituras.

O final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980 foram marcados por conflitos de diversas naturezas. Segundo Bertolli Filho (2000), houve o agravamento da crise econômica, atribuído ao Estado de Bem-Estar Social (garantia políticas sociais por meio do Estado), dentre outros motivos, pois no Brasil, o mesmo não foi efetivado plenamente como em alguns países desenvolvidos. Tivemos atendimentos fragmentados e setorizados apenas.

No início do processo de redemocratização do país e da crise do sistema previdenciário, discutia-se a eficácia do sistema por meio de dicotomias, como: “serviços básicos/atenção primária preventiva X curativa, serviços/ações primárias simples X maior complexidade, saúde pública X atenção médica individual” (ANDRADE et al., 2007, p.32).

Sendo considerado o grande marco histórico do chamado Movimento da Reforma Sanitária, Andrade et al. (2000) coloca que, em meio a este contexto, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que levantou e defendeu a discussão para ressignificar o conceito de saúde de acordo com os preceitos da reforma sanitária, pregava a emancipação do indivíduo para promover a sua própria saúde.

Para isso, diversos atores se mobilizaram para levar ao plenário o consenso que, para reformular o setor saúde, não bastava fazer uma reforma no setor administrativo e financeiro, mas também realizar mudanças no arcabouço jurídico institucional vigente. É a partir desta conferência que o Sistema Nacional de Saúde passa a ser conceituado como Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (ANDRADE, 2007).

Andrade et al. (2000, p. 86) afirma que “o relatório produzido nesta conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988”.

A afirmação de Andrade et al. (2000) é corroborada por Bertolli Filho (2000), relatando que:

Um dos principais produtos do movimento sanitarista foi a elaboração de um documento intitulado *Pelo direito universal à saúde*, que sublinha a necessidade de o Estado se comprometer definitivamente com a assistência à saúde da população. Neste texto, afirma-se com ênfase que o acesso à assistência médica sanitária é *direito do cidadão e dever do Estado* (BERTOLLI FILHO, 2008, p.63).

No período entre a VIII Conferência e a promulgação da Constituição de 1988, dois fatos marcantes aconteceram na direção da criação do Sistema Único de Saúde: a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (que garantiriam a descentralização das ações do governo e a participação da comunidade) e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que tinha como objetivo universalizar o atendimento e definir conceitos e princípios

como: integralidade, hierarquização, regionalização e controle social (ANDRADE et al., 2007). A institucionalização dos Conselhos e do SUDS foram fundamentais para assegurar no texto da Constituição Federal a saúde como direito social universal a ser garantido pelo Estado.

Elias (2004) afirma que, pela primeira vez nas “Cartas Constitucionais Brasileiras”, é dada ênfase para a saúde. Na Constituição de 1988, a saúde ganha uma seção específica trazendo a noção de seguridade social em substituição ao seguro social que vinha vigente desde 1920. Elias (2004) explica que esta seguridade se aproxima aos princípios do Estado de Bem-Estar Social, pois o acesso à saúde passa a ser direito de qualquer cidadão brasileiro, independente de sua renda.

Portanto, a partir da Constituição de 1988, as ações dos serviços de saúde passam a ser destinados à promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde tanto individual, como coletivamente.

Andrade et al. (2000, p. 86) resume as garantias dadas:

a) a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado; b) a relevância pública das ações e serviços de saúde; c) a universalidade da cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência; d) a descentralização da gestão administrativa com garantia de participação da comunidade; e) a integração da rede pública de serviços num sistema único; f) a possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde; g) o cofinanciamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; h) a direção única das esferas do governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios); i) a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Assim, do ponto de vista legal, a saúde ficou garantida na Constituição Federal de 1988 por meio do “TÍTULO VIII da Ordem Social”, no “CAPÍTULO II que fala da Seguridade Social” e Seção II nos artigos 196, 197, 198 e 200 (o artigo 199 trata da assistência à saúde livre à iniciativa privada).

Entretanto, por mais que a saúde estivesse garantida, as políticas neoliberais que passam a fazer parte das reformas do Estado a partir de 1990 resultam na manutenção ou diminuição do financiamento existente por parte do Estado. Elias (2004) coloca que a “mais ambiciosa e abrangente política pública de saúde”, o Sistema Único de Saúde (SUS), acontece permeado pela redefinição do

papel do Estado tornando contraditória a universalização do atendimento, sem aumento de investimentos financeiros.

A força para colocar o plano do Sistema Único de Saúde em andamento só foi possível graças ao movimento de diversos atores: os envolvidos com a Reforma Sanitária (profissionais da área de saúde, pesquisadores, docentes e estudantes) e os novos atores que entram em cena, os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (ANDRADE et al., 2000).

A Lei Orgânica da Saúde Brasileira, que é composta pela Lei 8080/90 (descentralização administrativa do SUS) e pela Lei nº. 8142/90 (que regulamenta a participação da comunidade) deram subsídio para garantir a transferência de recursos necessários para se fazer valer a Constituição, mesmo que insuficientes. O direito à saúde passa a ser garantido pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) numa tentativa ousada de se fazer cumprir a lei. Outro fator de extrema importância para esta militância foi a participação da comunidade que se deu por meio dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de saúde (BOSSERT, 2000).

Este autor acrescenta ainda que o processo de descentralização da saúde tem sido eixo condutor da reforma do Estado, no que tange à saúde no Brasil. Vários mecanismos vêm sendo criados para dar governabilidade às iniciativas locais, ampliando o poder de decisão das localidades e colocando em prática os pressupostos do Sistema Único de Saúde, a promoção, a proteção, a prevenção e a recuperação da saúde da comunidade.

Diante da complexidade da reforma do sistema de saúde, Campos (2007) afirma que o SUS ainda é uma reforma incompleta, tendo em vista que sua implantação vem ocorrendo em meio à crise das políticas públicas que se arrasta desde 1990 devido a incapacidade de gestão do Estado brasileiro. Ele aponta problemas como (p.1866): “a implantação vem ocorrendo de maneira heterogênea, pois há desigualdade no atendimento às necessidades e na utilização de serviços de saúde, há problemas de financiamento, da gestão do sistema e do trabalho em saúde”.

Entretanto, apesar das dificuldades e limitações financeiras, o mesmo ressalta indicadores de saúde positivos ao longo dos anos de 1980 e 2003 que podem ser atribuídos à sistematização das ações de saúde, sendo elas (CAMPOS, 2007, p.1867):

elevação média de 8,8 anos na esperança de vida ao nascer; os homens ganharam 7,9 anos e as mulheres 9,5. No mesmo período ocorreu uma queda de 60,2% na mortalidade infantil. Houve ainda diminuição importante na mortalidade por doenças infectocontagiosas e avanço das cardiovasculares, do câncer, distúrbios da subjetividade, aumento da mortalidade por causas internas, com destaque para a violência. No enfrentamento de epidemias, houve avanço na cobertura vacinal, com importante diminuição de casos daquelas doenças suscetíveis à prevenção por vacinação, ocorreu relativo controle da epidemia de AIDS, mas o mesmo não pode ser constatado em relação a tuberculose, leishmaniose e malária.

Muitos são os autores que falam da reforma incompleta da saúde no Brasil e vários são os fatores que estão relacionados, porém Andrade et al. (2000) coloca que com a descentralização (que também pode ser chamado de municipalização) e o aumento da extensão da cobertura, principalmente na atenção básica, com esse processo, trouxe à tona um problema não previsto: a capacitação qualitativa e quantitativa dos recursos humanos. A falta de sintonia entre os cursos de formação profissional e a saúde onde estes irão atuar potencializa as dificuldades de garantir ao menos os pressupostos do SUS: a promoção, a proteção, a prevenção e a recuperação da saúde da comunidade.

Dentre os recursos humanos que são responsáveis pela implantação do novo modelo de saúde, destacamos nesta pesquisa a enfermagem. Esta profissão é responsável pelo cuidar em um contexto amplo. O ato de cuidar acompanha toda a complexidade da temática saúde, tendo em vista que não se restringe ao ato técnico do cuidar da doença, mas o cuidar do ser humano em sua complexidade bio, psico, sócio e também cultural. A profissão, bem como seu ensino está inserido no contexto histórico do sistema de saúde do Brasil, como veremos a seguir.

Para Teixeira et al. (2006), o ensino da Enfermagem no Brasil está completando cerca de 120 anos e sua trajetória liga-se à Saúde Pública do país. Entretanto, Rizzotto (2008) afirma que apesar de os historiadores da enfermagem defenderem sua criação como uma profissão voltada para o sanitarismo, evidências mostram que seu desenvolvimento esteve muito mais voltado para o desenvolvimento médico hospitalar do que para a atenção primária, mas ambos os autores (TEIXEIRA et al., 2006; RIZZOTTO, 2008) colocam que a organização da saúde da população por parte do Estado alavancou as necessidades de se sistematizar a formação do enfermeiro.

Até 1920, o ensino de enfermagem destinava-se a atender necessidades isoladas da população. Preparava enfermeiros para o trabalho em hospícios, hospitais civis ou militares e durante a I Guerra Mundial preparou voluntários para as emergências de guerra. Os cursos criados até então não atendiam aos padrões da Enfermagem moderna estabelecidos em 1860, por Florence Nightingale, em Londres (TEIXEIRA et al., 2006).

Esta afirmação mostra que desde o início, a enfermagem profissional no Brasil esteve condicionada aos interesses econômicos do capitalismo, idéia que é defendida também por Rizzotto (2008) que afirma que Florence Nightingale, por meio de seus pensamentos capitalistas, fragmentou a assistência em quem planeja e quem executa a fim de otimizar a mão de obra.

Em 1923, quando a problemática da saúde pública, configurada na crise econômica na década de 20, torna-se evidente, o Estado cria o Departamento de Saúde Pública (como descrito anteriormente). Com ele a enfermagem passa a ser ensinada seguindo os modelos “nightingalianos” da Escola de Enfermeiras, que posteriormente recebeu o nome de Escola de Enfermeiras D. Ana Néri, tornando-se a primeira escola de Enfermagem moderna do país.

A emergência do ensino da Enfermagem moderna em nosso país coincide, pois, com o momento em que surgem os primeiros traços de uma política de saúde por parte do Estado, ou seja, com o momento em que a questão da saúde ganha nova dimensão, passando a ser uma das atribuições do Estado (TEIXEIRA et al., 2006, p. 143).

Gallenguillos e Oliveira (2001) acrescentam que toda a reorganização econômico-política ocorrida entre as décadas de 1930 a 1960 (processo de industrialização) evidencia a necessidade de uma força de trabalho qualificada e com saúde. Teixeira et al. (2006), argumentam que o Estado, em 1949, respondendo à lógica de produção de serviços de saúde sancionando a Lei nº. 775 que determina a ampliação do número de escolas de medicina, tornando obrigatório o ensino da enfermagem em toda universidade. Esta medida foi adotada devido ao fato de considerar que a enfermagem instrumentaliza o exercício médico, segundo Rizzotto (2008) e define que o ensino deveria ser voltado para a área hospitalar, centrado no modelo clínico, consolidando o ensino desta profissão.

A Reforma Universitária de 1968 traz como consequências o aumento do número de vagas, a modernização do ensino superior, bem como a

reestruturação dos currículos mínimos dos cursos. Porém, o currículo mínimo estava voltado ao modelo biologicista, individualista e hospitalocêntrico, com uma visão tecnicista da saúde, não levando à compreensão dos determinantes sociais do processo saúde/doença.

Neste sentido, Gouvêa e Palma (1999) defendem que a Universidade teve e continua tendo papel relevante nos complexos processos que envolvem o sistema de saúde. A formação de profissionais que estejam aptos a avançar proativamente no sentido da proposição de alternativas, não apenas para o setor saúde, mas para o conjunto das políticas sociais é o ponto de partida e de chegada do desenvolvimento do setor. Ponto de partida para as mudanças e de chegada na construção de pessoas criativas, críticas e reflexivas capazes de transformarem a sociedade.

Para garantir a eficácia do SUS é fundamental que se tenha profissionais competentes para desenvolver esta política; sendo assim, a formação profissional ganhou destaque e responsabilidades. Entendendo que a formação em saúde faz parte das bases que irão continuar o processo de implantação e consolidação da mais importante à avançada política social em curso no país, é fundamental compreender quais os meios e como o Brasil amarrou o processo de formação em saúde ao Sistema Único de Saúde (GOUVÊA; PALMA, 1999). A implantação e consolidação do SUS dependem do desenvolvimento das competências profissionais de seus atores. As competências necessárias para os profissionais de saúde e como esta tem sido incorporada aos processos de formação, serão discutidas a seguir.

3.2 As Competências Profissionais e o Profissional Enfermeiro

Falar de competências profissionais não é tarefa fácil, pois se trata de um campo da formação profissional que tem gerado muitas discussões entre o mundo do trabalho e o mundo da educação, principalmente no que se refere a concepções e conceitos (ROVAI, 2010).

Possuir competências profissionais é o desejo de muitos jovens quando buscam aperfeiçoar seus conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar

de forma plena e serem reconhecidos na área de formação que escolheram, seja ela qual for: ciências exatas, humanas e sociais, da tecnologia ou da saúde.

Para cada uma destas áreas exigem-se determinadas competências, sendo essas estabelecidas principalmente para atender e atuar de forma satisfatória no mercado de trabalho. Mas antes de focar as competências necessárias para atuar no mundo da saúde, é fundamental que se descreva quando a noção de competência foi introduzida na sociedade, por que e quais os dilemas que esta noção trouxe para a educação. Somente após esta análise, é que a discutiremos no âmbito da saúde.

Deluiz (1996, p.1) afirma que a globalização “transcende os fenômenos meramente econômicos invadindo as dimensões políticas, sociais e culturais” e que o capitalismo impôs ao trabalhador a capacidade de diagnosticar, de solucionar problemas, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto organizar-se e de enfrentar situações de mudanças que não eram necessários na época do modelo taylorista-fordista, onde as tarefas repetitivas e sem cunho intelectual.

A autora relata que o processo de globalização e avanço do capitalismo necessitou de um ajuste profundo no mundo do trabalho e nas relações sociais implicando em grandes mudanças para a saúde, para a educação e para a sociedade. Ferreira (2004) coloca que uma destas grandes mudanças foi a necessidade de se possuir competências que possam garantir a empregabilidade (qualidade de estar e se manter empregado).

Vários autores (ROVAI, 2010; TSUJI; SILVA, 2010; MARQUES, 2002; DELUIZ, 1996) relatam que a noção de competência começou a ser utilizada na Europa na década de 1980, mas apenas na década de 1990 é que este termo se consolidou no Brasil. Pois, a partir desta década, começa a defesa das competências profissionais como atributos fundamentais para garantir o desenvolvimento econômico do país. Ou seja, a noção de competências nasceu para atender às necessidades crescentes de desenvolvimento e de produção, guiada pelo mundo competitivo dos negócios.

Para Perrenoud (1999), não há uma conceito claro e consensual entre os autores sobre a noção de competências profissionais. Entretanto, há que se esclarecer a diferença entre a noção de competências e de competência, tendo em vista que se usada no plural nos remete à noção de habilidades e quando usada no

singular traz a idéia de atributos pessoais que serão mobilizados em situação real de trabalho.

Rovai (2010) explica essa diferenciação:

[...] usado no plural, o termo algumas vezes substitui, isto é, *toma o lugar* de “saberes”, “habilidades”, “capacidades”, que designam elementos que devem estar presentes na formação e na prática dos profissionais da educação (p. 38).

[...] no singular a palavra competência designa uma disposição para agir de forma inteligente diante de situações específicas (p. 39).

Seguindo o mesmo raciocínio de Rovai e traçando um paralelo entre a visão da educação e do setor produtivo, Tsuji e Silva (2010) relatam duas linhas que concebem a noção de competência:

Escola Francesa, que enfatiza a vinculação entre trabalho e educação e considera as competências como resultantes da educação sistemática; valoriza o modo como as escolas enriquecem o repertório de habilidades do estudante; e Escola Britânica, que define competência a partir do mercado de trabalho e enfatiza fatores ou aspectos ligados aos desempenhos descritos requeridos pelas organizações produtivas e privilegia os comportamentos observáveis (TSUJI; SILVA, 2010, p. 196-197).

Por meio dessa afirmação, Tsuji e Silva (2010) realiza a seguinte diferenciação: competências estão ligadas à ação, às habilidades necessárias para desenvolver uma tarefa com eficiência e eficácia. Já a competência significa o modo de ser e estar, ou seja, a capacidade do sujeito de “ser capaz de” mobilizar mais do que conhecimentos intelectuais. Logo, o “treino” é capaz de fazer com que os sujeitos adquiram competências, mas não é capaz de torná-lo competente, pois para isso é fundamental o desenvolvimento de desempenhos necessários para desenvolver uma tarefa. Para os autores, competência não é algo que se possui, mas algo que se revela na ação.

Perrenoud (1999, p. 7) define competência como uma “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. Acrescenta que competências são construídas por meio de esquemas que mobilizem conhecimentos, em tempo real, a serviço de uma ação. O autor coloca ainda que os esquemas mentais são construídos por meio de treinamentos, de experiências vivenciadas, que se reestruturam quando o indivíduo

necessita utilizá-los novamente. Tal fato só se torna possível frente a uma postura reflexiva.

Outros autores defendem que o conceito de competência vai além da capacidade de realização do trabalho ou de desenvolver ações. Eles afirmam que a competência envolve questões individuais, socioculturais e de compreensão do mundo, ou seja, um conceito mais abrangente e de formação individual, não somente para atender às exigências do mercado que necessita, primeiramente, de pessoas treinadas, mas para ser e estar no mundo como pessoas transformadoras.

Entretanto, a noção de competências profissionais é colocada formalmente para a educação por meio da LDB que, segundo Rovai (2010), esta cede às pressões do mercado ao trazer a idéia da formação por competências que atendam às necessidades profissionais, ou seja, cabe à formação dotar o indivíduo de habilidades que sejam úteis ao desenvolvimento profissional. Esta afirmação pode ser comprovada por meio do art. 43 que define que compete à educação superior a formação nas diferentes áreas do conhecimento para a inserção em setores profissionais.

Machado (2007) acrescenta que a discussão acerca da formação baseada por competências invade o mundo de a educação profissional, a partir do momento em que os órgãos ministeriais passam a vincular o desenvolvimento das competências profissionais às escolas de formação, em virtude das exigências da competitividade, produtividade e inovação dos sistemas produtivos. O desenvolvimento de habilidades e competências começa a depender da organização curricular a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecidas pelo Ministério da Educação no início do ano 2000.

As competências trazidas pelo documento nos remetem à noção de habilidades a serem desenvolvidas por meio de uma organização curricular que vincule teoria e prática. Além das competências necessárias, as DCN trazem, em seu texto, o perfil dos egressos, bem como as disciplinas necessárias para atingir os objetivos de formação.

Tendo em vista que os cursos de graduação devem seguir ao estabelecido pelas diretrizes, esta pesquisa se vincula ao conceito de competências profissionais como forma de garantir o desenvolvimento das habilidades necessárias para o desenvolvimento profissional. Ou seja, as diretrizes traçam as competências

profissionais necessárias e os cursos de graduação são os responsáveis em desenvolvê-las.

Como esta pesquisa busca investigar o desenvolvimento de competências descritas pelas DCN, o conceito utilizado vem de Perrenoud (1999), onde o conhecimento é a chave para a realização do trabalho. Defende também que formar vislumbrando as competências a serem atingidas não pode ser baseada exclusivamente no acúmulo de conhecimentos, pois a apropriação de numerosos conhecimentos não permite, de fato, sua mobilização em situação de ação.

Defendemos a lógica em que as habilidades, associadas aos conhecimentos, serão capazes de apoiar os futuros profissionais no dia a dia de trabalho, enquanto se desenvolvem profissionalmente. Para Peres e Ciampone (2006, p. 494):

o profissional enfermeiro precisa desenvolver competências apoiadas em uma base sólida de conhecimentos. Dentre esses conhecimentos que, associados à aquisição de habilidades, permitem identificar e acessar informações determinantes para realizar o trabalho e saúde.

Lourenço e Benito (2010) colocam que as competências necessárias para os profissionais de saúde foram descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação de forma democrática, pois sua elaboração contou com a participação de profissionais de saúde, de educação, de gestores e usuários do SUS. Neste contexto afirmam (2010, p. 92):

As DCN buscam aproximar a formação dos profissionais à realidade dos serviços públicos de saúde, procurando dar respostas às necessidades concretas da população brasileira, tanto no que diz respeito à formação de recursos humanos, quanto à produção do conhecimento e prestação de serviços, visando o fortalecimento do SUS, com base nas competências mencionadas nas diretrizes curriculares, explicitadas nos planos de ensino e projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde.

Apesar de Rovai (2010) colocar que um dos grandes desafios do sistema de ensino é proporcionar ao profissional as condições necessárias para o desenvolvimento das competências e a construção de sua competência a partir da união do “cidadão produtivo com o cidadão transformativo”, os cursos de graduação da área da saúde encontram-se envoltos por gigantes: de um lado o Ministério da Educação e do outro lado pelo Ministério da Saúde, ambos guiados pelas políticas

de cunho neoliberal (conforme discutido no capítulo anterior) que visam respectivamente formar pessoas para atender à flexibilização exigida pelo mercado e manter o indivíduo saudável para conservar-se produtivo. Sendo assim, as escolas precisam formar pessoas capazes de atender às demandas de saúde do país.

Embora se critique o modelo de formação por competências empregada pelas escolas, alegando que o emprego desta noção, como algo a ser treinado, a formação profissional em saúde deve seguir o preconizado pelas DCN. O que defendemos aqui é o desenvolvimento de habilidades como início da formação profissional, haja vista que as competências apenas começam a ser adquiridas nos bancos escolares. O seu desenvolvimento se concretizará ao longo da carreira profissional.

No âmbito da formação de enfermeiros, a elaboração do texto das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem contou com a participação social. Os debates aconteceram por meio do Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEN) promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que aconteceu pela primeira vez em 1994.

Segundo as DCNs, os enfermeiros, ao saírem da graduação devem ser capazes de realizar ações que atendam às necessidades de saúde da população. Para o desenvolvimento dessas ações os profissionais enfermeiros devem possuir as seguintes competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

Se as competências profissionais vêm descritas pelas DCN, é fundamental que aprofundemos nosso olhar acerca do processo de concepção da mesma. Sendo assim, a seguir discutiremos a elaboração das DCN para os cursos de graduação em enfermagem, as competências dos profissionais enfermeiros, a formação em enfermagem e as estruturas necessárias para o desenvolvimento dessas competências.

3.3 As Diretrizes Curriculares Nacionais Para os Cursos de Graduação em Enfermagem, as Competências Profissionais e os Currículos

Santos (2005) defende que o ensino superior não é uma prática independente. Ele é influenciado pelas condições sociais, econômicas e políticas do país que legisla cada área do saber por meio do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Neste sentido, a principal legislação da educação superior é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, homologada em 1996, que em seu art. 44 discorre sobre esta prática.

Para diminuir a distância entre a formação profissional e as necessidades do sistema de saúde, Arantes et al. (2009) explicam que a LDB introduz, entre outras ações, a extinção dos currículos mínimos e propõe a criação das diretrizes curriculares. Esta lei fundamenta o processo de formação da educação superior com o desenvolvimento de competências e habilidades; o aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão; a flexibilização dos currículos (em concordância com a nova ordem econômica) e a implementação de Projetos Pedagógicos inovadores que objetivam mudanças para a formação profissional.

Assim, em 7 de agosto de 2001, o Parecer 1133 do Conselho Nacional de Educação (CNE) e Conselho de Educação Superior (CES), reforçou a necessidade de articulação da Educação Superior com a Saúde, para a formação geral e específica dos egressos do ensino superior voltado à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (FERNANDES et al., 2005).

Estes autores acrescentam ainda que após esse Parecer, foi aprovada a Resolução CNE/CES nº 03 de 7/11/2001, que definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN). Elas expressam os movimentos por mudanças na educação em saúde, e em especial na Enfermagem, reforçando o compromisso com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e com Sistema Único de Saúde (SUS), dando autonomia aos cursos para construir, coletivamente, seus Projetos Pedagógicos, respeitando a especificidade regional, local e institucional.

Vários autores relatam que a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn teve papel determinante neste processo, pois fomentou seminários nacionais

e regionais com o objetivo de discutir o perfil e competências para a profissão de enfermeiro. Essas discussões têm tido como palco os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEN), sendo o primeiro em 1994, antes da promulgação da LDB, sendo o primeiro em 1994. Machado (2007, p. 20) relata que este primeiro encontro teve como objetivos:

Reconhecer os determinantes históricos que interferiram na política educacional em enfermagem, relacionar os processos produtivos com as diretrizes educacionais, identificar os entraves e dilemas presentes nos processos de formação nos diversos níveis de enfermagem e traçar estratégias e diretrizes para o ensino.

Após a LDB, a ABEn promove o segundo SENADEN, em 1997, com o objetivo de discutir as dificuldades, estratégias para implantação das diretrizes da LDB, bem como avaliar o currículo, que era voltado para o modelo biomédico, com fragmentação da teoria com a prática e distanciamento das disciplinas básicas e profissionalizantes. No terceiro SENADEN, em 1998, as entidades de classes e as escolas de enfermagem discutem as competências para o profissional enfermeiro. No quarto encontro, no ano 2000, avançou no projeto anterior debatendo a inserção de novas diretrizes para o ensino da enfermagem e a elaboração de forma autônoma de Projetos Político-Pedagógicos que sustentem a formação competente (ABEn, 1997, 1998 e 2000).

Paralelamente, foram publicadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais, que segundo Machado (2007, p. 21):

forneem a cada área de formação profissional, as bases para o exercício da profissão, definindo o perfil das competências, ressaltando a necessidade de flexibilização dos currículos de graduação formando indivíduos mais críticos, reflexivos, ativos, dinâmicos e adaptáveis às demandas do mercado de trabalho.

Os SENADENs continuaram sua trajetória de debates acerca dos processos de formação, dando subsídio para discussões junto ao poder ministerial, permitindo a participação social na elaboração e homologação de leis e pareceres. Atualmente este seminário encontra-se na 12ª edição.

Para Teixeira et al. (2006), a implantação das DCN implica um grande desafio: formar enfermeiros com competência técnica, política, como sujeitos sociais dotados de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as

questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e repleto de complexidades.

Outro desafio, segundo Arantes et al. (2009), é construir articulação entre instituições de ensino e o SUS para ordenar a formação de recursos humanos em saúde para os que fazem a educação e a saúde no Brasil. Neste sentido, as DCN concretizam conceitualmente a parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, que necessita de mecanismos para a articulação, visando à formação de profissionais que atendam de forma satisfatória os princípios do SUS.

Segundo Fernandes et al. (2005, p. 444), a intenção das DCN é oferecer diretrizes gerais que possam desenvolver a capacidade de aprender a aprender “que engloba: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser”. Segundo a autora, essas capacidades garantem a formação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

Tais afirmações podem ser evidenciadas no art. 3º das DCN que trazem o perfil do formando egresso/profissional, que consiste em:

I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Neste sentido, as competências descritas pelas DCN são voltadas para a formação profissional pautadas pelos princípios do SUS em resposta à Constituição Brasileira, que, no art. 200, inciso II estabelece que ao SUS compete, entre outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (MAIA, 2004).

As competências e habilidades gerais do profissional Enfermeiro estão descritas em seu art. 4º, sendo elas: Atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente.

Abaixo segue o artigo 4º (que define as competências gerais dos profissionais enfermeiros) das DNC na íntegra:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo. **II - Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas. **III - Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação. **IV - Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. **V - Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. **VI - Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (BRASIL, Art. 4º, 2001). (grifo nosso)

O texto que define cada uma das seis competências nos remete ao conceito de habilidades, pois, durante a redação as DCN, a palavra ações é utilizada constantemente. Além disso, as competências gerais colocadas pelas DCNs trazem a noção de que os enfermeiros devem ser capazes de prestar atenção à saúde, de tomar decisões, de se comunicar, de liderar um grupo de trabalho, de administrar e gerenciar uma unidade de saúde, além de ser capaz de proporcionar educação permanente a si próprio e aos demais sob sua supervisão e atenção. Por isso a escolha pelo conceito de Perrenoud (1999).

Para desenvolver essas competências dois atores se unem: o ensino e o serviço. Para Maia (2004), o desenvolvimento das competências adquire significado no momento em que ensino-serviço se integram, diversificando cenários de aprendizagem que implica na participação de docentes, discentes e profissionais de serviços. Essa participação se apresenta na perspectiva de uma efetiva articulação que contribui não só para a formação profissional, mas também para as mudanças na produção de serviços. A realidade concreta, experimentada pelo aluno por meio do Estágio Curricular Supervisionado, é peça fundamental para o processo ensino/aprendizagem, possibilita compreensão ampla e profunda das dificuldades vividas pela profissão.

A interação entre serviço e escola acontece de forma gradativa por meio das práticas e estágios, que conferem à formação a vivência real da profissão. Esta articulação vem por meio da organização curricular. O currículo é definido por Maia (2004, p. 103) como sendo “um percurso, um caminho” e afirma que é por meio dele que as escolas colocam em prática todo o seu ideário educacional.

O currículo é construído no âmbito dos Projetos Político-Pedagógicos das escolas, que traz as concepções pedagógicas, os pressupostos que nortearão a formação e as competências como objetivos a serem alcançados por meio do perfil dos egressos. Todo o conjunto de articulação que ocorre no processo de formação é resultado em um plano educacional.

Entretanto, chamamos a atenção para as colocações de Maia (2004), pois para ele o fato dos currículos estarem construídos sob a forma de disciplinas sistematicamente delimitadas, como se fossem “prateleiras” de conhecimentos em que o professor vai depositando no aluno (educação tradicional) pedaços da profissão e que ao final da formação, o aluno, agora profissional, precisa articular todos os saberes para resolver situações extremamente complexas, pode não ser a forma mais eficaz de se desenvolver competências.

Um estudante que, durante toda a sua graduação, recebeu passivamente informações de professores informadores, com certeza terá dificuldade em buscar ativamente, em sua vida profissional, as informações para construir e reconstruir seu conhecimento (MAIA, 2004, p. 123).

Porém, as DCN não tratam as competências apenas como habilidades a serem adquiridas. Elas colocam a necessidade da reflexão na ação e da

mobilização de recursos cognitivos pelo profissional ao desempenhar suas tarefas. Entretanto, metodologias tradicionais de ensino podem não ser capazes de proporcionar o desenvolvimento de competências necessárias para atuar no complexo sistema de saúde, pois segundo Maia (2004, p.114) várias dimensões do saber precisam ser desenvolvidas nos estudantes, como:

A primeira dimensão é a cognitiva, abrangendo, entre outros, um conhecimento nuclear e a relação com a informação, bem como a capacidade de abstrair e solucionar problemas, de identificar lacunas no próprio conhecimento e de aprendizagem a partir das experiências.

A segunda dimensão é a técnica, relacionando-se às habilidades profissionais propriamente ditas.

[...] a dimensão interativa, incorporando o julgamento científico, clínico e humanístico, inter-relacionando conhecimento básico ao profissional e a capacidade de lidar com situações de incertezas.

A quarta dimensão é a contextual, definindo-se no convívio com os ambientes de trabalho e no uso racional do tempo.

A quinta é relacional, voltada para o trabalho em equipe, para as habilidades de comunicação interpessoal e para o convívio com situações de conflito.

A sexta diz respeito aos aspectos afetivos e morais, desdobrando-se na capacidade cuidadora, na tolerância, no respeito e na responsabilidade individual e social do profissional.

Finalmente situa-se a dimensão dos hábitos mentais, relativos à observação da própria prática, à atenção, à curiosidade crítica, bem como ao desejo de conhecer e corrigir seus próprios erros.

O autor afirma que para o campo da saúde, a aprendizagem a partir das experiências, implica a necessidade de construir uma estrutura de formação profissional em rede, em que a escola esteja efetivamente integrada com os serviços de saúde. Neste ponto, as DCN para os Cursos de Graduação em Enfermagem descrevem, os conteúdos essenciais, teóricos e práticos que devem acontecer ao longo da formação, bem como os cursos são obrigados a incluir no currículo o Estágio Supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatoriais, rede básica de serviços de saúde e comunidades, nos dois últimos semestres.

Para garantir que os Cursos de Enfermagem possam oferecer esta oportunidade de aprendizado, em que o mundo do trabalho tem grande contribuição para formação do profissional Enfermeiro, as DCN em seu art. 7º determinam:

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base

no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001).

Costa et al. (2007) acreditam que o Estágio Supervisionado pode trazer importante contribuição, pois se caracteriza como uma atividade acadêmica significativa para a formação profissional. É o momento em que o estudante entra em contato direto com a realidade da saúde da população e do mundo do trabalho, possibilitando o desenvolvimento profissional e pessoal, e também consolida os conhecimentos adquiridos no transcorrer do curso, que se deu por meio da relação teoria/prática. É por meio do ECS que os alunos poderão mobilizar as competências profissionais adquiridas ao longo da formação.

Ao garantir o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) nos Cursos de Graduação em Enfermagem, o Ministério da Educação reforça a necessidade de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que considerem o mundo do trabalho como eixo estruturante das atividades acadêmicas, pois é através desse “objeto” que as transformações almejadas para a saúde brasileira podem acontecer, pois desenvolve no aluno a capacidade de pensar criticamente e propor mudanças na realidade de sua profissão e da saúde de uma forma geral.

Koeche (2006) reafirma a importância que o Ministério dá ao ensino por meio de Estágios Curriculares Supervisionados para os cursos de formação profissional, destacando que o ECS encontra respaldo no ensino em Enfermagem, pois oportuniza a construção de um planejamento de trabalho pelo próprio aluno, com o pensar e o agir pautados no aprofundamento teórico, na reflexão e na criatividade, com estímulo à renovação da prática profissional tradicional.

Neste sentido, Schön (2000) acrescenta que os estudantes do ensino profissional aprendem seu ofício principalmente pelo fazer, apoiados na instrução, pois permite a reflexão-na-ação, o pensar enquanto fazem. Defende que a ciência aplicada deve ser ensinada como uma forma de investigação, pautada em etapas que permitem o desdobramento e a resolução de problemas evidentes ou mais rigorosos.

Porém, a consolidação do ECS como forma de garantir o preparo do acadêmico para atuar no sistema de saúde do país não depende exclusivamente do ensino. Ele só será um espaço de (re)conhecimento e de (re)descoberta se houver forte interação entre o serviço e o ensino. Caso não haja o compartilhamento de

responsabilidades na formação, o ECS não passará de uma “simulação” da vida real do trabalho, ou seja, poderá se tornar mera prática educativa.

O mundo do trabalho e o da escola unem-se para apoiar o aluno no momento final de sua formação. Isso é fundamental, pois o período de estágio pode ser considerado um momento crítico para os futuros profissionais de saúde, visto que se trata de um momento de transformações intensas no modo de pensar e agir. Para Silva et al. (2009), um mundo novo está à frente de jovens que se deparam com sentimentos diferenciados e, muitas vezes, nunca experimentados, como medo, ansiedade que necessita de paciência e empatia por parte dos profissionais envolvidos.

Sendo assim, a relação entre escola e serviços de saúde deve ser constituída por relações horizontais de dupla mão, em que o ensino considera as demandas dos serviços e os serviços fomentam a formação. Para isso, decisões acerca destas relações devem ser tomadas em conjunto, com ganhos concretos para todos os parceiros.

Para cada participante, a prática do ECS possui sua representatividade. Sendo assim, há necessidade de firmar compromissos e responsabilidades entre os envolvidos no processo. Professores e profissionais juntos possibilitam a construção de conhecimentos e competências. O conhecimento, como representação da realidade, é construído ao longo das experiências vividas no processo de formação. Já as competências consistem em capacidades para utilizar os conhecimentos, integrá-los ou mobilizá-los, visando à resolução dos diversos problemas enfrentados no cotidiano (ARANTES et al., 2009).

O profissional enfermeiro atuante na prática tem papel fundamental no processo de aprendizagem do aluno que desenvolve o ECS em sua unidade de trabalho, pois será referência de trabalho, a própria competência acontecendo, o facilitador e o integrador do aluno ao serviço e a equipe de saúde e este profissional devem estar seguros e à vontade para transmitir a sua experiência (SILVA et al., 2009).

O docente tem como papel dar significado ao que ensina, reformulando sua visão no processo de ensino e de aprendizagem, dando ênfase ao espírito crítico, isto é, deve permitir que o aluno desenvolva a capacidade de questionar, investigar, divergir, argumentar, analisar, experimentar e avaliar (SILVA et al., 2009).

Além de profissionais e docentes, Silva et al. (2009) entendem que as instituições conveniadas têm papel formativo importante. As equipes de saúde, atribuídas com os afazeres do dia a dia, podem experimentar desconforto diante de alunos e professores de outra instituição, mas têm o compromisso com o fazer-pensar-saber. O compromisso com esta dinâmica de docente/discente/serviço requer tempo, paciência e certa generosidade para oportunizar a prática fundamental na formação profissional.

As parcerias entre as escolas e o serviço possibilitam a superação das abordagens tradicionais e mergulham em mudanças paradigmáticas, rompendo com práticas e crenças que impedem mudanças e inibem o enfrentamento de desafios. O ECS guarda especificidades que atendem às necessidades das demandas tanto dos alunos, quanto dos professores e dos profissionais enfermeiros das instituições de saúde.

A formação de enfermeiros competentes capazes de refletir e propor mudanças à prática da profissão é o caminho que o Ministério da Saúde vislumbra para se fazer saúde com qualidade no país.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o papel do Estágio Curricular Supervisionado (ECS) no desenvolvimento das competências do futuro profissional enfermeiro. Para tanto, utilizamos como instrumento de coleta de dados, o questionário semiestruturado, que foi aplicado aos alunos e aos professores (sujeitos da pesquisa) que participaram da primeira turma de ECS. No questionário continha ações do cotidiano de trabalho retiradas do texto das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em enfermagem referentes a cada uma das seis competências.

Abaixo segue o texto que embasou a construção do questionário semiestruturado para coleta dos dados desta pesquisa:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo. **II - Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas. **III - Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação. **IV - Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. **V - Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. **VI - Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde

devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais. (BRASIL, Art. 4º, 2001) (grifo nosso).

Ambos os sujeitos entraram em contato com este texto durante todo o ECS, ora embasando suas práticas, ora refletindo suas ações e ora avaliando o desenvolvimento das competências profissionais.

Sendo assim, para iniciarmos a apresentação e discussão dos resultados, salientamos que optamos por separar os dados obtidos em duas dimensões: a dimensão aluno e a dimensão professor a fim de facilitar a compreensão da visão de cada grupo de sujeitos desta pesquisa. A separação em dimensões se fez necessária para posteriormente buscarmos o movimento dialético que foi impresso na captura do desenvolvimento das competências profissionais por meio do olhar do aluno e do professor, e que transcendem estas dimensões.

A análise dos resultados obtidos se deu de duas formas: as perguntas fechadas foram analisadas por meio de métodos estatísticos (Teste não paramétrico – Teste de Jonckheere-Terpstra) e as perguntas abertas por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009). A análise estatística permitiu identificar se as ações que contribuíram para o desenvolvimento das competências estão relacionadas com a frequência com que cada aluno realizou cada uma delas.

Deste modo, as reflexões originadas no processo de sistematização e interpretação dos dados, norteadas pelo referencial teórico do estudo, levaram compreender o processo inicial do desenvolvimento das competências por meio do ECS.

O fato de optarmos em identificar o desenvolvimento das competências por meio da frequência de realizações de ações inerentes a cada uma delas, não pode levar o leitor, a concebê-los como pontos de vista fechados em si. Para o desenvolvimento deste trabalho optamos em analisá-las por meio do conceito trazido por Perrenoud (1999), em que competências e habilidades caminham juntas. É fundamental ressaltar a complexidade envolta no desenvolvimento das competências, uma vez que este desenvolvimento se inicia nos bancos acadêmicos e perduram por toda vida profissional (PERRENOUD, 1999).

O princípio utilizado para a análise dos dados se deu baseado na frequência de realizações das ações agrupadas em cada uma das seis competências, ou seja, procuramos evidências estatísticas que pudessem comprovar se as ações realizadas com mais frequência pelos alunos também foram as ações que apresentaram significância estatística, justificando ou não o desenvolvimento da competência ao qual estava relacionada.

O aluno foi avaliado de duas maneiras: por meio de auto avaliação em que eles se atribuíram notas de 1 a 5 (sendo um para aqueles que não se consideram preparados e 5 para aqueles que se consideram completamente preparados). E por meio da avaliação de professores que os acompanharam, refletindo acerca das ações realizadas atribuindo notas ao preparo do aluno com relação a cada uma das seis competências. A análise estatística comparou as notas atribuídas para cada competência com os grupos que afirmaram ter realizado determinada ação com muita frequência.

Os resultados estão descritos separando a dimensão aluno e a dimensão professor. Finalizamos destacando as diferenças e semelhanças nos olhares de alunos e professores. Dentro de cada dimensão, apresentamos e discutimos os resultados, de forma quantitativa e qualitativa, cada uma das seis competências: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

4.1 O Papel do Estágio Curricular Supervisionado – Dimensão Aluno

4.1.1 Competência: atenção à saúde

Todos os alunos que participaram da pesquisa afirmam que foram estimulados a desenvolverem a competência atenção à saúde durante o ECS. E ao término, a maioria deles (66,6%) relata se sentir completamente ou muito preparados para realizar ações voltadas a esta competência no seu dia a dia de trabalho, como mostra o gráfico 1.

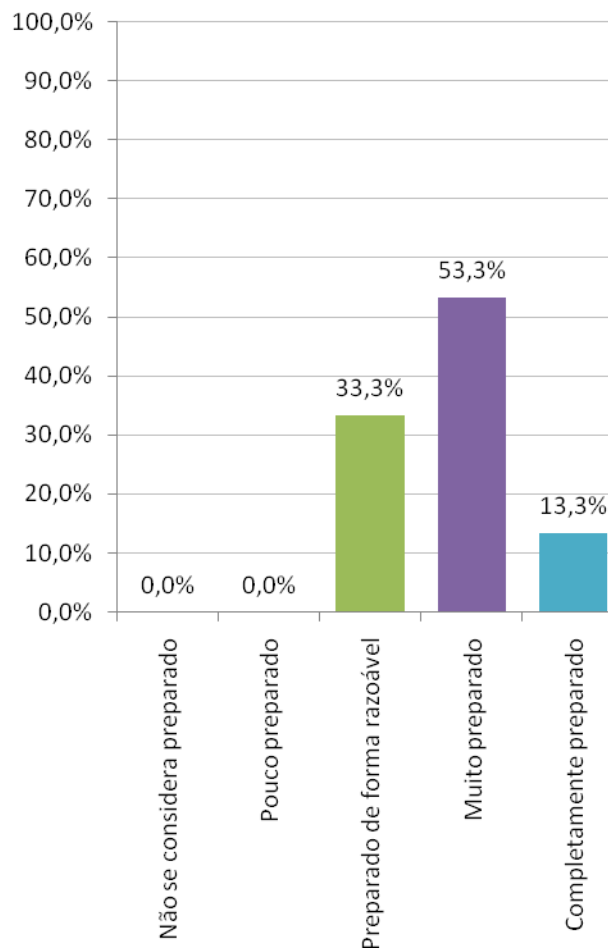


GRÁFICO 1 - Preparo para realizar a competência atenção à saúde, segundo o olhar do aluno.

Tendo em vista que a maioria dos alunos se sentem aptos a desenvolver ações de atenção à saúde, ao serem questionados acerca do quanto realizaram as ações descritas nas DCNs que compõem esta competência, o grupo respondeu de forma heterogênea.

As ações que foram colocadas como inerentes a competência atenção à saúde foram: ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde, ações que os levassem a estabelecer relações com outros serviços da rede de saúde, ações que os levassem à resolução de problemas de saúde em âmbito individual e/ou coletivo, atividades de caráter técnico, atividades que necessitassem puramente de reflexões pessoais a ações que precisassem do conhecimento do perfil da clientela interna e externa.

Três destas ações a maioria dos alunos afirmam terem realizados com muita frequência, sendo elas: ações de prevenção à saúde, ações de promoção à saúde e atividades com caráter técnico (93,33%, 86,67% e 70%, respectivamente).

Considerando que cada aluno se atribuiu uma nota de 1 a 5 (nota 5 completamente preparado e nota 1 não se considera preparado) referente ao preparo para realizar ações de atenção à saúde, as ações que foram estatisticamente significativas para justificar o preparo do aluno não estiveram, necessariamente, relacionadas às ações que os mesmos afirmam ter sido realizadas com mais frequência. Desse modo, acreditava-se que as ações que seriam mais significativas seriam aquelas que os alunos teriam treinado mais, porém ao compararmos as notas que eles se atribuíram para cada uma das competências, com o grupo de alunos que afirmam ter realizado as ações com muita frequência, as ações que foram significativas, não necessariamente foram aquelas que eles mais praticaram.

Consideramos como grupos ou tratamento as alternativas que os alunos assinalaram: nunca realizou, realizou algumas vezes e realizou com muita frequência as ações descritas no questionário. A significância estatística ($P < 0,05 = 5\%$ de significância) se deu ao cruzar as notas atribuídas por cada aluno com os grupos: realizou muitas vezes, realizou algumas vezes ou nunca realizou. O objetivo foi identificar se as ações que os alunos realizaram com muita frequência (mais treinados) foram aquelas em que eles se sentiram mais aptos a desenvolvê-las no seu dia a dia de trabalho.

Portanto, embora as ações - relação com outros serviços da rede e resolutividade de problemas em âmbito individual e/ou coletivo - não ter sido muito realizada pela maioria dos participantes da pesquisa, ou seja, 20% e 36,67% (respectivamente), os alunos que realizaram com muita frequência estas ações apresentaram significância na estatística. Desse modo, nossa análise identificou que os alunos que realizaram estas duas ações com muita frequência se atribuíram notas melhores do que aqueles que afirmam ter realizado algumas vezes ou que nunca realizou.

Somente a ação - atividades com caráter técnico - estava entre as ações que os alunos realizaram com muita frequência (70%) e também apresentou 5% de significância (95% de chance de a nossa afirmação ser verdadeira), pois o grupo de alunos que afirmam ter realizado com muita frequência esta ação se

atribuíram notas melhores do que o grupo que realizou algumas vezes ou nunca realizou. A tabela 1 apresenta os resultados estatísticos que buscou justificar o desenvolvimento da competência atenção à saúde.

TABELA 1 - Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência atenção à saúde.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	P
Prevenção à saúde	0,00% (0)	6,67% (2)	93,33% (28)	
Promoção à saúde	0,00% (0)	13,33% (4)	86,67% (26)	
Proteção à saúde	0,00% (0)	36,67% (11)	63,33% (19)	
Reabilitação à saúde	3,33% (1)	43,33% (13)	53,33% (16)	
Relação com outros serviços da rede de saúde	3,33% (1)	76,67% (23)	20,00% (6)	*
Resolutividade de problemas em âmbito individual e/ou coletivo	6,67% (2)	56,67% (17)	36,67% (11)	*
Atividades com caráter técnico	0,00% (0)	30,00% (9)	70,00% (21)	*
Atividades de caráter puramente reflexivas	3,33% (1)	50,00% (15)	46,67% (14)	
Conhecimento do perfil da clientela interna e externa***	0,00% (0)	44,83% (13)	55,17% (16)	

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

*** 1 aluno não respondeu essa ação descrita.

Ao término das questões fechadas, os alunos responderam, de forma escrita, a seguinte pergunta: para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento da competência atenção à saúde? Por quê?

Por meio desta questão, foi possível identificar as relações que os alunos fazem entre a competência atenção à saúde, à profissão e ao trabalho. Dois pontos tiveram destaque na fala dos alunos, sendo eles: a relação entre a competência atenção à saúde e a aproximação com a assistência de enfermagem e o sentimento de liberdade proporcionada pela dinâmica do estágio, permitindo que

os alunos mobilizem seus recursos de forma autônoma, sem a interferência direta do docente, mas percebendo seu apoio.

A aproximação da competência com a função assistencial do enfermeiro pode ser evidenciada por meio dos seguintes relatos:

“...foi uma das competências mais desenvolvidas, pois a assistência ao paciente é uma ação bem forte da profissão” (aluno 3)

“Nos permitiu o envolvimento direto com o paciente e com a comunidade” (aluno 6).

“motiva os alunos a cuidar do paciente de forma a orientá-lo, preveni-lo de certas coisas e ajudá-los a promover a saúde” (aluno 15).

“nos fez propor ações para resoluções de coisas que aconteciam na unidade ou com pacientes e também para melhorar outras ações” (aluno 17).

Percebe-se que a sensação de liberdade os levou a mobilizar recursos pessoais, a experienciar o mundo do trabalho como ele realmente é, sem controles ou cortes, vivenciando as funções das enfermeiras, ampliando o olhar para questões que vão além das teorias e com isso tornando-os mais reflexivos.

“me deu uma visão melhor de cada competência e a atenção à saúde foi a que mais desenvolvi” (aluno 3).

“me sinto mais preparada depois de ter feito o ECS, pois sem o acompanhamento do professor em tudo que eu fiz me fez aprender melhor e também me fez ver que posso me virar sozinha” (aluno 9).

“me fez trabalhar de forma mais elaborada, reflexiva” (aluno 11).

“porque com o estágio pudemos adquirir mais experiência, estando mais presente na unidade, com certas liberdades” (aluno 21).

Um dos trinta relatos nos chamou a atenção: a falta de apoio dos profissionais que estão nas unidades onde ocorrem os estágios pode interferir no desenvolvimento do aluno. O apoio dos profissionais que recebem o ECS pode ser determinante para o desenvolvimento do aluno, tendo em vista que vários colocaram que a aproximação com o mundo do trabalho os levou a refletir acerca das questões referentes à profissão, permitiram melhor envolvimento com a assistência de enfermagem e também permitiu o desenvolvimento da autonomia.

Essa afirmação é evidenciada na resposta do aluno 2:

“contribuiu em parte, pois não é nos dado total apoio dentro das unidades por parte dos funcionários” (aluno 2).

Apenas um dos sujeitos da pesquisa relatou que o ECS “*contribuiu em parte*” com o desenvolvimento desta competência, justificado pela falta de apoio da equipe de trabalho em relação a atuação do aluno.

4.1.2 Competência: tomada de decisão

Todos os alunos (100%) que participaram da pesquisa afirmam que foram estimulados a desenvolverem a competência tomada de decisões durante o ECS. Porém, ao término do estágio, 50% deles relatam se sentirem preparados de forma razoável e 46,7% afirma estar completamente ou muito preparado para realizar esta competência no seu dia a dia de trabalho, como mostra o gráfico 2.

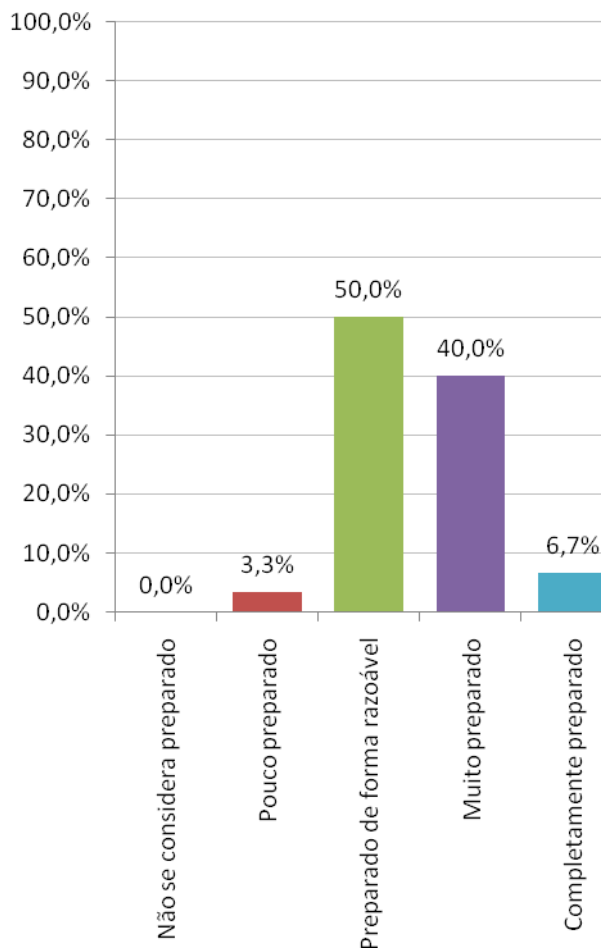


GRÁFICO 2 - Preparo para realizar a competência tomada de decisões, segundo o olhar do aluno.

Os alunos demonstraram que se sentem preparados de forma razoável para desenvolver ações relacionadas à tomada de decisões e esta afirmação foi evidenciada ao serem questionados acerca do quanto realizaram as ações que poderiam justificar o desenvolvimento desta competência. Os alunos se apresentaram bem divididos (por volta dos 50%) entre aqueles que afirmam ter realizado ações com muita frequência e aqueles que afirmam ter realizado as ações algumas vezes.

As ações relacionadas à competência tomada de decisões foram: avaliação e decisão acerca do processo de trabalho, avaliação e decisão sobre procedimentos e práticas de enfermagem, avaliação e decisão acerca de materiais, medicamentos e equipamentos e/ou ambientes, busca por materiais ou por informações que pudessem ajudá-los a avaliar situações e decidir condutas com mais clareza, participação de discussões colegiadas que pudessem ajudá-los a encontrar a melhor decisão e ações que permitiram conhecer melhor o perfil da clientela interna e externa para auxiliá-lo na tomada de decisões.

As três ações que a maioria dos alunos afirma ter realizado com muita frequência, foram: avaliações e decisões acerca de procedimentos e práticas de enfermagem, avaliações e decisões acerca de materiais, medicamentos, equipamentos e/ou ambiente e conhecimento do perfil da clientela que pudesse auxiliá-los na tomada de decisões (65,52%, 63,33% e 56,67%, respectivamente).

Como nosso objetivo foi identificar se a frequência de realização de uma ação é capaz de torná-la significativa para o aluno, ao comparamos estatisticamente o número de pessoas que realizam as ações de tomada de decisão com muita frequência com as notas atribuídas frente ao preparo para realizá-las, as ações que foram significativas não, necessariamente, esteve entre aquelas que eles mais realizaram.

Das ações descritas para a tomada de decisão, quatro se destacaram: avaliação e decisões acerca dos processos de trabalho, avaliação e decisão acerca de materiais, medicamentos, equipamentos e/ou ambiente, busca por materiais e informações que ajudasse a decidir condutas com mais clareza e ações que permitissem melhor conhecimento da clientela interna e externa para auxiliar a tomada de decisões.

Embora a maioria dos alunos não tenha realizado a ação - avaliação e decisão acerca dos processos de trabalho - com muita frequência (apenas 40%

afirmam ter realizado com muita frequência). Esta ação apresentou significância estatística que justificasse o desenvolvimento da competência tomada de decisões, pois aqueles que afirmam ter realizado com muita frequência se sentiram muito preparados, se atribuindo notas melhores do que aqueles que afirmam ter feito algumas vezes ou nunca ter feito esta ação.

As outras três ações que apresentaram 5% de significância estavam entre as ações que a maioria dos alunos afirma ter realizado com muita frequência, sendo elas: avaliações e decisões acerca de materiais, medicamentos, equipamentos e/ou ambiente (segunda ação que os alunos mais realizaram), conhecimento do perfil da clientela externa e interna que respaldassem a tomada de decisões (terceira ação mais realizada) e busca por materiais e informações que pudessem ajudá-los a avaliar situações e decidir condutas com mais clareza (quarta ação mais realizada).

Observa-se que no caso da competência tomada de decisões, o que justificou o aluno estar preparado ou não para realizá-la não esteve vinculado ao número de pessoas que afirmam ter realizado as ações com muita frequência. Porém, três das quatro ações que apresentaram significância estatística estiveram entre as realizadas com muita frequência.

A tabela 2 apresenta os resultados estatísticos que buscam justificar o desenvolvimento da competência tomada de decisões.

TABELA 2 - Ações descritas nas DCNs que buscam justificar o desenvolvimento da competência tomada de decisões.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	P
Avaliações e decisões acerca dos processos de trabalho	0,00% (0)	60,00% (18)	40,00% (12)	*
Avaliações e decisões acerca de procedimentos e práticas de enfermagem ***	0,00% (0)	34,48% (10)	65,52% (19)	
Avaliações e decisões acerca de materiais, medicamentos, equipamentos e/ou ambiente	0,00% (0)	36,67% (11)	63,33% (19)	*
Busca por materiais por informações que pudessem te ajudar a avaliar situações decidir condutas com mais clareza	0,00% (0)	46,67% (14)	53,33% (16)	*
Discussões colegiadas que pudessem ajudar a encontrar a melhor decisão	13,33% (4)	63,33% (19)	23,33% (7)	
Conhecimento do perfil da clientela interna e externa	0,00% (0)	43,33% (13)	56,67% (17)	*

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

*** 1 aluno não respondeu essa ação descrita.

O ato de tomar decisões trata-se de uma habilidade que envolve o “ser profissional”, envolve o estar com pessoas de forma responsável do ponto de vista da profissão. É uma competência que desperta a sensação de empoderamento, de já ser enfermeiro e isso implica no preparo que se têm diante das situações vividas no mundo do trabalho.

Essa afirmação pôde ser confirmada quando perguntamos aos alunos se o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência. O que chamou a atenção foi que a maioria dos relatos apresentava palavras que exprimiam os sentimentos dos alunos frente à tomada de decisões, dentre elas citamos: insegurança, autonomia, amadurecimento e confiança.

Podemos justificar a sensação de empoderamento e de responsabilidade profissional por meio dos seguintes relatos:

“dentro da unidade assistimos as ações dos enfermeiros e dentre elas, algumas decisões e várias vezes fui consultada para opinar em decisões

importantes e quando percebi, já estava tomando decisões, mediando outras e com isso consegui desenvolver essa habilidade.” (aluna 13).

“no ECS somos conhecidos não só como estagiários, mas como enfermeiros e isso nos dá autonomia, as pessoas acreditam mais em nós e conseqüentemente nos sentimos seguros para tomar decisões.” (aluna 3).

“porque tivemos o compromisso de assumir uma unidade fazendo o papel da enfermeira, com ela ou mesmo sem ela.” (aluna 29).

A autonomia foi um fato importante no desenvolvimento da tomada de decisões. Os alunos relataram tanto a presença quanto a ausência dela nas unidades onde realizaram o ECS. Os mesmos percebem que se sentiram aptos na tomada de decisão quando os profissionais do campo permitiram, confiaram, na habilidade dos alunos para exercê-la.

“tive muita autonomia na unidade, e isso fez com que eu tomasse decisões importantes, por isso acho que desenvolvi essa competência.” (aluna 23).

“pelo fato de sermos acadêmicos de enfermagem não tivemos muita autonomia para tomar decisões, ficando difícil dizer se estou preparado ou não.” (aluno 24).

Segundo os alunos, o apoio do professor de ECS e o encorajamento para que as decisões acontecessem foi também um fato muito importante para o desenvolvimento desta competência. Mesmo o professor não estando presente na unidade durante todo o período de trabalho, os alunos se sentiram mais seguros para tomar decisões quando sabiam que seriam apoiados pelo professor.

“a maneira com que os professores nos conduziam, nos ajudou a parar para pensar nas situações antes de agir, contribuindo, e muito, para me sentir segura para tomar as decisões que eram necessárias.” (aluna 9)

“os professores sempre nos apoiavam e nos auxiliavam em nossas decisões, fazendo com que eu criasse uma certa confiança em mim e aprendesse a desenvolver essa habilidade.” (aluna 18).

A insegurança foi um sentimento muito presente durante o desenvolvimento da tomada de decisões. Percebemos que esta competência fez com que os alunos se autoavaliassem, principalmente quanto à postura profissional.

“o estágio me ajudou a desenvolver essa competência, mas sinto ainda certa insegurança, mas acho que é um problema pessoal meu, não está relacionado com o estágio.” (aluna 1).

“às vezes me sinto insegura, mas após conversar e discutir o que devo fazer, vejo que não estou tão errada assim, mas tenho que dizer que me sinto um pouco insegura ainda.” (aluna 11).

4.1.3 Competência: comunicação

Todos os alunos (100%) que participaram da pesquisa afirmam que foram estimulados a desenvolverem a competência comunicação durante o ECS. Ao término do estágio, 93,4% deles relatam estarem completamente ou muito preparados para atuar de forma satisfatória quando as questões do dia a dia de trabalho forem referentes à competência comunicação, como mostra o gráfico 3.

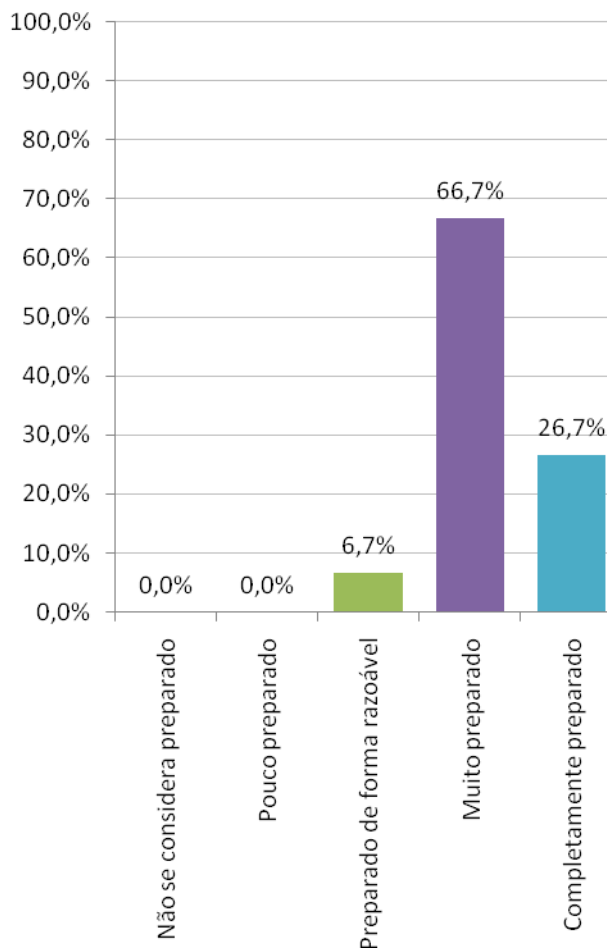


GRÁFICO 3 - Preparo para realizar a competência comunicação, segundo o olhar do aluno.

Ao avaliarmos o preparo para desenvolver esta competência, observamos que os alunos se sentem mais à vontade para estabelecer processos de comunicação do que as demais competências. Este fato pode estar vinculado à própria noção de comunicação que os alunos possuem, pois quando questionados se o ECS contribuiu para esta competência, fica claro que, para eles, o ato de se comunicar é algo inerente à ação humana, não se trata de uma ação sistematizada, refletida, pensada. Essa afirmação pode ser evidenciada pelas seguintes falas:

“É uma competência realizada com muita frequência, sem grandes esforços, pois sem a comunicação não há o desenvolvimento do trabalho” (aluna 30).

“dentro da proposta pedagógica do ECS a comunicação era um critério a ser desenvolvido, mas nem era necessário ser (rsrsrsrs) pois nas unidades, a comunicação é um grande instrumento da enfermeira, e eu tive oportunidade (diariamente) de realizá-la. Sei que isso é fundamental para a minha atuação de enfermeira” (aluna 8)

“não tem como não desenvolver essa competência, toda e qualquer ação em saúde requer essa competência.” (aluna 13).

“a todo momento realizamos esta competência” (aluna 21).

Entretanto, nesta pesquisa concordamos com o conceito de competência trazido por Peres e Ciampone (2006, p. 498) pois define como uma habilidade em necessita ser compreendida com maior profundidade, sendo ela:

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

As ações do cotidiano que foram apresentadas como ações referentes à competência comunicação foram: diálogo com a equipe de enfermagem, diálogo com a equipe multiprofissional, escrita de documentos e relatórios, leitura de textos, artigos ou outros materiais que pudessem embasar sua prática, leitura de textos, artigos ou outros materiais em língua estrangeira que pudessem embasar a sua prática, utilização das tecnologias de comunicação e informação, conhecimento do perfil da clientela interna e externa para melhorar as formas de comunicação e ações que necessitassem do exercício do sigilo.

As ações relacionadas à competência comunicação que a maioria dos alunos mais realizaram foram: estabelecer diálogo com a equipe (100% afirma ter realizado com muita frequência), ações que necessitassem o exercício do sigilo (86,21% afirma ter realizado com muita frequência). Em duas ações o mesmo número de alunos (76,6%) afirma ter realizados com muita frequência, as ações que necessitaram de diálogo com a equipe multiprofissional e escrita de documento e relatórios foram a terceira ação mais realizada pelo grupo.

O hábito de buscar artigos científicos que pudessem dar subsídio para a prática profissional não esteve entre as três ações mais realizadas, embora tenha sido a quarta ação mais realizada. Ou seja, 63,3% afirmam ter realizado com muita frequência a leitura de artigos científicos e 17,24% afirmam ter lido algum tipo de artigo científico em língua estrangeira. Ressaltamos que - a busca por artigos científicos em outras línguas - foi a ação que os alunos menos realizaram se comparado a todas as ações que relatam ter feito em todas as seis competências.

Ao realizar a análise estatística, observamos que não houve uma ação que justificasse estatisticamente o desenvolvimento desta competência, pois as notas atribuídas pelos grupos que afirmam terem realizado as ações com muita frequência foram praticamente as mesmas dos grupos que afirmam ter realizado algumas vezes.

Ao observarmos as notas que os alunos se atribuíram à competência comunicação evidenciamos que elas foram maiores do que 4,0 (muito preparado) independente das vezes que realizaram a ação e por isso nenhuma ação apresentou significância estatística.

A tabela 3 apresenta a frequência de vezes que os alunos realizaram as ações que envolvem o processo de comunicação, segundo as DCNs.

TABELA 3 - Ações descritas nas DCNs que buscam justificar o desenvolvimento da competência comunicação.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	P
Diálogo com equipe de enfermagem	0,00% (0)	0,00% (0)	100,00% (30)	
Diálogo com equipe multiprofissional	0,00% (0)	23,33% (7)	76,67% (23)	
Escrita de documentos e relatórios	0,00% (0)	23,33% (7)	76,67% (23)	
Leitura de textos, artigos ou outros materiais que pudessem embasar sua prática	0,00% (0)	36,67% (11)	63,33% (19)	
Leitura de textos, artigos ou outros materiais em língua estrangeira que pudessem embasar sua prática ***	75,86% (22)	6,90% (2)	17,24% (5)	
A utilização das tecnologias de comunicação e informação	0,00% (0)	46,67% (14)	53,33% (16)	
Conhecimento do perfil da clientela interna e externa ***	0,00% (0)	37,93% (11)	62,07% (18)	
O exercício do sigilo ***	3,45% (1)	10,34% (3)	86,21% (25)	

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

*** 1 aluno não respondeu essa ação descrita.

Retomando os relatos dos alunos, quando questionados acerca do quanto o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência, observamos que a comunicação está muito vinculada ao trabalho em equipe e a reconhecem como o princípio dos processos de trabalho em saúde.

É possível identificar a necessidade de se comunicar com a equipe de saúde e também a dificuldade que os alunos sentem em estabelecer um diálogo aberto com a mesma, pois dos trinta relatos obtidos, em dezesseis deles a relação entre comunicação e equipe estava presente. Como mostra a fala da aluna 17:

“pois num ambiente de trabalho, não dá para desenvolver qualquer competência sem o diálogo ou sem o trabalho em equipe, pois o enfermeiro é o centro de uma unidade, todas as informações chegam no enfermeiro, é preciso usufruir da informação para manter a interação das equipes”.

“esta foi a competência que melhor desenvolvi, pois, como enfermeira, é essencial a comunicação, não só com a equipe de enfermagem, mas com toda equipe multidisciplinar. Mas mesmo sendo a que eu mais me sinto à vontade, sei que não é fácil” (aluna 9).

Como princípio fundamental para o processo de trabalho em saúde, destacamos os seguintes relatos:

“nada existe sem a comunicação, tudo o que fazemos, ou pensamos envolve a comunicação. Nosso trabalho só terá resultado se ela for eficaz” (aluna 4).

“durante o estágio somos procurados por vários tipos de pessoas com dúvidas (pacientes, famílias, funcionários) e por isso temos que saber nos comunicar. Ela é o início de tudo” (aluna 3).

“a comunicação nos auxiliou a entendermos um pouco mais das necessidades de saúde da população” (aluna 7).

Diante dos relatos dos alunos observamos que a competência comunicação não era realizada de forma sistematizada, refletida, ou mesmo discutida com os professores. Eles a colocam como uma ferramenta fundamental para realizar o trabalho, sem que houvesse a necessidade de aprofundar seus conhecimentos acerca das formas, meios ou instrumentos que pudessem tornar a comunicação mais eficiente ou eficaz. Para eles, a comunicação é algo natural ao ser humano.

Fazendo um paralelo com as atividades propostas pelo ECS, identificamos que não houve no desenvolvimento do estágio, uma preocupação em estabelecer ações específicas para reflexão e desenvolvimento dessa competência. Fato que pode ter contribuído para que, nesta competência, não surgissem ações que fossem significativas para o aluno.

4.1.4 Competência: liderança

Ao compararmos as seis competências, observamos que a liderança foi a competência em que os alunos mais tiveram dificuldade de realizar as ações relacionadas ao tema. Diferente das demais competências onde houve um consenso entre os participantes da pesquisa (100% dos alunos afirmaram terem sido estimulados), na liderança, a maioria dos alunos (96,7%) afirma que foram estimulados a desenvolver essa competência.

A dificuldade de se desenvolver a liderança foi evidenciada por meio do quanto o aluno se acha apto a realizá-la no seu dia a dia de trabalho. Apenas 36,7% se consideraram completamente ou muito preparado, sendo esta a competência em

que os alunos se consideram menos aptos a realizá-la, ou seja, 63,4% se considera preparado de forma razoável ou pouco preparado, como mostra o gráfico 4.

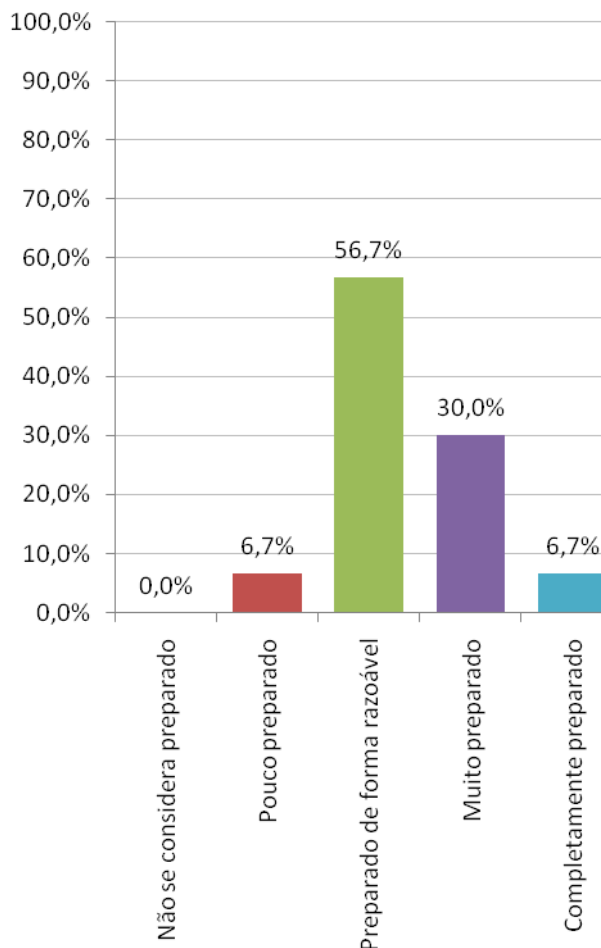


GRÁFICO 4 - Preparo para realizar a competência liderança, segundo o olhar do aluno.

Ao compararmos a frequência com que algumas ações foram realizadas, observamos que não houve uma ação que se destacasse. A insegurança em liderar um grupo de trabalho foi evidenciada pela frequência com que estas foram realizadas, pois, em todas as ações, o grupo de alunos se apresentou dividido entre realizou algumas vezes e realizou com alguma frequência. Várias ações referentes à liderança, que foram questionadas por esta pesquisa, alguns alunos afirmam nunca ter realizado.

As ações que foram apresentadas, por meio do questionário, referente à competência liderança foram: exercício do compromisso e da responsabilidade

frente ao processo saúde/doença dos pacientes e da população sob sua responsabilidade, desenvolvimento da empatia com a equipe de enfermagem, desenvolvimento da empatia com a equipe multidisciplinar, estudo dos processos e conceitos que envolvem a liderança e busca pelo conhecimento dos clientes externos e internos.

As três ações que a maioria dos alunos afirma terem realizado com muita frequência, foram: exercício do compromisso e da responsabilidade frente ao processo saúde-doença dos pacientes e da população sob sua responsabilidade (66,67%) e desenvolvimento da empatia tanto com a equipe de enfermagem quanto com a multidisciplinar (em ambas 50% dos alunos afirmam terem realizado com muita frequência).

Apesar da maioria dos alunos não se sentirem seguros para realizar as ações descritas para esta competência, ou seja, afirmam não ter feito muitas vezes, os poucos alunos que as realizaram com muita frequência se atribuíram notas melhores do que aqueles que as realizaram poucas vezes. Desta forma, todas as ações apresentam significância estatística, ou seja, todas as ações tiveram 5% de significância para os alunos que as realizaram com muita frequência.

Buscando compreender esse processo nas ações de liderança, observamos que a média das notas atribuídas pelo grupo de alunos que afirmaram ter realizado as ações com muita frequência foi bem maior que a médias da notas atribuídas pelos grupos que afirmam ter realizado algumas vezes. Do mesmo modo foi observado que, conforme a frequência de realização das ações foi aumentando, o sentimento de aptidão entre os alunos também foi aumentando. Portanto, embora poucos alunos tenham realizado as ações de liderança, os mesmos ao realizarem as ações, se sentiram melhor preparados, se atribuindo notas acima de 4,0 (muito preparados).

A tabela 4 apresenta os resultados estatísticos que buscaram justificar o desenvolvimento da competência liderança.

TABELA 4 - Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência liderança.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	
Compromisso e responsabilidade com o processo saúde/doença dos pacientes e população a mim delegados	6,67% (2)	26,67% (8)	66,67% (20)	*
Empatia que possuía ou tive que desenvolver com a equipe de enfermagem	0,00% (0)	50,00% (15)	50,00% (15)	*
Empatia que possuía ou tive que desenvolver com a equipe multiprofissional	6,67% (2)	43,33% (13)	50,00% (15)	*
Estudo dos processos e conceitos que envolvem a liderança	3,33% (1)	53,33% (16)	43,33% (13)	*
Conhecimento do perfil da clientela interna e externa	3,33% (1)	50,00% (15)	46,67% (14)	*

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

A liderança, realmente, não foi desenvolvida facilmente pelos alunos. Observamos, por meio dos relatos, que eles visualizam e acreditam que para realizar o trabalho em saúde, é fundamental que o enfermeiro seja um líder eficaz. Porém adquirir essa competência requer estudos sobre o tema e tempo de trabalho, ou seja, “líderes se desenvolvem; não são fabricados. Devem ter tempo e espaço para se revelar” (LOURENÇO; TREVISAN, 2001, p. 15).

Algumas características dos líderes parecem genéticas, outras precisam ser aprendidas, mas é a reunião das características básicas e da dinâmica do seu comportamento que produz liderança eficaz (LOURENÇO; TREVISAN, 2001, p. 15).

Fatos que podem ser constatados pelos seguintes relatos:

“para liderar é necessário estar embasado em conhecimento sobre liderança, como ser e como fazer” (aluno 4).

“nos colocou no cotidiano das unidades, onde os enfermeiros tem que conduzir, liderar as equipes. Para nós, enquanto acadêmicos, nos ajudou muito, porém acho que essa competência iremos conquistar com o tempo de trabalho e conhecimento da unidade, dos pacientes, da equipe” (aluno 10).

“desenvolvi essa habilidade algumas vezes, mas ao ver os enfermeiros liderando a equipe, percebo que com o tempo de trabalho conseguirei realizá-la melhor” (aluna 9).

“liderança é uma competência que será desenvolvida com o tempo, portanto consegui observar com frequência esta competência, porém pouco desenvolvi da mesma” (aluno 29).

Nos relatos observamos que os alunos identificaram esta competência durante o trabalho do enfermeiro, porém não se sentiram preparados para realizá-la, mesmo porque havia nas unidades a presença dos responsáveis pela equipe, o que fazia com que as ações de liderança fossem exercidas pelos mesmos. Isso pode estar relacionado à falta de autonomia do aluno (a autonomia na maioria das vezes era dos enfermeiros), pela falta de preparo do aluno e ainda, por estar na fase inicial da sua carreira profissional.

“o estágio trouxe a liderança, mas não me sinto preparado para essa competência” (aluno 14).

“achei difícil identificá-la em campo” (aluno 3).

“é difícil você chegar em um lugar onde já existe um líder e sair liderando” (aluno 15).

“o estágio contribuiu pouco ao meu ver, pois aprendemos a ser um bom líder, mas não pudemos desenvolvê-la tanto assim” (aluno 2).

“acompanhei o trabalho do enfermeiro e pude perceber o quanto ele é importante, porém desenvolvi poucas vezes” (aluno 22).

“tenho que aprender muito para liderar um grupo de pessoas” (aluno 1).

4.1.5 Competência: administração e gerenciamento

A competência administração e gerenciamento também esteve entre aquelas em que as opiniões ficaram divididas, apesar de todos (100%) afirmar terem sido estimulados a desenvolverem. Não houve aluno que se sentiu pouco preparado, porém eles se dividiram entre estar preparado de forma razoável (43,3%) e muito preparado (46,7%). A minoria considera que está completamente preparado, como mostra o gráfico 5.

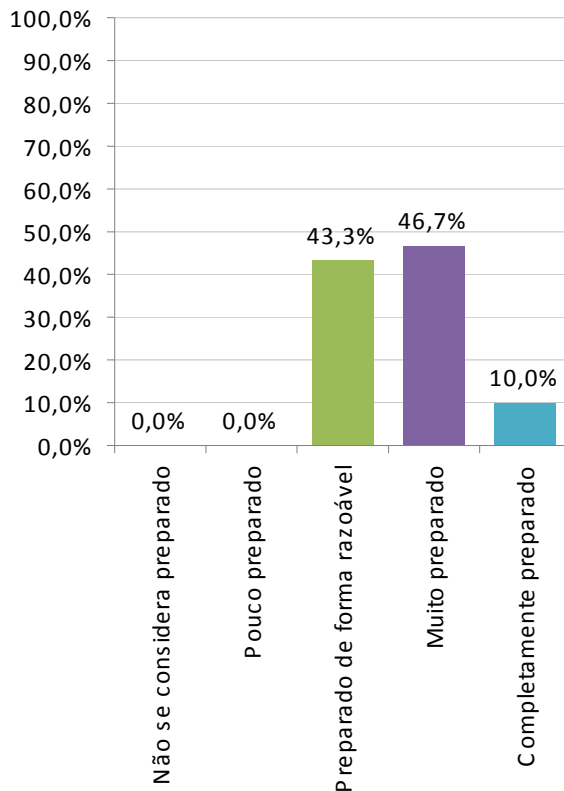


GRÁFICO 5 - Preparo para realizar a competência administração e gerenciamento, segundo o olhar do aluno.

A frequência com que os alunos realizaram ações que justificasse o desenvolvimento da competência administração e gerenciamento também se apresentou dividida, ou seja, o grupo que realizou algumas vezes e o grupo que realizou com muita frequência as ações descritas na ficha de coleta de dados se mantiveram próximas a 50% entre os grupos.

As ações atribuídas para a competência administração e gerenciamento, foram: diagnóstico de situações problemas após coleta de dados sistematizados, Planejamento sistematizado de ações para resolução de problemas, execução e avaliação de planos operacionais, atividades voltadas à coordenação do processo de cuidar, ações educativas voltadas para os clientes internos e externos e desenvolvimento de visão global da gestão dos serviços de saúde.

As duas ações que a maioria dos alunos mais realizaram foram: atividades voltadas à coordenação do processo de cuidar (gerenciamento da assistência, do ambiente de trabalho e dos agentes que realizam o trabalho) e planejamento sistematizado de ações voltadas para resolução de problemas e execução. Apesar da ação - execução e avaliação de planos operacionais - ter sido a terceira ação mais realizada, 3 alunos não responderam a esta questão.

A ação - coordenação do processo de cuidar - foi uma das que os alunos afirmaram ter realizado com muita frequência e também apresentou significância do ponto de vista estatístico, pois os alunos que afirmaram ter realizado com muita frequência se atribuíram notas melhores do que os alunos que afirmam terem realizado algumas vezes.

A ação - diagnóstico de situações problemas após coleta de dados sistematizados - não esteve entre as que mais os alunos realizaram, ou seja, 43,33% afirmam ter realizados com muita frequência, mas apresentou significância estatística, pois os alunos que afirmam ter feito com muita frequência se atribuíram notas melhores do que aqueles que afirmaram terem realizado algumas vezes.

A ação - visão global da gestão dos serviços de saúde - foi realizada com muita frequência por 50% dos alunos e estes se sentiram muito preparados para desenvolver a competência administração e gerenciamento, pois se atribuíram nota melhores que os demais grupos (realizou algumas vezes e nunca realizou), justificando estatisticamente o desenvolvimento desta competência.

Como aconteceu em outras competências, no caso da competência administração e gerenciamento, o que justificou o aluno estar preparado ou não para realizá-la, não necessariamente, esteve vinculado ao número de vezes que ação foi realizada. Pois das três ações que apresentaram significância estatística ($P < 0,05$, ou seja, 5% de significância) apenas uma estava entre as que os alunos realizaram com muita frequência.

A tabela 5 apresenta os resultados estatísticos que buscaram justificar o desenvolvimento da competência “administração e gerenciamento”.

TABELA 5 - Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência “administração e gerenciamento”.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	P
Diagnósticos de situações problemas após coleta de dados sistematizadas	3,33% (1)	53,33% (16)	43,33% (13)	*
Planejamento sistematizado de ações para resolução de problemas	3,33% (1)	30,00% (9)	66,67% (20)	
Execução e avaliação de planos operacionais ***	0,00% (0)	44,44% (12)	55,56% (15)	
Atividades voltadas à coordenação do processo de cuidar (assistência, ambiente e agentes)	0,00% (0)	26,67% (8)	73,33% (22)	*
Ações educativas voltadas para os clientes internos e externos	0,00% (0)	50,00% (15)	50,00% (15)	
Visão global da gestão dos serviços de saúde	3,33% (1)	46,67% (14)	50,00% (15)	*

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

*** 3 alunos não responderam essa ação descrita.

Ao analisar os relatos dos alunos quando questionado se o ECS contribuiu para o desenvolvimento da competência administração e gerenciamento e o por quê? Observamos que não houve uma fala uniforme. Alguns colocaram que o estágio “*contribuiu pouco*”, devido a “*resistência das pessoas envolvidas com o processo*” (aluno 1), e outros colocaram que “*contribuiu bastante, pois não havia noção do que era gerenciar uma unidade*” (aluno 2).

Entretanto, a competência administração e gerenciamento foi bastante associada como desenvolvimento de uma visão global dos processos de trabalho, pelos alunos participantes dessa pesquisa.

“*essa competência depende muito de cada um. Eu acredito que cada um precisa desenvolver dentro de si a visão global para poder enxergar a unidade como um todo*” (aluno 9).

“*aprendemos a olhar o ambiente em que ficamos de forma ampla e identificar quais são as maiores necessidades do local*” (aluno 17).

Por meio dos relatos, pudemos observar também que os alunos relacionam o trabalho do enfermeiro com o gerenciamento da unidade. Como se a

profissão de enfermeiro fosse diretamente proporcional a capacidade de administrar ou gerenciar uma unidade.

“o simples fato de vivenciar a rotina diária de trabalho do enfermeiro, me deu uma visão melhor sobre essa competência” (aluno 12).

“porque pudemos acompanhar o trabalho do enfermeiro claramente, em pleno exercício, e vi que ele é fundamental para a organização da unidade” (aluno 20).

Os alunos aprenderam esta competência por outras ações do dia a dia que foram citadas, como administrar recursos materiais e recursos humanos:

“porque aprendi a planejar a quantidade necessária de material e de pessoas para cada complexidade de paciente, como os pacientes de média complexidade que estavam comigo” (aluno 18).

“acho que foi a competência que mais aprendi (fora comunicação), pois fiquei responsável pela organização dos recursos materiais e físicos da unidade” (aluno 6).

4.1.6 Competência: educação permanente

Como na maioria das competências analisadas anteriormente, todos os alunos afirmam que foram estimulados a desenvolver a competência educação permanente no decorrer do ECS e 66,7% relataram estar muito ou completamente preparados para trabalhar esta competência no cotidiano da profissão, como mostra o gráfico 6.

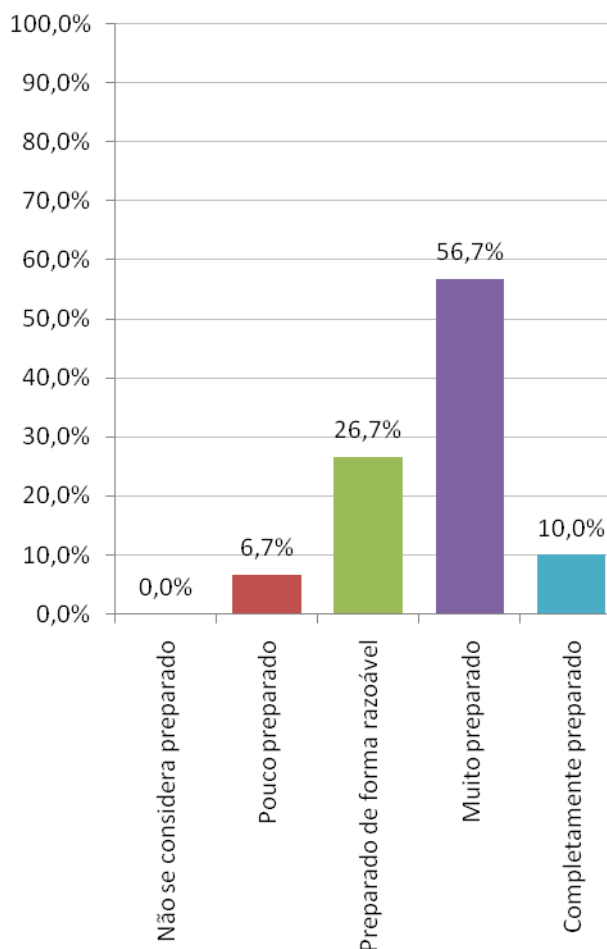


GRÁFICO 6 - Preparo para realizar a competência educação permanente, segundo o olhar do aluno.

As ações referentes à competência educação permanente foram: pesquisas em artigos, livros e outros locais que auxiliassem a compreender as questões que envolveram as atividades propostas pelo ECS, atividades voltadas ao treinamento e desenvolvimento do pessoal de enfermagem, participação de cursos de curta duração na área de atuação como investimento pessoal durante a realização do ECS, ações educativas perante colegas ou outros grupos e participação de debates ou grupos de estudos.

No caso desta competência, ao analisar a frequência com que os alunos realizaram as ações descritas no questionário observamos que eles não realizaram, ou não tiveram a oportunidade de praticar ações de educação permanente, pois as respostas estiveram próximas a 50%, entre os que realizaram com muita frequência e os que realizaram algumas vezes. A única ação que a

maioria dos alunos (63,3%) afirmou ter realizado com muita frequência foi pesquisas pessoais que pudessem ajudar a compreender melhor questões que envolveram as atividades que foram propostas pelo ECS.

Houve pouco envolvimento dos alunos na realização de atividades voltadas ao treinamento e desenvolvimento do pessoal de enfermagem, pois 53,3% deles relataram ter realizado algumas vezes ou mesmo, nunca conseguiram realizá-la. Evidenciamos também que os alunos quase não participaram de cursos de curta duração na área de atuação, apenas 16,67% afirmam ter participado de cursos com muita frequência.

Quando comparamos o número de pessoas que afirmam ter realizado as ações com muita frequência com a nota atribuída referente ao seu preparo, observamos que não houve significância estatística que levasse a relacionar ações realizadas com o preparo dos alunos para desenvolver educação permanente. Ou seja, as notas atribuídas pelos grupos que afirmam terem realizado as ações com muita frequência e as notas atribuídas pelos grupos que afirmam ter realizado as ações algumas vezes foram muito parecidas.

A tabela 6 mostra a frequência de realização das ações voltadas para educação permanente e os resultados estatísticos que buscaram justificar o desenvolvimento da competência “educação permanente”.

TABELA 6 - Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência educação permanente.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	P
Pesquisas pessoais para melhor compreender as questões que envolverem as atividades propostas pelos ECS	0,00% (0)	36,67% (11)	63,33% (19)	
Atividades voltadas ao treinamento e desenvolvimento do pessoal de enfermagem	3,33% (1)	50,00% (15)	46,67% (14)	
Participação de cursos de curta duração na área de atuação como investimento pessoal durante a realização do ECS	20,00% (6)	63,33% (19)	16,67% (5)	
Ações de educação permanente com colegas, ou outros grupos de estudo	0,00% (0)	70,00% (21)	30,00% (9)	
Participação de debates ou grupos de estudos	3,33% (1)	60,00% (18)	36,67% (11)	

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

Em relação à análise qualitativa desta competência, observamos que os relatos se tornam repetitivos, pois os alunos afirmam terem sido muito estimulados pelos professores a buscar e a aprofundar seus conhecimentos para embasar as ações do cotidiano dos enfermeiros. Percebemos que para os alunos, o conhecimento é a chave para a competência profissional e sem ela não há ações de educação em saúde, treinamentos ou desenvolvimento de equipes. Ou seja, eles relacionam esta competência com: autoconhecimento, educação da comunidade e treinamento das equipes de trabalho, como mostra os seguintes relatos:

“em vários momentos tive que buscar informações em artigos, livros e sites necessários para desenvolver as atividades do estágio” (aluna 7).

“estive ligado com capacitação de equipes diariamente e com isso aprendi a educar, dessa forma compreendi a necessidade do meu conhecimento e o quanto isso melhora a atuação minha e da minha equipe. Tomei gosto pela coisa e tentarei fazer isso como enfermeiro” (aluno 14).

“tive que fazer constantemente reuniões e palestrar para a população e grupos diversos nas UBS e isso exigiu estudo” (aluno 22).

“este estágio me possibilitou aprender a pesquisar, a ler e a estudar, pois o tempo todo é necessário a educação continuada da equipe, esclarecimentos e orientações gerais para pacientes e equipe” (aluno 30).

Nesta competência, houve reflexão de alguns alunos quanto a dicotomia existente entre teoria/prática e também conhecimento técnico/científico. Esse fato pode estar relacionado ao fato de termos alunos que já atuam na área da enfermagem enquanto auxiliares de enfermagem e muitas vezes possuem o domínio técnico de algumas ações.

“porque me mostrou que só a técnica sem o conhecimento científico, pouco vale. Em muitos momentos, para executar uma técnica bem pensada, tive que aprofundar meu conhecimento científico sobre aquela situação” (aluno 26).

A noção da competência educação permanente foi expressa pelo aluno 13, onde coloca que:

“esse estágio foi a melhor coisa que aconteceu, pois todos nós devemos ter a consciência que não é só porque está acabando a faculdade, que não precisamos mais estudar. É totalmente ao contrário, por estarmos terminando é que temos que estudar muito mais, pois o mundo nos espera”.

4.2 O Papel do Estágio Curricular Supervisionado – Dimensão Professor

A obtenção dos dados apresentados se deu por meio da avaliação do professor sobre o aluno. Os professores responderam o questionário semelhante ao do aluno, porém avaliando, a partir do seu ponto de vista, se o ECS ajudou o aluno a desenvolver as competências profissionais descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem.

Participaram dessa turma de ECS 110 alunos e 12 professores. Quatro professores sortearam aleatoriamente 30 alunos que estiveram sob sua supervisão durante o período de estágio. Dos quatro professores, dois avaliaram sete alunos e dois professores avaliaram oito alunos.

O resultado destas avaliações serão aqui apresentados, tendo a mesma seqüência utilizada na apresentação dos dados da autoavaliação do aluno para facilitar a compreensão e também a comparação dos mesmos.

4.2.1 Competência: atenção à saúde

Para o professor, 96,7% dos alunos entraram em contato com a competência atenção à saúde no dia a dia do ECS. Quando questionados se ao término do estágio, o aluno estava preparado para desenvolver essa competência, identificamos que a opinião do professor se apresentou bem dividida, pois afirmam que 50% dos alunos se encontram preparados de forma razoável e 46,7% deles se encontram muito preparados, como mostra o gráfico 7.

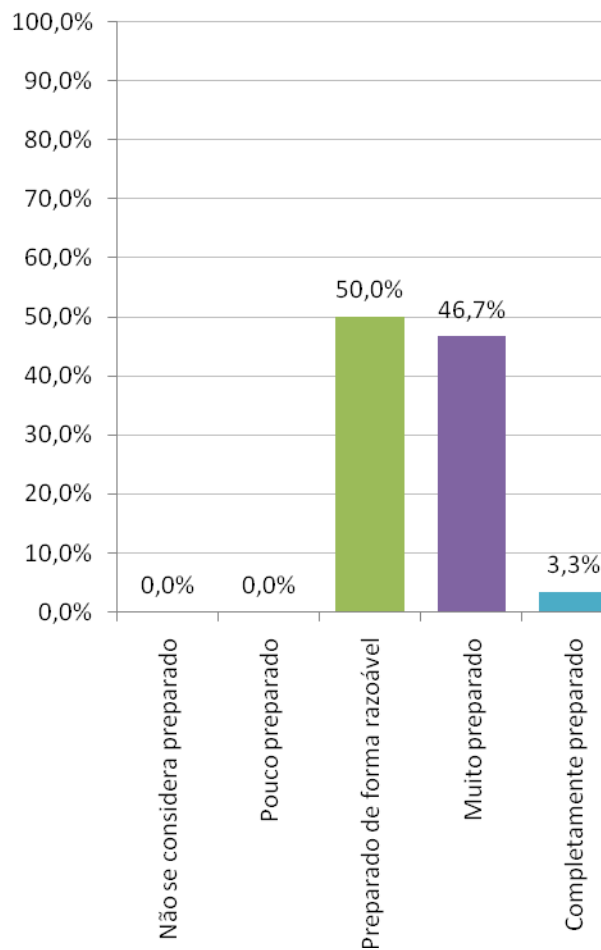


GRÁFICO 7 - Preparo para realizar a competência atenção à saúde, segundo o olhar do professor.

Ao observarmos as avaliações do professor com relação à frequência com que os alunos realizaram as ações elencadas para a competência atenção à saúde, podemos afirmar que, para os professores, os alunos se comportaram de forma homogênea, não havendo ações que tenham sido realizadas pela maioria dos alunos com muita frequência.

As ações que foram colocadas como inerentes à competência atenção à saúde foram as mesmas que foram apresentadas aos alunos, sendo elas: ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde, ações que os levassem a estabelecer relações com outros serviços da rede de saúde, ações que os levassem à resolução de problemas de saúde em âmbito individual e/ou coletivo, atividades de caráter técnico, atividades que necessitassem puramente de reflexões pessoais a ações que precisassem do conhecimento do perfil da clientela interna e externa.

Para o professor, de uma forma geral, as ações de atenção à saúde foram realizadas pelos alunos algumas vezes, pois apenas a ação - conhecimento da clientela interna e externa - apareceu como a ação que 76,67% dos alunos fizeram com muita frequência. O professor afirma que outras duas ações estiveram entre as que a maioria dos alunos realizaram com muita frequência, sendo elas: ações de promoção à saúde e ações de prevenção à saúde (53,33% e 50% respectivamente). Para os professores, as demais ações foram realizadas algumas vezes pela maioria dos alunos.

O fato da ação conhecimento do perfil da clientela interna e externa (ação mais realizada) ter apresentado 23,34% de diferença para a segunda ação mais realizada pode ser justificado pelo cronograma de atividades que o professor desenvolveu com os alunos durante o ECS, pois todos os alunos foram levados a levantar, primeiramente, o perfil da clientela que estava sob seus cuidados antes de realizar as demais atividades propostas pelo ECS nas unidades de saúde.

Considerando que cada professor atribuiu uma nota de 1 a 5 (nota 5 completamente preparado e nota 1 para aquele que não está preparado) referente ao preparo do aluno para realizar ações de atenção à saúde, as ações que foram estatisticamente significativas para justificar o preparo do aluno não estiveram, necessariamente, relacionadas às ações que foram mais realizadas pelos alunos.

Desse modo, acreditava-se que as ações que seriam mais significativas seriam aquelas em que a maioria dos alunos teriam treinado mais, porém ao compararmos as notas que os professores atribuíram aos alunos, com o grupo que realizou as ações com muita frequência, as ações que foram significativas, não necessariamente foram aquelas que a maioria dos alunos mais praticaram.

As ações que apresentaram 5% de significância estatística na visão do professor foram: ações de promoção à saúde, ações de reabilitação à saúde, ações que levassem à resolutividade de problemas em âmbito individual e/ou coletivo e atividades puramente reflexivas. A significância estatística se deu, pois para os professores, os alunos que realizaram estas quatro ações com muita frequência mereceram notas melhores do que aqueles que as realizaram algumas vezes ou que nunca as realizou. Sendo assim, embora poucos alunos tenham realizado essas ações com muita frequência, eles estariam mais preparados para desenvolver a competência atenção à saúde do que a maioria dos alunos que realizou essa ação algumas vezes, pois os professores atribuíram notas melhores.

Dentre as ações significativas para o professor, somente a ação de promoção à saúde estava entre as três ações que a maioria dos alunos (53,33%) realizou com muita frequência.

Com relação à ação realizada com muita frequência pela maioria dos alunos (conhecimento do perfil da clientela), observamos que apesar do cronograma de estágio contemplar o desenvolvimento desta ação sistematizada, ela não foi significativa estatisticamente para os professores que participaram desta pesquisa, pois atribuíram praticamente as mesmas notas para o grupo de alunos que realizou a ação com muita frequência, realizou algumas vezes ou para aqueles que nunca realizaram esta ação durante o ECS.

A tabela 7 apresenta os resultados estatísticos que buscaram justificar o desenvolvimento da competência atenção à saúde.

TABELA 7 - Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência atenção à saúde.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	P
Prevenção à saúde	16,67% (5)	33,33% (10)	50,00% (15)	
Promoção à saúde	0,00% (0)	46,67% (14)	53,33% (16)	*
Proteção à saúde	0,00% (0)	70,00% (21)	30,00% (9)	
Reabilitação à saúde	33,33% (10)	33,33% (10)	33,33% (10)	*
Relação com outros serviços da rede de saúde	20,00% (6)	66,67% (20)	13,33% (4)	
Resolutividade de problemas em âmbito individual e/ou coletivo	0,00% (0)	60,00% (18)	40,00% (12)	*
Atividades com caráter técnico	0,00% (0)	76,67% (23)	23,33% (7)	
Atividades de caráter puramente reflexivas	6,67% (2)	63,33% (19)	30,00% (9)	*
Conhecimento do perfil da clientela interna e externa	0,00% (0)	23,33% (7)	76,67% (23)	

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

Ao término das questões fechadas, o questionário propunha que o professor analisasse o desempenho do aluno durante todo o ECS e respondesse de forma aberta se, na sua visão, o ECS havia contribuído para o desenvolvimento da competência atenção à saúde para aquele determinado aluno.

Observamos que de uma forma geral, para os professores, o ECS permitiu que o aluno desenvolvesse a competência atenção à saúde. E, analisando os discursos, dois fatores foram muito importantes para a ocorrência desse desenvolvimento: o interesse individual do aluno e as oportunidades oferecidas pelo campo de estágio. Esses dois fatores são evidenciados nos discursos abaixo:

“houve iniciativa por parte do aluno associado às oportunidades oferecidas pelo campo de estágio” (professor avaliando o aluno 6).

“considero que o aluno desenvolveu esta competência, demonstrou interesse e procurou participar das atividades relacionadas à saúde da comunidade” (professor avaliando o aluno 9).

“o aluno se sentiu seguro e a unidade ofereceu várias situações de atenção à saúde. O aluno soube aproveitar e viver cada situação profundamente” (professor avaliando o aluno 22).

“a unidade e o enfermeiro não proporcionaram muita oportunidade para a realização de ações voltadas à promoção e proteção à saúde e nem permitiu que o aluno participasse da resolutividade de problemas. Mas a aluna demonstrou empenho em querer participar” (professor avaliando o aluno 27).

Os discursos justificam os dados apresentados na tabela 1, onde observamos que, para os professores, as ações de atenção à saúde, de uma forma geral, foram realizadas algumas vezes pela maioria dos alunos. No olhar do professor, essa participação depende da iniciativa do aluno e também da abertura que o campo oferece ao mesmo. Ou seja, mesmo havendo interesse por parte do aluno, se o campo de estágio não permitir a participação dos mesmos nas atividades do cotidiano, não haverá o desenvolvimento de ações que contribuam para a construção das competências profissionais.

O contrário também é verdadeiro. O campo de estágio poderá oferecer várias oportunidades de atuação profissional, mas se o aluno não estiver motivado e preparado para atuar nessas atividades, não haverá desenvolvimento de ações, dificultando o desenvolvimento das competências profissionais.

Ao analisar os relatos dos professores, identificamos que os discursos se repetiam, mesmo sendo de alunos diferentes, o que nos leva a refletir sobre o preparo que o professor possui, ou necessita adquirir, para avaliar o desempenho e o desenvolvimento das competências nos alunos durante os períodos de estágio. Essa avaliação pode estar sendo dificultada pela dinâmica desse estágio, onde o aluno permanece em contato direto com o profissional de campo e indireto com o professor.

Mesmo havendo interesse do aluno e colaboração do campo de estágio, há a necessidade de se pensar que, para o aluno, o ECS é o início do desenvolvimento das competências profissionais e esse desenvolvimento ocorrerá ao longo de sua carreira profissional.

Neste sentido um dos discursos nos chamou a atenção: *“o aluno aproveitou as oportunidades, mas até atingir esse preparo demora. O ECS é curto”* (professor avaliando aluno 12).

4.2.2 Competência: tomada de decisão

Para os professores que participaram da pesquisa, 85,2% dos alunos tiveram a oportunidade de entrar em contato com as ações da competência tomada de decisão durante o ECS. Ao término do estágio, identificamos que a opinião do professor se apresentou dividida quanto ao preparo dos alunos para desenvolver ações relacionadas à tomada de decisão, pois para ele, 50% dos alunos saíram do ECS preparados de forma razoável para desenvolver ações referentes a essa competência, 40% dos alunos estão muito preparados e 10% pouco preparados. O gráfico 8 mostra o preparo dos alunos para realizarem as ações de tomada de decisões.

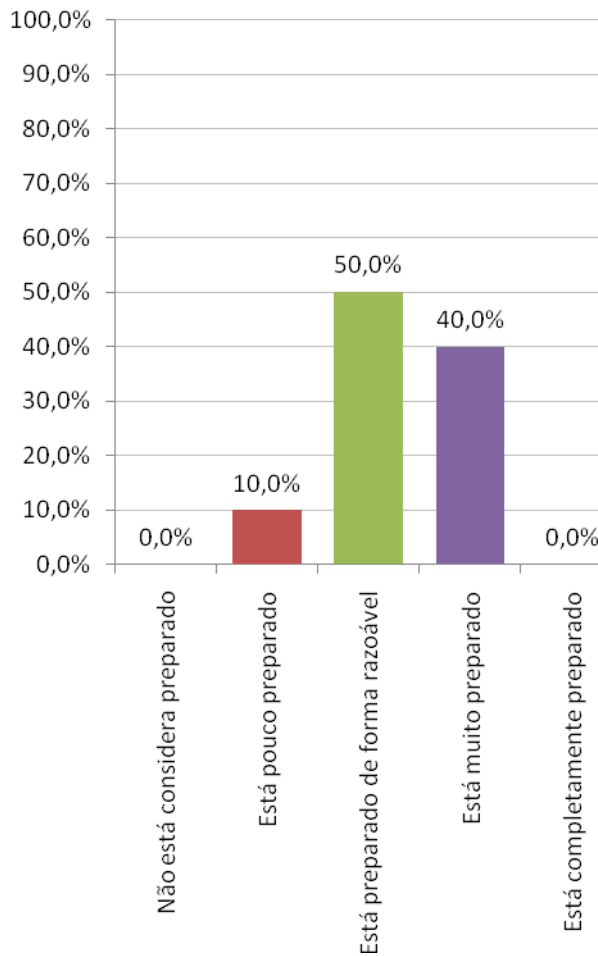


GRÁFICO 8 - Preparo para realizar a competência tomada de decisões, segundo o olhar do professor.

Para o professor, metade dos alunos avaliados saíram do ECS preparados de forma razoável para desenvolver ações relacionadas à tomada de decisões. Esta afirmação foi evidenciada ao serem questionados acerca do quanto os alunos realizaram as ações que poderiam justificar o desenvolvimento desta competência. Para os professores, na maioria das ações descritas no questionário os alunos as praticaram algumas vezes.

As ações relacionadas à competência tomada de decisões foram: avaliação e decisão acerca do processo de trabalho, avaliação e decisão sobre procedimentos e práticas de enfermagem, avaliação e decisão acerca de materiais, medicamentos e equipamentos e/ou ambientes, busca por materiais ou por informações que pudessem ajudá-los a avaliar situações e decidir condutas com mais clareza, participação de discussões colegiadas que pudessem ajudá-los a

encontrar a melhor decisão e ações que permitiram conhecer melhor o perfil da clientela interna e externa para auxiliá-lo na tomada de decisões.

Apenas uma ação o professor acredita que os alunos tenham realizado com muita frequência. Para o professor 76,67% dos alunos realizaram a ação de conhecimento do perfil da clientela interna e externa com muita frequência. Nas demais ações, o professor afirma que menos de 50% dos alunos as realizaram com muita frequência.

Como nosso objetivo foi identificar se a frequência de realização de uma ação é capaz de torná-la significativa tanto na visão do aluno, quanto na visão do professor, ao comparamos estatisticamente o número de pessoas que realizam as ações de tomada de decisão com muita frequência com as notas atribuídas referentes ao preparo para realizá-las, as ações que foram significativas não estiveram entre aquelas que eles mais realizaram.

Das seis ações descritas para a tomada de decisão, três delas apresentaram 5% de significância, sendo elas: avaliação e decisões acerca dos processos de trabalho, avaliação e decisão acerca de procedimentos e práticas de enfermagem e discussões colegiadas que pudessem ajudá-los a encontrar a melhor decisão. Destas, apenas a ação – avaliação e decisão acerca de procedimentos e práticas de enfermagem – estava entre as que a maioria dos alunos realizou com muita frequência.

Embora, para o professor, a maioria dos alunos não tenha realizado a ação avaliação e decisão acerca dos processos de trabalho (apenas 40% dos alunos a realizaram com muita frequência) esta ação apresentou significância estatística que justificasse o desenvolvimento da competência, pois aqueles em que os professores afirmam ter realizado com muita frequência obtiveram notas melhores do que aqueles que afirmam ter feito algumas vezes ou nunca ter feito esta ação.

O mesmo ocorreu com a ação avaliação e decisões acerca de procedimentos e práticas de enfermagem, pois apesar do professor afirmar que 50% dos alunos a realizaram com muita frequência, ele atribuiu notas melhores para estes alunos do que para aqueles em que os alunos realizaram algumas vezes ou nunca realizaram.

A falta de relação entre a ação mais realizada e o desenvolvimento das competências pode estar mais clara por meio da análise estatística da ação –

discussões colegiadas que auxiliasse na tomada de decisão. Na visão dos professores, apenas 6,67% dos alunos avaliados realizaram com muita frequência discussões colegiadas que embasaram suas decisões e para esses poucos alunos os professores atribuíram notas melhores do que para os demais alunos, tornado esta ação significativa estatisticamente.

Percebemos que para que o aluno chegue a discutir de forma colegiada com membros da equipe uma determinada ação ou reflexão, exigirá dele um preparo maior para realizá-la. O que se observa é que, na maioria das vezes, os profissionais inexperientes cumprem as determinações vindas de outros profissionais, participando pouco de discussões colegiadas. Neste sentido, para o professor, os poucos alunos que realizaram esta ação com muita frequência, mereceram notas melhores do que aqueles que participaram desta ação algumas vezes, nos levando a refletir que a realização desta ação poderá contribuir mais significativamente para desenvolvimento da competência tomada de decisão.

Podemos exemplificar a afirmação acima por meio da análise das perguntas abertas do questionário, onde o professor destaca que *“o aluno desenvolveu esta competência de maneira segura porque sempre discutiu as informações com as pessoas envolvidas com o trabalho e pela leitura sobre suas dúvidas e dificuldades”* (professor avaliando aluno 18).

Identificamos que no caso da competência tomada de decisões, o que justificou o aluno estar preparado ou não para realizá-la também não esteve vinculado ao número de pessoas que afirmam ter realizado as ações com muita frequência. Da mesma forma como aconteceu na competência atenção à saúde, a ação mais realizada pela maioria dos alunos (conhecimento do perfil da clientela interna e externa) não apresentou significância estatística. A tabela 8 apresenta os resultados estatísticos que buscam justificar o desenvolvimento da competência tomada de decisões.

TABELA 8 - Ações descritas nas DCNs que buscam justificar o desenvolvimento da competência tomada de decisões.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	P
Avaliações e decisões acerca dos processos de trabalho	6,67% (2)	53,33% (16)	40,00% (12)	*
Avaliações e decisões acerca de procedimentos e práticas de enfermagem	0,00% (0)	50,00% (15)	50,00% (15)	*
Avaliações e decisões acerca de materiais, medicamentos, equipamentos e/ou ambiente	6,67% (2)	56,67% (17)	36,67% (11)	
Busca por materiais por informações que pudessem te ajudar a avaliar situações decidir condutas com mais clareza	10,00% (3)	76,67% (23)	13,33% (4)	
Discussões colegiadas que pudessem ajudar a encontrar a melhor decisão	13,33% (4)	80,00% (24)	6,67% (2)	*
Conhecimento do perfil da clientela interna e externa	0,00% (0)	23,33% (7)	76,67% (23)	

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

Os alunos não realizaram as ações de tomada de decisão com muita frequência e este fato pôde ser constatado por meio da análise dos discursos que permitiu identificar que, para o professor, há um fator determinante para o desenvolvimento desta competência durante o ECS: a abertura do enfermeiro de campo de estágio para a participação dos alunos nas tomadas de decisões na unidade.

Em vários discursos observamos que para o professor a tomada de decisão se encontra sob a responsabilidade do enfermeiro da unidade e a participação do aluno nestas ações depende do perfil desse profissional.

Ao identificar essa condição nos discursos, observamos também que, para o professor, os enfermeiros de campo apresentaram posturas diferentes quanto à abertura para a participação do aluno nas tomadas de decisões, pois alguns colocam que houve o compartilhamento dessas ações entre alunos e enfermeiros e outros afirmam que não houve abertura para que os alunos executassem ações desta natureza. Essa divisão está presente nos discursos abaixo:

“no campo o aluno toma pouca decisão sozinho, pois este papel compete principalmente ao enfermeiro” (professor avaliando aluno 1)

“a tomada de decisão ainda é responsabilidade do enfermeiro e o aluno compartilha com o mesmo” (professor avaliando aluno 10).

“a supervisão da unidade, que é monopolizadora, não contribuiu muito com esta experiência” (professor avaliando aluno 13).

“a autonomia que o ECS proporciona ajuda o aluno a desenvolver essa competência” (professor avaliando aluno 12).

“principalmente porque possibilita que o aluno fique mais independente de seu professor nesse estágio em relação aos demais que ele viveu durante a graduação” (professor avaliando aluno 20).

A análise dos discursos permitiu também a identificação de algumas ações que, para o professor, foi fundamental para que os alunos conseguissem maior autonomia para tomar decisões. Essas ações se repetiram em oito dos trinta discursos analisados, sendo elas: decisões acerca dos processos de trabalho, reorganização das atividades da equipe e decisões acerca dos procedimentos e práticas de enfermagem.

“a aluna teve a oportunidade de tomar decisões acerca do processo de trabalho, auxiliou na reorganização das tarefas da equipe. Tomou decisões acerca de procedimentos e práticas de enfermagem, mas teve pouca oportunidade de tomar decisões sobre materiais e ambiente” (professor avaliando aluno 24).

Da mesma forma como aconteceu na competência atenção à saúde, observamos que houve avaliações iguais dos professores para alunos diferentes. Cabe ressaltar que os professores avaliaram trinta alunos diferentes.

4.2.3 Competência: comunicação

Nesta competência, alunos e professores tiveram a mesma opinião quando questionado se o ECS ofereceu a oportunidade de desenvolver a competência comunicação. Na visão dos professores, todos os alunos (100%) avaliados entraram em contato com esta competência durante o ECS. Se compararmos as respostas obtidas, com relação a competência comunicação, o

professor acredita que os alunos saíram melhor preparados do que as competências anteriores, pois, eles consideram que 66,7% dos alunos estão muito preparados e 33,3% estão preparados de forma razoável para atuarem de forma satisfatória quando as questões do dia a dia de trabalho forem referentes à competência comunicação, como mostra o gráfico 9.

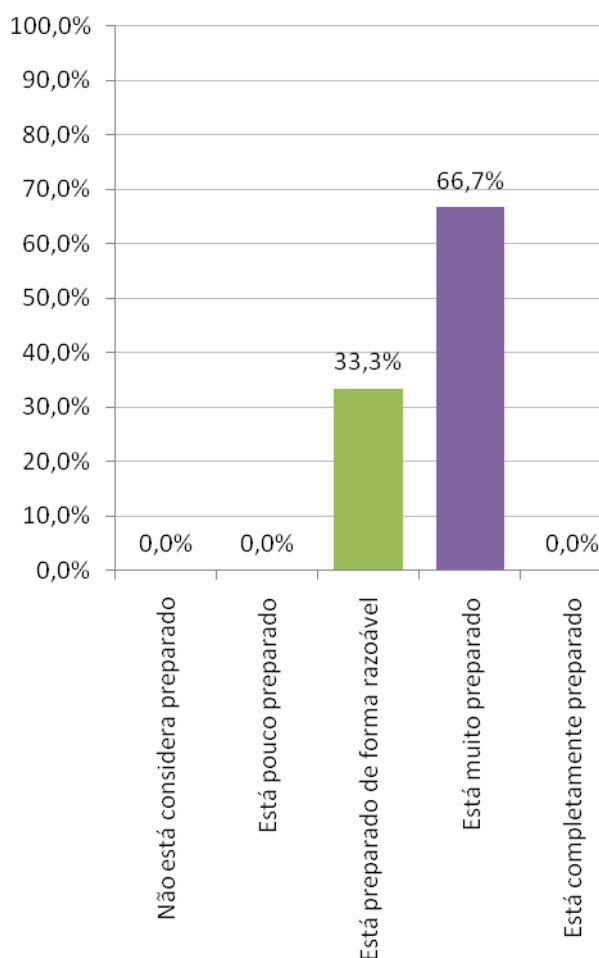


GRÁFICO 9 - Preparo para realizar a competência comunicação, segundo o olhar do professor.

Dentre as competências que o professor avaliou, observamos que a frequência de realização das ações referentes a comunicação foi maior quando comparadas às ações das demais competências. Fato observado também nas respostas dos alunos.

As ações do cotidiano que foram apresentadas como ações referentes à competência comunicação foram: diálogo com a equipe de enfermagem, diálogo com a equipe multiprofissional, escrita de documentos e relatórios, leitura de textos, artigos ou outros materiais que pudessem embasar sua prática, leitura de textos, artigos ou outros materiais em língua estrangeira que pudessem embasar a sua prática, utilização das tecnologias de comunicação e informação, conhecimento do perfil da clientela interna e externa para melhorar as formas de comunicação e ações que necessitassem do exercício do sigilo.

As ações relacionadas à competência comunicação que a maioria dos alunos mais realizaram na visão dos professores que participaram dessa pesquisa foram: ações que necessitassem do exercício do sigilo (86,67% dos alunos, segundo os professores, executaram esta ação com muita frequência), conhecimento do perfil da clientela interna e externa (80% dos alunos, segundo os professores, realizaram esta ação com muita frequência) e ações que possibilitaram estabelecer diálogo com a equipe de enfermagem (70% dos alunos, segundo os professores, realizaram esta ação com muita frequência).

Percebemos que duas das ações que o professor afirma que os alunos realizaram com muita frequência também foram as mais citadas pelos alunos ao responderem a mesma questão, sendo elas: diálogo com a equipe de enfermagem e exercício do sigilo.

O hábito de buscar artigos científicos tanto na língua portuguesa, quanto em línguas estrangeiras que pudessem dar subsídio para a prática profissional também não esteve entre as ações mais realizadas pela maioria dos alunos (como aconteceu nas respostas dos alunos). Para o professor, apenas 26,67% dos alunos buscaram artigos científicos na língua portuguesa com muita frequência e nenhum aluno procurou artigos ou outros materiais em língua estrangeira que pudessem embasar sua prática. Ressaltamos que a busca por artigos científicos em outras línguas foi a única ação que nenhum aluno realizou, segundo a visão do professor, se compararmos todas as ações descritas para cada uma das seis competências.

Esta afirmação se justifica pelo nível socioeconômico e cultural das pessoas que buscam a profissão de enfermagem, onde poucos têm o domínio de outras línguas estrangeiras. Segundo o perfil do ingressante da instituição avaliada,

poucos são os alunos que afirmam ter domínio de outra língua, a não ser o português.

Diferente do que observamos nas respostas dos alunos em que nenhuma ação de comunicação apresentou significância estatística, observamos que, para os professores, cinco das oito ações apontadas para esta competência, apresentaram 5% de significância. Ou seja, os professores atribuíram notas melhores para os alunos que realizaram com muita frequência as ações de diálogo com a equipe de enfermagem, diálogo com a equipe multiprofissional, escrita de documentos e relatórios, leitura de textos, artigos ou outros materiais que pudessem embasar a sua prática e por fim utilização das tecnologias de comunicação e informação do que os alunos que realizaram algumas vezes ou nunca realizaram.

Ressaltamos que das ações que apresentaram significância estatística segundo o olhar do professor, apenas uma delas (diálogo com a equipe de enfermagem) esteve entre as três ações mais realizadas pela maioria dos alunos. Notamos que, para o professor, poucos alunos realizaram a ação leitura de textos, artigos ou outros materiais que pudessem embasar a sua prática, porém os poucos alunos que a realizaram com muita frequência obtiveram notas maiores dos que os demais, tornando a ação significativa estatisticamente.

Apesar da ação - exercício do sigilo - ter sido a que os alunos mais realizaram, segundo a avaliação do professor, ela não se mostrou significativa, pois as notas que os professores atribuíram aos alunos que realizaram com muita frequência, foram praticamente as mesmas notas que os alunos que realizaram algumas vezes.

A tabela 9 apresenta a frequência de vezes que os alunos realizaram as ações que envolvem o processo de comunicação, segundo as DCNs, e as significâncias encontradas.

TABELA 9 - Ações descritas nas DCNs que buscam justificar o desenvolvimento da competência comunicação.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	P
Diálogo com equipe de enfermagem	0,00% (0)	30,00% (9)	70,00% (21)	*
Diálogo com equipe multiprofissional	6,67% (2)	43,33% (13)	50,00% (15)	*
Escrita de documentos e relatórios	0,00% (0)	60,00% (18)	40,00% (12)	*
Leitura de textos, artigos ou outros materiais que pudessem embasar sua prática	6,67% (2)	66,67% (20)	26,67% (8)	*
Leitura de textos, artigos ou outros materiais em língua estrangeira que pudessem embasar sua prática	100,00% (30)	0,00% (0)	0,00% (0)	
A utilização das tecnologias de comunicação e informação	0,00% (0)	60,00% (18)	40,00% (12)	*
Conhecimento do perfil da clientela interna e externa	0,00% (0)	20,00% (6)	80,00% (24)	
O exercício do sigilo	0,00% (0)	13,33% (4)	86,67% (26)	

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

Retomando os relatos dos professores, quando questionados acerca do quanto o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência, observamos que, para este grupo, a comunicação está muito vinculada ao trabalho em equipe, pois, nos relatos, a competência comunicação foi desenvolvida por meio da aproximação do aluno com a mesma. Para o professor, o trabalho em equipe e sua abertura à participação do aluno favorecem o desenvolvimento dessa competência, como mostra o relato a seguir:

“o trabalho junto à equipe ajudou bastante para o desenvolvimento dessa competência, pois fez com que a aluna se sentisse mais segura para lidar com as situações na unidade e assim se comunicar com mais tranquilidade com todos” (professor avaliando aluno 5).

Apesar de muitas das ações citadas no questionário terem sido significantes para os professores, as reflexões escritas não deixam claro essa significância, pois foram relatos superficiais em que não houve relação entre o ensino e a aprendizagem que justificasse o desenvolvimento sistematizado dessa competência. As descrições mostram que para o professor, essa competência está mais ligada ao perfil do aluno do que a uma competência que pode ser desenvolvida, como o relato a seguir:

“a aluna já tinha bem resolvida essa questão com a comunicação, o que acredito que o ECS contribuiu para a vivência dela como profissional” (professor avaliando aluno 11).

Observamos também, que o professor não tem clareza quanto aos processos pedagógicos que podem ser utilizados para o desenvolvimento da competência comunicação. Dos trinta relatos obtidos, em apenas dois foi possível observar que a competência comunicação pode ser algo que seja desenvolvido de forma consciente. Ou seja, nestes dois relatos, o professor afirma que a comunicação, enquanto uma competência que deve ser desenvolvida, não é algo natural, como a fala, mas sim algo refletido, que pode ser sistematizado por meio de um processo de comunicação.

“a aluna compreende que a comunicação vai ‘além de falar’ (palavras da própria aluna). É necessária uma fundamentação, um embasamento para que essa competência se desenvolva” (professor avaliando aluno 19).

“demonstrou que essa competência vai além de falar com as pessoas, engloba a escrita e o ser compreendido” (professor avaliando aluno 20).

A falta de uma ação docente sistematizada foi também observada nas reflexões que os alunos deixaram e que foram discutidas no capítulo anterior e ressaltamos aqui, novamente, que não houve no desenvolvimento do estágio, uma preocupação em estabelecer ações específicas para reflexão e desenvolvimento dessa competência. A comunicação foi desenvolvida apenas pelo fato dos alunos necessitarem dela para as atividades do cotidiano da unidade, ou seja, ela foi extremamente necessária para desenvolvimento do trabalho com as equipes e com os usuários, mas não havendo aprofundamento das questões metodológicas para o seu desenvolvimento.

Como aconteceram nas demais competências, observamos também, que muitas avaliações se repetiram. Mesmo o professor avaliando alunos diferentes,

nove relatos foram idênticos, confirmando nossa suspeita quanto ao preparo dos professores para desenvolver ações docentes conscientes frente à competência comunicação.

4.2.4 Competência: liderança

Para os professores que participaram dessa pesquisa, 84% dos alunos que realizaram o ECS entraram em contato com a competência comunicação. Porém, ao serem questionados se os alunos saíram do ECS preparados para desenvolvê-la no seu dia a dia de trabalho, observamos que as opiniões, mais uma vez, se dividem. Para o professor, a maioria dos alunos (41,4%) se encontram preparados de forma razoável e 34,5% dos alunos estão muito preparados para liderar um grupo de trabalho. Observamos que para o professor, 24% dos alunos estão pouco preparados e não houve alunos que tenham saído do ECS completamente preparados para as ações de liderança.

O gráfico 10 mostra a opinião dos professores frente ao preparo do aluno para desenvolver a competência liderança ao término do ECS.

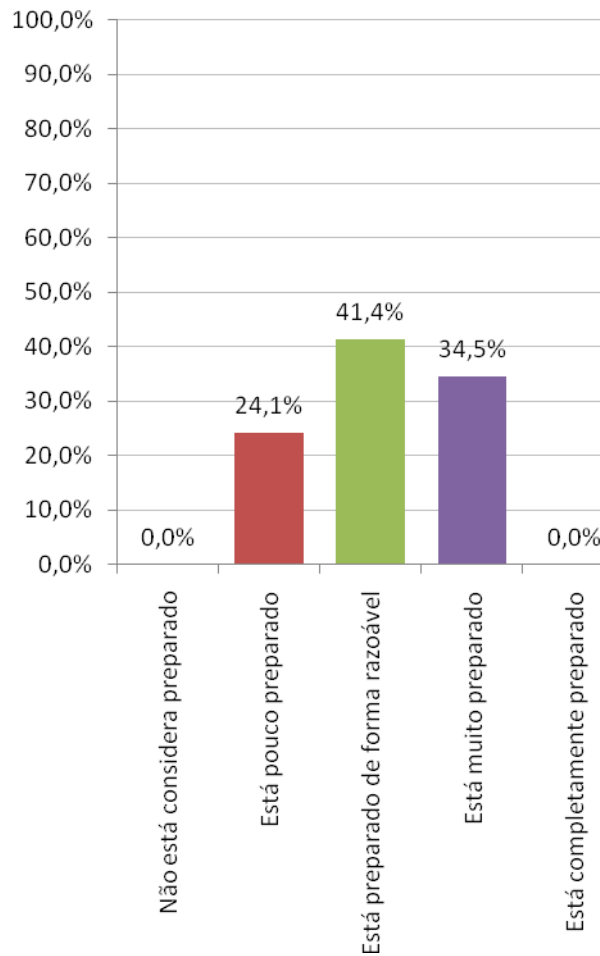


GRÁFICO 10 - Preparo para realizar a competência liderança, segundo o olhar do professor.

Ao compararmos as respostas dadas pelos alunos e pelos professores, observamos que as opiniões com relação à frequência de realização das ações de liderança foram muito parecidas. Na opinião dos professores a frequência com que os alunos realizaram as ações colocadas pelo questionário para a competência liderança se apresentou bem dividida, como ocorreu nas respostas dos alunos.

As ações que foram apresentadas referentes à competência liderança foram: exercício do compromisso e da responsabilidade frente ao processo saúde-doença dos pacientes e da população sob sua responsabilidade, desenvolvimento da empatia com a equipe de enfermagem, desenvolvimento da empatia com a equipe multidisciplinar, estudo dos processos e conceitos que envolvem a liderança e busca pelo conhecimento dos clientes externos e internos.

Para o professor, as três ações que a maioria dos alunos realizou com muita frequência foram: compromisso e responsabilidade com o processo saúde/doença dos pacientes ou população sob sua responsabilidade e conhecimento do perfil da clientela interna e externa (66,65% dos alunos realizaram estas ações com muita frequência). A ação desenvolvimento de empatia para com a equipe de enfermagem foi a terceira ação que a maioria dos alunos mais realizou (63,33% realizou com muita frequência).

Na visão do professor, os alunos não realizaram ações de liderança com muita frequência, porém os alunos que realizaram as ações com muita frequência receberam notas maiores do que aqueles que as realizaram algumas vezes ou mesmo aqueles que nunca realizaram ações desta natureza. Desta forma, todas as ações apresentaram significância estatística, ou seja, todas as ações tiveram 5% de significância para os professores.

Analisando as ações que o professor afirma que os alunos realizaram com muita frequência e comparando as notas atribuídas aos alunos, observamos que apenas um aluno realizou a ação estudo dos processos e conceitos que envolvem a liderança, sendo suficiente para levar o professor a atribuir nota muito melhor do que para os demais alunos.

Buscando compreender porque todas as ações descritas no questionário foram significantes para o professor, observamos que a média das notas atribuídas pelos mesmos aos alunos que realizaram as ações com muita frequência foi bem maior que as médias das notas atribuídas aos alunos que realizaram algumas vezes. Embora o professor tenha afirmado que os alunos treinaram pouco as ações de liderança, aqueles que as realizaram com muita frequência receberam notas acima de 4,0 (muito preparados).

A tabela 10 apresenta os resultados estatísticos que buscaram justificar o desenvolvimento da competência liderança.

TABELA 10 - Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência liderança.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	P
Compromisso e responsabilidade com o processo saúde/doença dos pacientes e população a eles delegados	0,00% (0)	33,33% (10)	66,67% (20)	*
Empatia que possuía ou teve que desenvolver com a equipe de enfermagem	0,00% (0)	36,67% (11)	63,33% (19)	*
Empatia que possuía ou teve que desenvolver com a equipe multiprofissional	3,33% (1)	50,00% (15)	46,67% (14)	*
Estudo dos processos e conceitos que envolvem a liderança	16,67% (5)	80,00% (24)	3,33% (1)	*
Conhecimento do perfil da clientela interna e externa	0,00% (0)	33,33% (10)	66,67% (20)	*

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

Ao buscarmos respostas entre as reflexões que dos professores quando questionados se o ECS contribuiu para o desenvolvimento da liderança, observamos que houve relação entre o discurso deixado e o quadro das ações descritas acima. Para o professor as atividades de liderança são exercidas, principalmente, pelos enfermeiros responsáveis pela unidade de estágio não permitindo que os alunos praticassem essas ações com muita frequência.

“o estágio contribuiu parcialmente para o desenvolvimento da liderança, pois esse papel é exercido pelo enfermeiro da unidade” (professor avaliando aluno 1).

O fato de todas as ações terem sido significantes para os professores também foram confirmados por meio dos discursos analisados, pois, embora não tenham sido ações realizadas com muita frequência, alguns professores afirmam que aqueles que conseguiram realizá-las adquiriram maiores habilidades para desenvolvê-las no dia a dia de trabalho. Embora a prática ajude a desenvolver melhor a liderança, para o professor, trata-se de uma competência difícil de ser atingida.

“talvez seja a competência que o aluno menos desenvolveu, porém foi a que mais lhe trouxe crescimento, pois era muito insegura e teve um despertar intenso em relação à liderança” (professor avaliando aluno 20).

“o desenvolvimento da liderança foi possível pela oportunidade de conduzir as ações da equipe de enfermagem, de agentes comunitários e por ter que realizar grupos de orientações à população (educação em saúde), porém foi preciso muito esforço por parte da aluna, pois trata-se de uma competência que requer tempo” (professor avaliando aluno 21).

Embora tenham relatos positivos, a maioria dos professores coloca que os enfermeiros e o próprio campo de estágio não estavam preparados para receber os alunos de ECS e compartilhar ações de liderança, gerando conflitos e dificuldades de se exercitar esta habilidade.

“não considero que o aluno atingiu plenamente esta competência pelo seu próprio perfil, pelas dificuldades encontradas no campo e pela falta de abertura do enfermeiro” (professor avaliando aluno 5).

“desenvolveu parcialmente, devido ao perfil do aluno, a falta de oportunidade no campo e pela postura controladora do enfermeiro” (professor avaliando aluno 12).

“a autonomia que a dinâmica que o ECS proporciona ao aluno é o que direciona essa competência, porém houve muitos conflitos com a equipe de enfermagem, tolhendo o desenvolvimento dessa competência” (professor avaliando aluno 15).

Ao analisar os discursos acima, chamamos a atenção para o conceito desatualizado de liderança que alguns professores demonstraram. As falas nos remetem ao tempo em que se acreditava que as pessoas possuíam características de líderes natos, como se existissem pessoas que nasceram para comandar e pessoas para serem comandadas. Entretanto, a administração moderna afirma que liderança é uma habilidade que pode ser desenvolvida por qualquer pessoa que esteja disposta a aprendê-la, ou seja, “líderes se desenvolvem; não são fabricados. Devem ter tempo e espaço para se revelar” (LOURENÇO; TREVISAN, 2001, p.15).

Como aconteceu nas competências descritas acima, observamos que a mesma avaliação foi direcionada a diferentes alunos.

4.2.5 Competência: administração e gerenciamento

Os professores consideram que 96,2% dos alunos entraram em contato com esta competência durante o ECS. Como aconteceu nas demais competências, as opiniões frente ao preparo do aluno para realizá-la após o ECS, no cotidiano do trabalho, ficaram divididas. Para o professor, pelo menos 53,6% dos alunos avaliados estão preparados de forma razoável, 39,3% se encontram muito preparados e 7,1% estão pouco preparados quando as questões do dia a dia estiverem relacionadas à administração e ao gerenciamento, como mostra o gráfico 11.

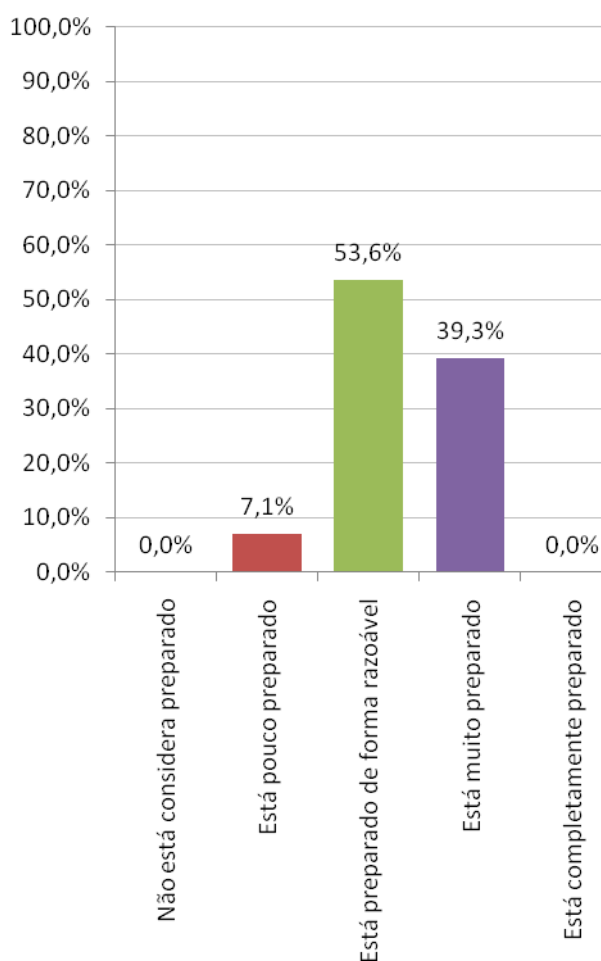


GRÁFICO 11 - Preparo para realizar a competência administração e gerenciamento, segundo o olhar do professor.

Para o professor, o número de alunos que realizaram algumas vezes as ações de administração e gerenciamento foi maior do que o número de alunos que praticou estas ações com muita frequência, pois apenas uma das ações descritas no questionário de coleta de dados foi realizada com muita frequência por mais de 50% dos alunos.

As ações atribuídas para a competência administração e gerenciamento, foram: diagnóstico de situações problemas após coleta de dados sistematizados, Planejamento sistematizado de ações para resolução de problemas, execução e avaliação de planos operacionais, atividades voltadas à coordenação do processo de cuidar, ações educativas voltadas para os clientes internos e externos e desenvolvimento de visão global da gestão dos serviços de saúde.

A única ação que, segundo o professor, mais da metade dos alunos realizaram com muita frequência foi: atividades voltadas à coordenação do processo de cuidar (56,67% dos alunos realizaram esta ação com muita frequência). Esta ação também foi apontada pelos alunos como a mais realizada, porém com uma porcentagem maior (73,33% afirmaram ter realizado com muita frequência).

A outra ação que o professor afirma que os alunos realizaram com muita frequência foi: ações educativas para clientes internos e externos (para os professores 50% dos alunos realizaram esta ação com muita frequência). Todas as demais ações os professores avaliam que a maioria dos alunos as realizou algumas vezes.

Apesar de não ter sido a ação mais praticada, a ação – atividades educativas voltadas para clientes internos e externos – foi a única ação que teve 5% de significância, quando comparamos as notas que o professor atribuiu aos grupos: realizou esta ação com muita frequência, realizou algumas vezes ou nunca realizou.

Para o professor, a ação - coordenação do processo de cuidar – foi a que a maioria dos alunos realizou com muita frequência. Mas, mesmo sendo muito praticada pelos alunos, ela não apresentou significância estatística, pois as notas atribuídas a estes alunos foram as mesmas notas atribuídas ao grupo que fez algumas vezes esta ação, não havendo então destaque.

Como aconteceu em outras competências, no caso da competência administração e gerenciamento, o que justificou o aluno estar preparado ou não para realizá-la, não necessariamente, esteve vinculado ao número de vezes que ação foi realizada. Pois esta foi a competência que os professores colocam que os alunos

realizaram com menor frequência e mesmo assim, uma das ações apresentou significância estatística ($P < 0,05$, ou seja, 5% de significância), apesar de não ter sido a mais praticada pelos alunos.

A tabela 11 apresenta os resultados estatísticos que buscaram justificar o desenvolvimento da competência “administração e gerenciamento”.

TABELA 11 - Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência “administração e gerenciamento”.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	P
Diagnósticos de situações problemas após coleta de dados sistematizadas	3,33% (1)	73,33% (22)	23,33% (7)	
Planejamento sistematizado de ações para resolução de problemas	0,00% (0)	96,67% (29)	3,33% (1)	
Execução e avaliação de planos operacionais	3,33% (1)	93,33% (28)	3,33% (1)	
Atividades voltadas à coordenação do processo de cuidar (assistência, ambiente e agentes)	0,00% (0)	43,33% (13)	56,67% (17)	
Ações educativas voltadas para os clientes internos e externos	6,67% (2)	43,33% (13)	50,00% (15)	*
Visão global da gestão dos serviços de saúde	23,33% (7)	70,00% (21)	6,67% (2)	

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

Dentre as competências trabalhadas por esta pesquisa, observamos que apesar de apenas uma ação relacionada à competência administração e gerenciamento ter sido significativa para o professor, ao analisarmos os discursos, os mesmos reconhecem que houve grande abertura do campo para o desenvolvimento desta competência. Os relatos mostram que houve muitas oportunidades nos campos de estágio para o desenvolvimento desta competência, e que os alunos, de uma forma geral, apresentaram iniciativa frente às questões que envolveram a administração e o gerenciamento.

“essa competência foi desenvolvida porque houve oportunidades no campo de estágio e o aluno apresentou iniciativa para realizar ações desta natureza” (professor avaliando aluno 12).

“considero que houve o desenvolvimento dessa competência, porque a aluna esteve frente a várias situações que necessitaram dela ações de administração e de gerenciamento, como planejar e organizar atividades em grupos terapêuticos, campanhas de vacinas, etc.” (professor avaliando aluno 2).

No quadro de atividades relacionadas à competência administração e gerenciamento, observamos que a competência mais praticada foi coordenação do processo de cuidar. De acordo com o principal referencial teórico utilizado no ECS (KURCGANT, 2008), para que os enfermeiros desenvolvam a coordenação do processo de cuidar, é necessário que ele coordene três grandes frentes: a assistência de enfermagem, os agentes da assistência e o ambiente terapêutico. Dentre as atividades de organização do ambiente terapêutico a autora cita: administração de recursos materiais e o local da assistência. Esses conceitos estiveram presentes nos discursos dos professores:

“os alunos precisaram pensar em questões gerenciais que foram desde a organização dos recursos materiais até intervenções com a equipe de enfermagem e também com o próprio paciente. Com a aluna ficamos limitados na organização dos recursos materiais devido a complexidade das demais ações” (professor avaliando aluno 19).

“o aluno precisava organizar desde materiais até os processos de trabalho na unidade. Acredito que esta competência ficou meio presa nos pedidos de materiais, mas acho que dava para ser mais amplo” (professor avaliando aluno 20).

Analisando os discursos acima e fazendo um paralelo com o conceito trazido (conceito que permeia as ações educativas desta competência), observamos que, para os professores, os alunos desenvolveram mais as atividades de organização do ambiente. Esse fato pode estar relacionado aos recursos pessoais que deveriam ter sido mobilizados pelos alunos para a realização de atividades dessa complexidade, como conhecimento das ciências biológicas para direcionar a assistência de enfermagem.

Mas ao compararmos os discursos (alunos e professores), percebe-se que os alunos afirmaram realizar atividades voltadas para a organização da assistência de enfermagem e também atividades voltadas para a coordenação dos agentes da assistência, fato não evidenciado no discurso dos professores.

Outra diferença foi significativa entre os discursos de alunos e professores. Por meio do discurso dos professores essa competência foi concretizada através da realização do Planejamento Estratégico Situacional – PES - (instrumento utilizado como referencial para implementar um plano de ação na unidade onde o estágio foi desenvolvido), fato que não foi identificado em nenhum dos discursos dos alunos.

“a necessidade do desenvolvimento do planejamento estratégico situacional cobra do aluno essa competência” (professor avaliando aluno 8).

“a aluna realizou ações educativas, executou e avaliou seu próprio plano operacional com o objetivo de resolver de forma planejada um problema que estava evidente na unidade, o que necessitou dela o desenvolvimento da competência administração e gerenciamento” (professor avaliando aluno 23).

Como afirmado anteriormente, uma das formas utilizadas pelo ECS de exercitar a competência administração e gerenciamento foi a elaboração do PES, que compreende as seguintes etapas: identificação de situação problema, relação causa/efeito, elaboração de plano operacional para resolução da situação levantada, implantação das propostas e avaliação dos resultados. Ao analisarmos os discursos dos professores, identificamos um ponto contraditório.

Dos trinta relatos escritos pelos professores, em quatorze houve a menção da realização de uma das etapas do PES. Mas, ao compararmos os relatos com os dados obtidos por meio do quadro de ações, observamos que ação - execução e avaliação de planos operacionais - (uma das etapas do PES) foi a ação que, segundo os professores, a maioria dos alunos realizaram com menor frequência. Ou seja, nos relatos, eles afirmaram que os alunos realizaram as etapas do PES com muita frequência, porém não é isso que revela o quadro de ações elencadas para essa competência.

4.2.6 Competência: educação permanente

Para os professores, todos os alunos entraram em contato com esta competência durante o ECS, seja por meio da educação no trabalho ou por meio de suas buscas e estudos que pudessem embasar a prática. Em apenas duas

competências houve um consenso entre os professores neste aspecto (oportunidade que o ECS proporcionou para desenvolvimento das competências), na competência comunicação e na competência educação permanente.

O professor afirma que esta foi a competência que mais houve alunos completamente preparados para realizá-la, pois para o professor, 31% dos alunos se encontram nesta condição. Entretanto, a maioria dos alunos (44,8%) saiu do ECS preparados de forma razoável para atuar nas questões de educação permanente. Mas nem todos os alunos saíram preparados para realizar educação permanente, pois para o professor, houve, ainda, alunos que se encontram pouco preparado, mesmo após ter cursado o ECS.

O gráfico 12 comprova o consenso identificado entre os professores com relação ao preparo do aluno para as competências discutidas por esta pesquisa.

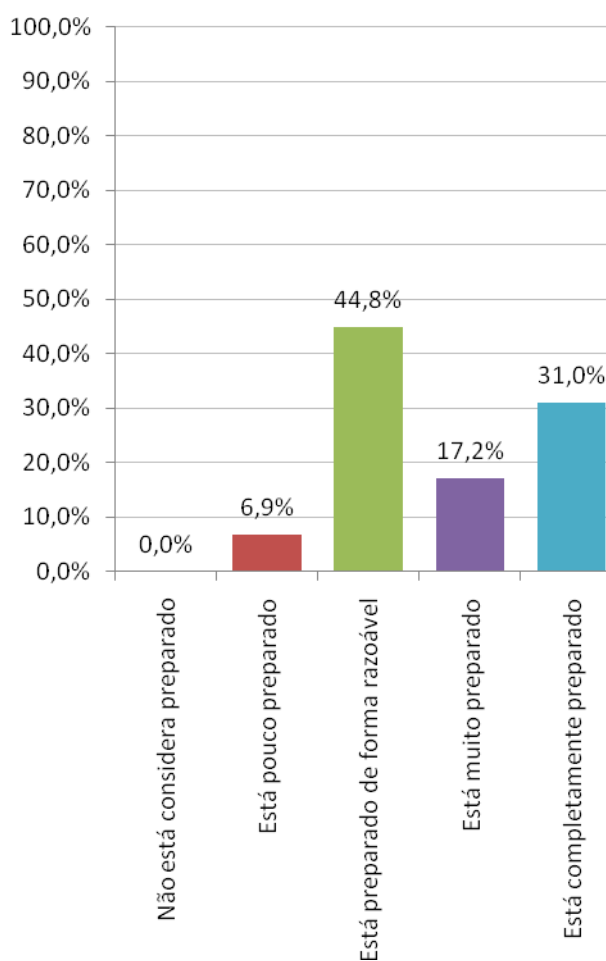


GRÁFICO 12 - Preparo para realizar a competência educação permanente, segundo o olhar do professor.

As ações referentes à competência educação permanente foram: pesquisas em artigos, livros e outros locais que auxiliassem a compreender as questões que envolveram as atividades propostas pelo ECS, atividades voltadas ao treinamento e desenvolvimento do pessoal de enfermagem, participação de cursos de curta duração na área de atuação como investimento pessoal durante a realização do ECS, ações educativas perante colegas ou outros grupos e participação de debates ou grupos de estudos.

Na visão do professor, ao analisar a frequência de realização das ações referentes à educação permanente, observamos que esta foi a única competência que não houve ação que tenha sido realizada com muita frequência pela maioria dos alunos. Ou seja, menos de 50% dos alunos realizaram as ações de educação permanente com muita frequência, embora o professor tenha afirmado que 31% dos alunos se encontram preparados para esta competência. Sendo assim, não podemos elencar ações que tenham sido realizadas com muita frequência para que possamos afirmar que as ações realizadas com muita frequência justificam o desenvolvimento das competências.

Apesar dos professores acreditarem que os alunos, de uma forma geral, não tenham realizado ações de educação permanente com muita frequência, todas as ações obtiveram significância estatística. Isso ocorreu porque os professores atribuíram notas maiores aos poucos alunos que realizaram com muita frequência as ações descritas, do que aos alunos que realizaram apenas algumas vezes ou mesmo nunca realizaram as ações referentes à educação permanente.

Uma ação em especial chamou a atenção, a participação do aluno em cursos de curta duração na área de atuação como investimento pessoal. Para o professor, nenhum aluno realizou com muita frequência esta ação, mas ela se tornou significativa, pois os alunos que as realizaram algumas vezes obtiveram notas maiores do que aqueles que nunca frequentaram um curso ou uma palestra durante o ECS. Ressaltamos que o teste estatístico analisa a significância por meio da comparação de notas obtidas entre os grupos nunca realizou, realizou algumas vezes ou realizou com muita frequência.

Dessa forma, podemos afirmar que todas as ações de educação permanente devem ser mais bem desenvolvidas durante o ECS, pois, para o professor, é por meio delas que os alunos se tornarão competentes para realizar educação permanente nas unidades de saúde.

Ao compararmos os dados obtidos pelos professores e pelos alunos, observamos que as opiniões foram muito diferentes. Para os alunos nenhuma ação apresentou significância estatística, pois as notas atribuídas pelos três grupos (realizou com muita frequência a ação, realizou algumas vezes e nunca realizou) foram semelhantes. Já para os professores, os alunos que realizaram as ações com muita frequência estão melhor capacitados, devido a notas atribuídas a este grupo serem maiores que as notas dos alunos dos demais grupos, levando à significância de todas as ações.

A tabela 12 mostra a frequência de realização das ações voltadas para educação permanente, segundo a visão dos professores, e os resultados estatísticos que buscaram justificar o desenvolvimento da competência “educação permanente”.

TABELA 12 - Ações descritas nas DCNs que buscaram justificar o desenvolvimento da competência educação permanente.

	Nunca realizou	Realizou algumas vezes	Realizou com muita frequência	P
Pesquisas pessoais para melhor compreender as questões que envolverem as atividades propostas pelos ECS	6,67% (2)	50,00% (15)	43,33% (13)	*
Atividades voltadas ao treinamento e desenvolvimento do pessoal de enfermagem	10,00% (3)	50,00% (15)	40,00% (12)	*
Participação de cursos de curta duração na área de atuação como investimento pessoal durante a realização do ECS	30,00% (9)	70,00% (21)	0,00% (0)	*
Ações de educação permanente com colegas, ou outros grupos de estudo	0,00% (0)	56,67% (17)	43,33% (13)	*
Participação de debates ou grupos de estudos	13,33% (4)	53,33% (16)	33,33% (10)	*

* Teste de Jonckheere-Terpstra: $P < 0,05$.

Retomando os discursos dos professores, observamos que, para eles, o desenvolvimento dessa competência está amarrado ao perfil do próprio aluno. Ou seja, se o aluno é interessado há o desenvolvimento da competência educação

permanente, caso contrário, na visão do professor, o aluno apenas entra em contato, mas não desenvolve a competência.

“a aluna demonstrou interesse e o ECS contribuiu bastante para o desenvolvimento dessa competência, pois a mesma não tinha costume ou facilidade com a leitura, interpretação e produção de textos, tendo que se esforçar bastante para responder à demanda do ECS” (professor avaliando aluno 6).

Segundo os discursos, para o professor, a competência educação permanente está ligada ao treino e capacitação de equipes. Para eles, os alunos participaram ativamente de atividades de capacitação de equipes e também de ações de educação permanente de pacientes e familiares, pois dos trinta discursos obtidos, em todos havia citações de ações de educação de equipes ou pacientes, familiares.

“o aluno desenvolveu ações de capacitação para as mães dos pacientes” (professor avaliando aluno 8).

“o campo de estágio permitiu que o aluno desenvolvesse ações de capacitação para os funcionários” (professor avaliando aluno 9).

“o ECS contribuiu bastante para o desenvolvimento dessa competência à medida que desenvolveu palestras para as mães, promoveu capacitação dos colaboradores e buscou materiais teóricos que nortearam essas ações” (professor avaliando aluno 13).

Como aconteceu na competência administração e gerenciamento, os discursos contradizem o quadro de ações referentes à educação permanente colocado pelo questionário, pois os dados quantitativos identificados pelo quadro revelam que poucos alunos realizaram educação permanente com muita frequência, tanto nas ações voltadas para a equipe quanto nas ações de investimentos pessoais em estudos que embasaram a prática. Já os discursos revelaram que para o professor, os trinta alunos desenvolveram ações dessa natureza.

Para o professor, o ECS fez com que os alunos buscassem respaldo teórico para desenvolver as atividades propostas pelo campo de estágio e identificaram também que muitos alunos possuíam dificuldades de interpretação de textos, mas que melhoraram pelo intenso estímulo à leitura realizado pelos professores de estágio.

“para realizar as orientações necessárias para a equipe de enfermagem a aluna foi estimulada a realizar pesquisas de temas que surgiam no

dia a dia da prática. Isso fez com que ela participasse de debates e troca de idéias com a equipe” (professor avaliando aluno 22).

“para o aluno, ficou evidente que quanto melhor preparado teoricamente, melhor será a resolução dos problemas que surgem durante o trabalho” (professor avaliando aluno 18).

“houve dificuldade em compreender os textos que o ECS propunha para embasar as atividades do dia a dia, mas conforme a aluna foi se permitindo entrar em contato com os materiais, suas reflexões foram ficando melhores” (professor avaliando aluno 28).

Ao compararmos os discursos de professores e alunos, identificamos que houve semelhanças entre eles, principalmente porque ambos os sujeitos dessa pesquisa afirmaram que foi por meio do ECS, que os alunos aprenderam que o seu desempenho profissional está diretamente relacionado com o conhecimento que possui e que, portanto, necessitam de aprofundamento e aprimoramento constantes.

“acredito que a maior contribuição do ECS foi despertar o aluno para uma prática profissional menos empírica” (fala do professor).

“acho que foi tudo muito válido no ECS e sobre a educação permanente motivou-nos a continuarmos buscando novos conhecimentos, pois somente assim, seremos melhores” (fala do aluno).

“nos fez perceber que sem estudo contínuo nunca chegaremos a lugar algum, pois a competência depende de investimento permanente” (fala de aluno).

4.3 O Papel do Estágio Curricular Supervisionado – Estudo Comparativo: Professor e Aluno

Após analisarmos os dados obtidos por meio do questionário que foi respondido tanto pelo professor quanto pelo aluno, esta pesquisa parte para a comparação dos dados de ambos os sujeitos com a intenção de desvendar se houve posição dialética entre eles.

O questionário levou os sujeitos a atribuírem uma nota frente ao preparo para desenvolver a competência que estava em debate. Cada sujeito (aluno e professor) atribuiu uma nota de 1 a 5 (nota 5 completamente preparado e nota 1

não se considera preparado) referente ao preparo para realizar ações relacionadas às competências atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

Além da nota, os sujeitos pontuaram a realização de atividades postas para cada uma dessas competências. Assim, foram levados a refletir a quantidade de vezes que as ações foram realizadas. O objetivo foi identificar se as ações que os alunos realizaram com muita frequência (mais treinados) foram aquelas que eles se sentiram mais aptos a desenvolvê-las no seu dia a dia de trabalho, ou seja, se as ações mais realizadas foram significativas para o desenvolvimento das competências.

Neste momento da análise dos dados obtidos buscamos comparar as notas atribuídas pelos professores (que avaliaram o desempenho do aluno) e pelos alunos (que se autoavaliaram), a fim de identificar se as opiniões referentes a possíveis contribuições do ECS para o desenvolvimento de competências, foram semelhantes ou se foram divergentes. Além disso, identificamos as ações que foram significativas para os alunos e para os professores, traçando um paralelo entre elas.

Apresentaremos os dados na mesma sequência dos anteriores, separados por competências colocadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Enfermagem (DCN) como fundamentais para o desenvolvimento da profissão.

4.3.1 Competência atenção à saúde: o preparo do aluno após o ECS

Com base no texto das DCN, pontuamos nesta competência as seguintes ações: ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde, ações que os levassem a estabelecer relações com outros serviços da rede de saúde, ações que os levassem à resolução de problemas de saúde em âmbito individual e/ou coletivo, atividades de caráter técnico, atividades que necessitassem puramente de reflexões pessoais a ações que precisassem do conhecimento do perfil da clientela interna e externa.

As ações que foram significativas para os professores e para os alunos não foram exatamente as mesmas. Para o aluno, três ações obtiveram significância

estatística: relação com outros serviços da rede, resolutividade de problemas no âmbito individual e coletivo e atividades técnicas. Já para o professor, quatro ações foram significantes: ação de promoção à saúde, ação de reabilitação à saúde, resolutividade de problemas no âmbito individual e coletivo e atividades de caráter reflexivas.

Observamos que apenas a ação resolutividade de problemas no âmbito individual e coletivo foi significativa para ambos. O aluno valoriza as atividades técnicas, enquanto que o professor valoriza as atividades reflexivas. Para o professor as ações de promoção e reabilitação (sintonizados aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS) podem tornar o aluno competente na atenção à saúde e o aluno entende que, apesar de ter realizado pouco, estabelecer relações com outros serviços da rede de saúde, também pode torná-lo apto a desenvolver esta competência.

Ao avaliar as médias das notas atribuídas pelos professores e alunos, observamos que elas estão muito próximas. A média das notas dos professores foi 3,5, enquanto que a média das notas que os alunos se autoatribuíram foi 3,8 (sendo 5 completamente preparado e 1 não está preparado para desenvolver a competência em análise).

A tabela 13 mostra as notas que os alunos se autoatribuíram e as notas que os professores atribuíram aos mesmos. Como se esperava, observa-se que os alunos se consideram melhores preparados do que na visão do professor.

TABELA 13 - Quadro de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência atenção à saúde

	PROFESSORES		ALUNOS	
	Freq.	%	Freq.	%
(1) Não se considera preparado	0	0,00	0	0,00
(2) Pouco preparado	0	0,00	0	0,00
(3) Preparado de forma razoável	15	50,00	10	33,33
(4) Muito preparado	14	46,67	16	53,33
(5) Completamente preparado	1	3,33	4	13,33
TOTAL	30	100,00	30	100,00

Quando utilizamos testes estatísticos para comparar as notas atribuídas pelos sujeitos, identificamos que para a competência Atenção à Saúde não há evidências de diferença entre as notas atribuídas pelos alunos, por meio da autoavaliação, e as notas que os professores atribuíram aos alunos. O teste T mostra que não há evidência das médias atribuídas pelos Professores (3,5330) das médias atribuídas pelos alunos (3,8000) serem estatisticamente diferentes, ao nível de significância de 0,1009, ou seja, 10,09% de chance de afirmar que as médias são estatisticamente diferentes.

4.3.2 Competência tomada de decisão: o preparo do aluno após o ECS

Com base no texto das DCN, pontuamos nesta as seguintes ações para a competência tomada de decisões: avaliação e decisão acerca do processo de trabalho, avaliação e decisão sobre procedimentos e práticas de enfermagem, avaliação e decisão acerca de materiais, medicamentos e equipamentos e/ou ambientes, busca por materiais ou por informações que pudessem ajudá-los a avaliar situações e decidir condutas com mais clareza, participação de discussões

colegiadas que pudessem ajudá-los a encontrar a melhor decisão e ações que permitiram conhecer melhor o perfil da clientela interna e externa para auxiliá-lo na tomada de decisões.

As ações que foram significativas para os professores não foram as ações significativas para os alunos, exceto a ação de avaliação de decisões acerca dos processos de trabalho (única ação significativa para ambos). Para o professor, além da ação descrita anteriormente, foram significativas outras duas ações: avaliação e decisão acerca de procedimentos e práticas de enfermagem e discussões colegiadas que pudessem ajudá-lo a encontrar a melhor decisão. Já para o aluno outras três ações foram importantes: avaliações e decisões acerca de materiais, medicamentos e equipamentos, busca por materiais e informações que pudessem ajudá-lo a avaliar situações e decidir condutas e conhecimento do perfil da clientela interna e externa.

Mais uma vez, observamos a tendência do aluno valorizar atividades práticas evidenciadas quando aparece como significativa a ação de avaliação e decisões acerca de materiais e equipamentos. Em contrapartida, o professor mostra que atividades que levam os alunos a refletirem melhor para desenvolver a prática são fundamentais para o desenvolvimento de competências. Essa afirmação se torna evidente quando, para o professor, o aluno se torna apto a tomar decisões se participa de discussões colegiadas junto à equipe multiprofissional.

Ao avaliar as médias das notas atribuídas pelos professores e alunos, observamos que elas estão ainda mais próximas. A média das notas dos professores foi 3,3, enquanto que a média das notas que os alunos se autoatribuíram foi 3,5 (sendo 5 completamente preparado e 1 não está preparado para desenvolver a competência em análise).

A tabela 14 mostra as notas que os alunos se autoatribuíram e as notas que os professores atribuíram aos mesmos. Como na competência anterior, os alunos se consideram melhor preparados do que na visão dos professores, pois dois alunos afirmam que estão completamente preparados, enquanto que para os docentes, não houve alunos nessas condições.

TABELA 14 - Quadro de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência tomada de decisão.

	PROFESSORES		ALUNOS	
	Freq.	%	Freq.	%
(1) Não se considera preparado	0	0,00	0	0,00
(2) Pouco preparado	3	10,00	1	3,33
(3) Preparado de forma razoável	15	50,00	15	50,00
(4) Muito preparado	12	40,00	12	40,00
(5) Completamente preparado	0	0,00	2	6,67
TOTAL	30	100,00	30	100,00

Quando utilizamos testes estatísticos para comparar as notas atribuídas pelos sujeitos, identificamos que, para a competência Tomada de Decisão, não há evidências de diferença entre as notas da autoavaliação dos alunos e as notas que os professores pontuaram. O teste t mostra que não há evidência das médias das notas atribuídas pelo Professores (3,3000) das médias das notas atribuídas pelos alunos (3,5000) serem estatisticamente diferentes, ao nível de significância de 0,2502, ou seja, 25,02% de chance de afirmar que as médias são estatisticamente diferentes.

4.3.3 Competência comunicação: o preparo do aluno após o ECS

Com base no texto das DCN, pontuamos para esta competência as seguintes ações para a competência comunicação: diálogo com a equipe de enfermagem, diálogo com a equipe multiprofissional, escrita de documentos e relatórios, leitura de textos, artigos ou outros materiais que pudessem embasar sua prática, leitura de textos, artigos ou outros materiais em língua estrangeira que pudessem embasar a sua prática, utilização das tecnologias de comunicação e

informação, conhecimento do perfil da clientela interna e externa para melhorar as formas de comunicação e ações que necessitassem do exercício do sigilo.

Nesta competência, as opiniões entre professores e alunos foram completamente diferentes, tanto com relação às ações que foram significativas, quanto em relação às notas atribuídas pelos dois grupos.

Para o aluno, apesar de afirmar ter realizado as ações pontuadas para a competência comunicação com muita frequência, nenhuma ação se mostrou significativa, pois as notas que este grupo se autoatribuiu foram praticamente as mesmas. Enquanto que para o professor quase todas as ações foram significantes. As ações significantes na visão dos professores foram: diálogo com a equipe de enfermagem, diálogo com a equipe multiprofissional, escrita de documentos e relatórios, leitura de textos e artigos para embasar a prática e utilização de tecnologias de comunicação.

Observamos que os alunos afirmam que realizaram as ações com muita frequência, porém não houve valorização dos mesmos referentes a elas. Realizar ações de comunicação, na visão do aluno, não o tornou apto a desenvolver a competência de comunicação no seu dia a dia de trabalho.

Embora nenhuma ação tenha sido significativa para o aluno, esse grupo se autoatribuiu notas melhores do que o professor quando o avaliou, tornado as médias das notas com uma diferença maior do que as competências anteriores. A média das notas dos professores foi 3,6 enquanto que a média das notas que os alunos se autoatribuíram foi 4,2. Ou seja, o aluno se considerou muito preparado para realizar a competência comunicação, enquanto que o professor o considera preparado de forma razoável.

A tabela 15 mostra as notas que os alunos se autoatribuíram e as notas que os professores atribuíram aos mesmos. As médias tiveram uma diferença de 0,8 entre elas.

TABELA 15 - Quadro de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência comunicação.

	PROFESSORES		ALUNOS	
	Freq.	%	Freq.	%
(1) Não se considera preparado	0	0,00	0	0,00
(2) Pouco preparado	0	0,00	0	0,00
(3) Preparado de forma razoável	10	33,33	2	6,67
(4) Muito preparado	20	66,67	20	66,67
(5) Completamente preparado	0	0,00	8	26,67
TOTAL	30	100,00	30	100,00

Quando utilizamos testes estatísticos para comparar as notas atribuídas pelos sujeitos, identificamos que, para a competência Comunicação, após aplicar o teste t observou-se que há evidência das médias de Professores (3,6670) e alunos (4,2000) serem estatisticamente diferentes, ao nível de significância de 0,0002, ou seja, 0,02% de chance de afirmar que as médias são estatisticamente diferentes (98% de chance das médias serem diferentes).

Após a verificação da evidência de que as médias dos Professores e Alunos são estatisticamente diferentes realiza-se o teste t para a verificação se a média dos Professores é menor que a média dos Alunos, e o teste mostra que há evidências de que a média das notas dos Professores é menor que a média das notas dos Alunos, ao nível de significância de praticamente zero, ou seja, a chance de que a afirmação de que as médias dos Professores é menor que a média dos alunos estar errada é praticamente zero.

4.3.4 Competência liderança: o preparo do aluno após o ECS

Com base no texto das DCN, pontuamos as seguintes ações para a competência liderança: exercício do compromisso e da responsabilidade frente ao processo saúde/doença dos pacientes e da população sob sua responsabilidade, desenvolvimento da empatia com a equipe de enfermagem, desenvolvimento da empatia com a equipe multidisciplinar, estudo dos processos e conceitos que envolvem a liderança e busca pelo conhecimento dos clientes externos e internos.

Com relação às ações que foram significativas para os professores e para os alunos, observamos que, nesta competência, as opiniões entre eles foram idênticas. Tanto para o professor, quanto para o aluno, todas as ações postas pelo questionário como ações que levam ao desenvolvimento da liderança foram significativas, mesmo professores e alunos afirmarem que estas ações não tenham sido muito realizadas no dia a dia do ECS.

Como todas as ações foram significativas, chamamos a atenção para a ação estudos dos processos e conceitos que envolvem a liderança, onde o professor avalia que apenas 3,33% dos alunos a realizaram com muita frequência, enquanto que os alunos afirmam que 43,3% a realizaram com muita frequência.

Ao avaliar as médias das notas atribuídas pelos professores e alunos, observamos que elas estão próximas. A média das notas dos professores foi 3,10, enquanto que a média das notas que os alunos se auto atribuíram foi 3,36 (sendo 5 completamente preparado e 1 não está preparado para desenvolver a competência em debate). Ou seja, tanto na visão do professor, quanto na visão do aluno, o ECS permitiu que o egresso saísse preparado de forma razoável.

A tabela 16 mostra as notas que os alunos se autoatribuíram e as notas que os professores atribuíram aos mesmos.

TABELA 16 - Quadro de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência liderança.

	PROFESSORES		ALUNOS	
	Freq.	%	Freq.	%
(1) Não se considera preparado	0	0,00	0	0,00
(2) Pouco preparado	7	24,14	2	6,67
(3) Preparado de forma razoável	12	41,38	17	56,67
(4) Muito preparado	10	34,48	9	30,00
(5) Completamente preparado	0	0,00	2	6,67
TOTAL	29	100,00	30	100,00

Quando utilizamos testes estatísticos para comparar as notas atribuídas pelos sujeitos, identificamos que para a competência liderança não há evidências de diferença entre as notas atribuídas (professor e alunos). A análise por meio do teste t mostrou que não há evidência das médias de Professores (3,1030) e alunos (3,3670) serem estatisticamente diferentes, ao nível de significância de 0,1804, ou seja, 18,04% de chance de afirmar que as médias são estatisticamente diferentes (82% de chance de afirmar que as médias das notas atribuídas pelos professores e pelos alunos são iguais).

4.3.5 Competência administração e gerenciamento: o preparo do aluno após o ECS

Com base no texto das DCN, pontuamos nesta competência as seguintes: diagnóstico de situações problemas após coleta de dados sistematizados, planejamento sistematizado de ações para resolução de problemas, execução e avaliação de planos operacionais, atividades voltadas à coordenação do processo

de cuidar, ações educativas voltadas para os clientes internos e externos e desenvolvimento de visão global da gestão dos serviços de saúde.

Nesta competência, as opiniões entre professores e alunos foram diferentes, tanto com relação às ações que foram significativas, quanto em relação às notas atribuídas pelos dois grupos.

Na visão dos alunos, houve mais ações significativas do que na visão dos professores, pois das ações descritas anteriormente somente uma ação foi significativa para o professor (ações educativas voltadas para clientes internos e externos) enquanto que para o aluno três ações foram importantes para o desenvolvimento da competência administração e gerenciamento, sendo elas: diagnóstico de situações problemas após coleta de dados sistematizados, atividades voltadas à coordenação do processo de cuidar e visão global dos serviços de saúde.

Desta vez, os alunos valorizaram mais as ações reflexivas do que os professores, haja vista as ações significativas. E na visão dos alunos, eles desenvolveram com mais frequência as ações apontadas do que na visão dos professores.

Ao avaliar as médias das notas atribuídas pelos professores e alunos, observamos que a média das notas dos professores foi 3,32, enquanto que a média das notas que os alunos se autoatribuíram foi 3,66 (sendo 5 completamente preparado e 1 não está preparado para desenvolver a competência em debate). Ou seja, o aluno se considerou melhor preparado para realizar a competência administração e gerenciamento do que o professor.

A tabela 17 mostra as notas que os alunos se autoatribuíram e as notas que os professores atribuíram aos mesmos. As médias tiveram uma diferença de 0,34 entre elas e na visão do aluno, não houve alguém que saísse do ECS pouco preparado para desenvolver a competência administração e gerenciamento.

TABELA 17 - Quadro de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência administração e gerenciamento.

	PROFESSORES		ALUNOS	
	Freq.	%	Freq.	%
(1) Não se considera preparado	0	0,00	0	0,00
(2) Pouco preparado	2	7,14	0	0,00
(3) Preparado de forma razoável	15	53,57	13	43,33
(4) Muito preparado	11	39,29	14	46,67
(5) Completamente preparado	0	0,00	3	10,00
TOTAL	28	100,00	30	100,00

Quando utilizamos testes estatísticos para comparar as notas atribuídas pelos sujeitos, identificamos que na competência Administração e Gerenciamento há evidência das médias das notas atribuídas pelo Professor (3,3210) e pelo aluno (3,6670) serem estatisticamente diferentes, ao nível de significância de 0,04403, ou seja, 4,40% de chance de afirmar que as médias são estatisticamente diferentes. Ou seja, podemos afirmar com 95% de certeza de que alunos e professores pensam diferente quando comparadas as notas atribuídas à competência, administração e gerenciamento.

Podemos afirmar, por meio da estatística, que a média das notas atribuídas pelos professores é menor que a média das notas que os alunos se autoatribuíram, e o teste (teste t) mostra que há evidências de que a média das notas dos professores é menor que a média das notas dos alunos, ao nível de significância de 0,02202, ou seja, 2,20% de chance da afirmação que as médias dos professores é menor que as médias do alunos não ser verdadeira (98% de chance das médias serem diferentes, o que significa que professores e alunos pensam diferente quanto ao preparo para realizar a competência administração e gerenciamento).

4.3.6 Competência educação permanente: o preparo do aluno após o ECS

Com base no texto das DCN, pontuamos para esta competência as seguintes ações: pesquisas em artigos, livros e outros locais que auxiliassem a compreender as questões que envolveram as atividades propostas pelo ECS, atividades voltadas ao treinamento e desenvolvimento do pessoal de enfermagem, participação de cursos de curta duração na área de atuação como investimento pessoal durante a realização do ECS, ações educativas perante colegas ou outros grupos e participação de debates ou grupos de estudos.

Nesta competência, as opiniões entre professores e alunos também foram completamente diferentes, principalmente com relação às ações que foram significativas.

Para o aluno, nenhuma ação se mostrou significativa quando comparada a frequência de realização das mesmas com as notas atribuídas. Enquanto que para o professor todas as ações foram significantes. Entretanto, tanto professor quanto aluno afirmam que estas ações não foram realizadas com muita frequência.

Ao avaliar as médias das notas atribuídas pelos professores e alunos, observamos que elas estão muito próximas (foram as médias mais próximas se comparadas às demais competências). A média das notas dos professores foi 3,72, enquanto que a média das notas que os alunos se auto atribuíram foi 3,7 (sendo 5 completamente preparado e 1 não está preparado para desenvolver a competência em debate). Desta vez, podemos afirmar que houve empate técnico entre as médias, pois a diferença foi insignificante (0,02).

A tabela 18 mostra as notas que os alunos se autoatribuíram e as notas que os professores atribuíram aos mesmos. Apesar da distribuição das notas estarem diversificadas, podemos afirmar que pela média delas, alunos e professores possuem a mesma opinião quanto ao preparo para desenvolver a competência educação permanente.

TABELA 18 - Quadro de notas atribuídas pelos professores e pelos alunos na competência educação permanente.

	PROFESSORES		ALUNOS	
	Freq.	%	Freq.	%
(1) Não se considera preparado	0	0,00	0	0,00
(2) Pouco preparado	2	6,90	2	6,67
(3) Preparado de forma razoável	13	44,83	8	26,67
(4) Muito preparado	5	17,24	17	56,67
(5) Completamente preparado	9	31,03	3	10,00
TOTAL	29	100,00	30	100,00

Quando utilizamos testes estatísticos para comparar as notas atribuídas pelos sujeitos, identificamos que, para a competência Educação Permanente, não há evidências de diferença entre elas (notas de alunos e nota de professores). O teste t mostra que não há evidência das médias de Professores (3,7240) e alunos (3,7000) serem estatisticamente diferentes, ao nível de significância de 0,9164, ou seja, 91,64% de chance de afirmar que as médias são estatisticamente diferentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, mobilizado pela necessidade de reconhecer o desenvolvimento de competências por meio do ECS, caracterizou-se por um processo reflexivo e de descobertas frente ao processo ensino/aprendizagem no curso de graduação pesquisado. Sua trajetória possibilitou a compreensão de significados pelos diferentes atores que participaram dessa pesquisa relacionada ao desenvolvimento de competências profissionais.

Procurando compreender o desenvolvimento de competências por meio de ações realizadas no cotidiano do enfermeiro e que pudessem garantir habilidades necessárias para o desenvolvimento profissional do aluno, observamos que as competências vão além da realização repetitiva de determinadas habilidades. Seu desenvolvimento requer um conhecimento aprofundado de concepções, métodos e objetivos que se almeja alcançar.

Entretanto, a motivação em investigar as ações relativas a cada uma das seis competências (atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente) e seus significados para alunos e professores se deu a partir das exigências vindas de órgãos governamentais quanto ao desenvolvimento de competências profissionais que estão descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação. Tais diretrizes trazem as competências gerais e específicas de cada profissão, porém não deixa clara a concepção utilizada para determiná-las, nem os caminhos metodológicos para alcançá-las.

Para Lima (2005), as DCN são uma síntese das perspectivas de diferentes atores envolvidos com a formação profissional. E, embora traga em seu texto os elementos e as dimensões dos novos perfis profissionais almejados, no documento, não há nenhuma explicação da concepção de competência utilizada, existindo ainda certa confusão no emprego dos termos competências e habilidades. O documento, então, deixa essa definição a critério das escolas. Sendo assim, optamos em estabelecer as competências profissionais como habilidades a serem desenvolvidas, devido a forma como as DCN as descrevem.

Por isso, apoiamos essa investigação na ideologia defendida por Perrenoud (1999), que coloca que competência é a capacidade de agir em determinada situação apoiada em conhecimento, mas sem limitar-se a eles e que essas podem ser adquiridas por meio da mobilização de esquemas.

O autor define esquemas como a capacidade de mobilizar conhecimentos com discernimento, em tempo real, a serviço de uma ação eficaz e que pode ser construído a partir de treinamentos, desenvolvimento de habilidades, de experiências renovadas, mas apoiadas por uma postura reflexiva.

Sendo assim, a análise dos dados se deu por meio da frequência de realização das ações descritas para cada uma das seis competências, investigando se o aluno e o professor relacionaram a aptidão em desenvolvê-las com o número de vezes em que elas foram realizadas no dia a dia de trabalho.

Essa hipótese não foi confirmada pela pesquisa, pois a análise estatística dos dados obtidos mostraram que as ações mais realizadas, não necessariamente foram aquelas que professores e alunos sinalizaram como significativas para afirmar se estão aptos ou não para desenvolver a competência no seu dia a dia de trabalho. Houve ações que foram realizadas com muita frequência por poucos alunos, mas que se tornaram significativas devido ao fato destes poucos alunos terem se atribuído notas melhores do que os demais. Isso aconteceu também na análise dos dados obtidos por meio da avaliação dos professores, onde os mesmos colocam que poucos alunos realizaram com muita frequência determinada ação, mas esses poucos alunos mereceram notas melhores do que os demais.

A análise dos dados nos fez refletir acerca do caráter de cada ação, seu significado para os sujeitos e da capacidade de mobilizar recursos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que os alunos desenvolveram para sua realização, pois as ações que possuíam caráter meramente técnico (como por exemplo: conhecimento do perfil da clientela interna e externa), embora tenha sido realizada com muita frequência pela maioria dos alunos (tanto na visão do professor quanto na visão dos alunos) não foram estatisticamente significativas.

Da mesma forma que ações que necessitaram da mobilização de recursos pessoais, que não estivessem apenas voltados para habilidades (como por exemplo: resolutividade de problemas de saúde em âmbito individual e coletivo) foram significantes tanto para os professores quanto para os alunos, embora poucos alunos tenham realizado com muita frequência.

Após reflexão acerca dos dados obtidos, alguns questionamentos nos vêm à tona: o que há nessas ações que fazem com que se tornem significantes para quem as realiza? O que elas significam para o desenvolvimento das competências?

Acreditamos que estas perguntas precisam ser discutidas pelos atores envolvidos com o ECS, pois se são capazes de contribuir para o desenvolvimento das competências, precisam ser mais bem trabalhadas durante o estágio.

Além da frequência de realização das ações, ressaltamos também que a forma, ou seja, o método que a escola concebe como meio para desenvolver as competências também precisam ser discutidos e incorporado pelos atores no estágio, pois por meio dos dados obtidos não foi possível identificar qual o caminho metodológico utilizado pelos professores para desenvolver sua ação docente.

Desta forma destacamos Perrenoud (1999) que nos traz que a aquisição de habilidades só será possível se os sujeitos tiverem tempo de viver as experiências e capacidade de analisar sua construção criticamente. O autor defende que uma coisa é colocar várias ações em prática com o objetivo de adquirir conhecimentos, sem preocupar-se em mobilizá-los de forma sistemática, confiando apenas no seu desenvolvimento no decorrer a vida. E outra coisa é estabelecer quais os conhecimentos são necessários para desenvolver determinada ação, com o objetivo de refletir sua mobilização em situações reais, na dialética da ação-reflexão-ação.

Chamamos a atenção para outras descobertas, como: a diferença entre a frequência de realização de uma ação apontada pelos sujeitos (aluno/professor) e a falta de clareza em avaliar se o aluno desenvolveu determinada competência.

Com relação à frequência com que as ações foram realizadas segundo a afirmação do aluno e segundo a percepção do professor, temos que ressaltar a dinâmica de realização do ECS. Nele o aluno permanece com o profissional de campo a maioria do período, inserido no processo de trabalho e o professor entra na mediação dos conhecimentos e habilidades que estão sendo mobilizadas e desenvolvidas.

Lima (2005) coloca que embora a parceria academia-serviço seja historicamente utilizada na realização de estágios em todas as carreiras da área de saúde, geralmente os profissionais de saúde ficam responsáveis pela supervisão do desempenho dos estudantes e os docentes pela teorização e supervisão geral do

estágio. Neste sentido, os docentes não acompanham de perto a realização da maioria das ações propostas pelo estágio: ele as discute no dia a dia do trabalho, porém não visualiza sua realização.

Esse fato pode justificar o aluno a ter afirmado realizar mais ações do que os docentes perceberam. Neste sentido, caberia aqui a avaliação do profissional de campo com relação às ações realizadas e o desenvolvimento das competências no aluno sob sua supervisão direta. Ou seja, identificamos que envolver o profissional de campo em todo processo de realização do ECS é fundamental, pois é por meio dele que o aluno se insere no processo de trabalho e é ele quem se torna referência para tal.

Outra forma de identificarmos a influência do profissional de campo sobre o aluno foi durante a avaliação das atividades desenvolvidas referente à competência administração e gerenciamento. Segundo Peres e Ciampone (2006), a profissão de enfermeiro se consolida por meio desta competência especificamente, pois as funções gerenciais são apontadas como responsabilidade do enfermeiro. Neste sentido, os discursos dos alunos foram marcados por ações dessa competência, tais como: organização dos agentes do trabalho, avaliação e solicitação de materiais, organização das atividades assistenciais, entre outras.

Entretanto, observamos que os professores se preocuparam com o método utilizado pelo estágio para o desenvolvimento da competência administração e gerenciamento, pois a maioria dos discursos atribuiu o desenvolvimento dessa competência à realização do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Essa estratégia foi utilizada pelos professores como forma de consolidar o desenvolvimento desta competência, e de outras, pois para realizá-la o aluno precisa ter boa capacidade de articulação, mobilização de recursos e organização.

Por meio da análise dos discursos, identificamos que as tarefas gerenciais do enfermeiro foram mais importantes para o aluno do que a estratégia utilizada pelos professores para consolidação da competência administração e gerenciamento, confirmando a necessidade de maior envolvimento dos profissionais de campo no desenvolvimento do ECS.

Quanto à falta de clareza do professor em avaliar se o aluno desenvolveu as competências profissionais, podemos atribuí-la à prematuridade com que essa pesquisa foi realizada, pois a mesma se deu com a primeira turma de estágio implantado. Os professores que realizaram o ECS estavam inseridos na

antiga concepção do curso, onde as teorias precediam as práticas (chamadas de estágio). Não havia no curso, atividades parecidas com a nova proposta de ECS.

Um grupo pequeno de professores ficou à frente da reestruturação do curso e implantação das novas propostas. Mas, apesar das pesquisas e visitas a outras instituições de ensino superior, não houve, no curso, tempo hábil de preparação com profundidade do professor para realização do ECS. Embora a implantação do ECS tenha acontecido por meio de reuniões periódicas entre os docentes envolvidos, estas podem não ter sido suficientes para o aprofundamento das questões que envolvem o desenvolvimento de competências.

O simples fato de definir competências é uma tarefa difícil, pois é fundamental que se analise as práticas realizadas no dia a dia de trabalho para a enumeração minuciosa de competências identificadas como essenciais para constituir o corpo da profissão (SILVA; SENA, 2006).

Silva e Sena (2006) colocam que a aplicação da noção de competência implica em realizar novas formas de educar/formar os futuros trabalhadores e integrar inteiramente os sujeitos envolvidos com a proposta (instituição de nível superior, professor, aluno, profissionais de campo e instituição de saúde envolvida) com o objetivo de comprometê-los ao processo de ensino/aprendizagem proposto.

É importante ressaltar também que o desenvolvimento das competências profissionais não compete somente aos envolvidos com o ECS. Toda a organização curricular deve focalizar o desenvolvimento das competências com a integração e exploração dos conteúdos a partir de situações reais ou simuladas da prática profissional. Essas situações, segundo Lima (2005), representam estímulos para o desencadeamento do processo ensino/aprendizagem. As situações reais, os vínculos criados com pacientes, com as equipes de saúde e com a própria organização e avaliação dos serviços que foram prestados são considerados fundamentais para a construção das competências.

Diante do contexto apresentado, vivenciar essa pesquisa foi estabelecer “um pensar na prática” desenvolvida pelo curso. E para que os objetivos do ECS sejam alcançados, evidenciamos a necessidade de reflexão sobre a prática pedagógica, que não se limita apenas à práxis docente, mas sim à práxis em Enfermagem, com seus atores e nos diversos cenários de atuação e realização do mesmo, quer seja no ensino, quer seja no serviço. Entretanto fica ainda uma pergunta a ser respondida: o que faz uma ação ser significativa?

Acreditamos que para responder a esta pergunta é necessário que novas pesquisas sejam realizadas para aprofundar ainda mais a temática. Investigar o que está por trás das ações significantes é um estímulo para os profissionais que tem como objetivo levar o aluno a desenvolver suas habilidades e competências.

Enfim, a compreensão do ECS enquanto colaborador do desenvolvimento de competências é verdadeiro, desde que as propostas e as estratégias a serem viabilizadas sejam do domínio de todos os envolvidos nesse processo, a começar pela escola. Não se trata de tarefa fácil, mas o desafio está lançado!

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Dimensões da reestruturação produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. Londrina: Práxis, 2007.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R.J.S.; JUNIOR, T.M. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev Panamericana de Salud Publica**, v.8, n.1/2, 2000.

ANDRADE, L.O.M. et al. **SUS passo a passo**: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2.ed. revisão ampliada. São Paulo: Hucitec, 2007.

ARANTES, A. C. et al. Estágio curricular supervisionado: qual a contribuição para a formação do cirurgião dentista de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais? **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 150-160, abr./jun. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). Relatório final do 1º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil – SENADEN. Rio de Janeiro, 1994.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). Relatório final do 2º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil – SENADEN. Florianópolis, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). Relatório final do 3º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil – SENADEN. Rio de Janeiro, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). Relatório final do 4º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil – SENADEN. Fortaleza, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARREIRO, I. M. F.; TERRIBELI, A. F. Educação superior no período noturno: políticas, intenções e omissões. **Ensaio: aval. pol. públ**, v.15, n.54, p.81-102, jan./mar, 2007.

BATISTA, E. Fordismo, taylorismo e toyotismo: apontamentos sobre suas rupturas e continuidades In: III SIMPÓSIO DE LUTAS SOCIAIS DA AMÉRICA LATINA, 2008. Londrina. **Anais eletrônicos...** Londrina, UEL, 2008. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/terceirosimposio/erika_batista.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2010.

BELONI, I. A educação superior dez anos depois da LDB/1996. In: BRZEZINSKI, I. (org). **LDB dez anos depois: reinterpretação sob diversos olhares**. São Paulo: Cortez, 2008.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4.ed. São Paulo: Ática, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura, 2001.

_____. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Administração e da Reforma de Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF: MARE, 1995.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Educação e Pesquisa - INEP. **Censo da educação Superior. Sinopse 2004**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso em: 12 out. 2010.

_____. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei n. 9394/96. Brasília, DF: MEC/SEF, 1996.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privativo para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12 (sup), p.1865-1874, 2007.

CAMPOS, H. **Estatística experimental não paramétrica**. 4.ed. Piracicaba: Escola Superior de Agricultura "Luiz de Queiroz", USP, 1983.

CASASSUS, J. A reforma do Estado na América Latina no contexto da globalização. **Cadernos de Pesquisa**, Campinas, n.114, p.7-28, nov. 2001.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Vivência de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídio para refletir sobre a humanização em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.3, p.321-8, 2006.

CATTANI, A. C. **A influência dos organismos internacionais nas políticas educacionais para a educação superior no Brasil**. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Paraná.

COSTA, L. M.; GERMANO, R. M. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisando a história. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.6, p.706-710, dez. 2007.

DELUIZ, N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Bol Tec SENAC**, v.22, n.2, [cerca de 8 p.], mai./ago. 1996. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/BTS/222/boltec222b.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2010.

_____. O modelo de competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set/dez. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/interacao/article/viewFile/1495/1479>>. Acesso em: 20 out. 2010.

DIAS, S. G. A.; LARA, A. M. B. A Conferência de Jomtien e suas principais expressões na legislação educacional brasileira na década de 1990: o caso da LDB, do PCN. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 1, XX Semana de Pedagogia, Cascavel, 11-13 novembro 2008.

DOURADO, L. F. Reforma do Estado e as políticas para a educação superior no Brasil nos anos 90. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.23, n.80, p.234-252, set. 2002.

DRUCK, M. G. Globalização e reestruturação produtiva: o fordismo e/ou o japonismo. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v.19, n.2, abr./jun. 1999.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n.3, p.41-46, 2004.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.39, n.4, p.443-9, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 7.ed. Curitiba: Editora Positivo, 2004.895p.

FERRETI, C. J.; JÚNIOR, J. R. S. Educação Profissional numa sociedade sem empregos. **Cadernos de Pesquisa**, Campinas, n.109, p.43-66, mar. 2000.

FREITAS, L. C. A avaliação e as reformas dos anos de 1990: novas formas de exclusão, velhas formas de subordinação. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.25, n.86, p.133-170, abr. 2004.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A institucionalização e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente às políticas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n.4, p.466-474, 2001.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. **Interface Comunicação, saúde, educação**, v. 5, n.8, p.89-100, fev. 2001.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GOUVÊA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**, v.13, n.35, 1999.

HADDAD, A. E. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

HÖLFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Caderno Cedes**, Campinas, ano 21, n.55, p.30-41, nov. 2001.

ITO, E. E.; TAKAHASHI, R. T. Percepções dos enfermeiros de campo sobre o estágio curricular da graduação de enfermagem realizados em sua unidade de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.31, n.1, p.109-10, 2005.

JARDILINO, J. R. L. Novas faces da educação superior no Brasil: reforma do Estado e mudança na produção. **Eccos Rev. Cient.**, v. 2, n.1, jun, 2000.

KOECHER, D. K. **A práxis na formação do enfermeiro: uma contribuição crítica ao estágio curricular supervisionado**. 2006. 161p. Dissertação (Mestrado) –

Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KORITIAKE, L. A. **Reestruturação produtiva e educação**: um estudo sobre a proposta do Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza para o ensino médio e técnico. 2008. Tese (Doutorado em Educação) – UNIMEP, Piracicaba, SP.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. 3.ed. São Paulo: EPU, 1991.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R. **Gerenciamento em enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n.17, p.369-79, mar/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 abr. 2011.

LOURENÇÃO, D. C. A.; BENITO, G. A. V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.1, p.91-7, jan./fev. 2010.

LOURENÇO, M. R.; TREVISAM, M. A. Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da liderança e enfermagem. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v.9, n.3 p.14-19, mai./2001. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 10 jan. 2011.

LUDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2003.

MACHADO, L. M.; MAIA, G. Z. A.; LABEGALINI, A. C. F. B. **Pesquisa em educação**: passo a passo. Marília: M³T, 2007.

MACHADO, V. B. **Estudo sobre a formação de competências de estudante de graduação em Enfermagem na vivência (simulada) em uma Clínica de Enfermagem**. 2007. Tese (doutorado em Enfermagem) - Programa Interunidades de Pós Graduação em Enfermagem - Universidade de São Paulo, São Paulo.

MAIA, J. A. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: SENAC, 2010.

MANFREDI, S. M. Trabalho, qualificação e competência profissional: das dimensões conceituais e políticas. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n.64, p. 1-20, set.1999.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2005.

MARQUES, C. M. S. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. **Formação**, n.5, p.17-28, mai. 2002.

MELEM, V. M. **Testes de hipóteses**. Londrina: Departamento de Estatística, Universidade Estadual de Londrina, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucutec, 2004.

MORAES, R. C. Reformas neoliberais e políticas públicas: hegemonia ideológica e redefinição das relações estado-sociedade. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.23, n.80, p.13-24, set. 2002.

NAIDER FILHO, E. A reforma do Estado e da educação na década de 1990: a refuncionalização da escola via implementação da eficiência mercadológica. **Dialogia**, São Paulo, v.7, n.1, p.113-120, 2008.

OLIVEIRA, C. **Municipalização do ensino no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

OLIVEIRA, R. O legado da CEPAL à educação nos anos 90. **Revista Ibero Americana de Educação**, 2001. Disponível em: <<http://www.rieonei.org/deloslectores/Oliveira>>. Acesso em: 14 set. 2010.

PERES, A .M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerenciais do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p.492-9, jul./set. 2006. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 25 ago. 2010.

PERRENOUD, P. **Construir competências desde a escola**. Tradução Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública.** Goiânia: AB, 2008.

ROVAI, E. **Competência e competências: contribuição crítica ao debate.** São Paulo: Cortez, 2010.

SABIA, C. P. P. **O público e o privado na política de cooperação universidade-empresa da Universidade Estadual Paulista.** 2007. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista - UNESP, Marília, São Paulo.

SANTOS, C. E. **Compreendendo as expectativas em um curso de graduação em enfermagem: olhar discente e docente.** 2005. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHÖN, D. A. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem.** Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.14, n.5, set./out. 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 14 jul. 2010.

SILVA, R. M.; SILVA, I. C. M.; RAVALIA, R.A. Ensino de Enfermagem: reflexões sobre o estágio curricular supervisionado. **Revista Práxis**, ano 1, n.1, p.37-41, 2009.

TANAKA, L. H. **Processo de trabalho do enfermeiro como foco da formação do graduando em enfermagem: visão dos professores de um curso de graduação em enfermagem.** 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo, São Paulo.

TORRES, R. M. **Educação para todos: a tarefa por fazer.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

TROJAN, R. M. Políticas educacionais na América Latina: tendências em curso. **Revista Iberoamericana de Edición**, n. 5, p.1-15, dez. 2009.

TSUJI, H.; SILVA, H. A. **Aprender e ensinar na escola vestida de branco**: do modelo biomédico ao humanístico. São Paulo: Phorte Editora, 2010.

VIEIRA, E. A política e as bases do direito educacional. **Cadernos Cedes**, ano 21, n.5, nov. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “**Estágio Curricular Supervisionado: possíveis contribuições para o desenvolvimento de competências do profissional enfermeiro**”.

Nome do (a) Pesquisador (a): Larissa Sapucaia Ferreira Esteves

Nome do (a) Orientador (a): Dra. Cláudia Pereira de Pádua Sabia

1. **Natureza da pesquisa:** o(a) Sr(a) está sendo convidada a participar da pesquisa que objetiva analisar o papel do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento de competências do futuro enfermeiro
2. **Participantes da pesquisa:** Professores do curso de enfermagem, profissionais enfermeiros que atuam nas unidades de estágios (que mantêm contrato de cooperação técnica com a faculdade pesquisada) e alunos do 8º que neste 2º semestre de 2010 participaram da 1ª turma de estágio curricular supervisionado
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o (a) Sr. (a) permitirá que a pesquisadora Larissa Sapucaia Ferreira Esteves possa lhe entregar o questionário de coleta de dados para a pesquisa e em um segundo momento possa colher sua entrevista. O (a) Sr. (a) tem liberdade de recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
4. **Sobre os instrumentos de coleta de dados:** Questionário, será entregue no seu local de trabalho ou na faculdade (dependendo do sujeito da pesquisa) e a pesquisadora combinará uma data para recolhê-lo. Entrevistas, será realizada individualmente no seu local de trabalho ou nas dependências da Faculdade de Enfermagem a critério do sujeito da pesquisa. As entrevistas serão gravadas e transcritas pela pesquisadora, após autorização.
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não trará complicações legais. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo terão autorização dos sujeitos para transcrições e interpretações de acordo com os conteúdos e significados levantados. Porém, em nenhum momento será descrito a identidade dos sujeitos. A pesquisadora utilizará de pseudônimos para diferenciar a fala de cada sujeito.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa a Sra. não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações e significados importantes sobre o desenvolvimento de competências por meio da prática de ensino Estágio Supervisionado, o que poderá reorganizar os métodos utilizados pelo Curso envolvido.
8. **Pagamento:** a Sra. não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.
Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora: Larissa S. Ferreira Esteves

Assinatura do Orientador: Dr. José Camilo Santos

TELEFONES

Pesquisador: Larissa Sapucaia Ferreira Esteves

Orientador: Dra. Cláudia Pereira de Pádua Sabia

Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa: Dra. Rosa Maria Barilli Nogueira

COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA (CEP)

APÊNDICE B - Questionário Para Coleta de Dados: Dimensão Aluno

“Estágio Curricular Supervisionado: contribuições para o desenvolvimento das competências do profissional enfermeiro”.

CONSIDERAÇÕES GERAIS: este questionário deve ser respondido de forma individual, em que suas percepções acerca do processo de formação que recebeu por meio do Estágio Curricular Supervisionado (ECS) estará sendo avaliado. O foco principal desta pesquisa é analisar se o ECS contribuiu para o desenvolvimento das competências essenciais para os enfermeiros colocadas pelas Diretrizes Curriculares. **Segundo Tsuji e Silva (2010), competência é a capacidade do sujeito (“ser capaz de”) de mobilizar (“movimentar com força interior”) recursos cognitivos (“conhecimento intelectual”) a fim de resolver situações complexas.** Ao participar desta pesquisa você contribuirá para a melhor compreensão sobre o papel do ECS na formação do enfermeiro a auxiliará na reorganização desta modelo de formação proporcionado pelo seu curso.

Parte I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde devem ser capazes de desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Devem ser capazes de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos, prestando assistência com qualidade e de forma ética.

- 1- Durante o ECS você foi estimulado a desenvolver a competência de atenção à saúde?
() sim () não

- 2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 3 para aquelas que você realizou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou algumas vezes e 1 para aquelas que nunca realizou:

	1	2	3
prevenção à saúde			
promoção à saúde			
proteção à saúde			
reabilitação à saúde			
relação com outros serviços da rede de saúde			
resolutividade de problemas em âmbito individual e/ou coletivo			
atividades com caráter técnico			
atividades de caráter puramente reflexivas			
conhecimento do perfil da clientela interna e externa			

3- Ao término do ECS o quanto você se sente preparado para realizar atenção à saúde? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

- 5 você se considera completamente preparado,
- 4 você se considera muito preparado, 1 2 3 4 5
- 3 você se considerada preparado de forma razoável,
- 2 você se considera pouco preparado e
- 1 você não se considera preparado.

4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Parte II - Tomada de decisões: capacidade de decidir situações complexas de saúde avaliando e sistematizando condutas adequadas com base em evidências científicas.

1- Durante o ECS você foi estimulado a desenvolver a competência de tomada de decisão?

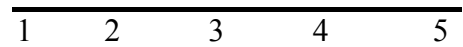
() sim () não

2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 3 para aquelas que você realizou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou algumas vezes e 1 para aquelas que nunca realizou.

	1	2	3
avaliações e decisões acerca dos processos de trabalho			
avaliações e decisões acerca de procedimentos e práticas de enfermagem			
avaliações e decisões acerca de materiais, medicamentos, equipamentos e/ou ambiente.			
Busca por materiais por informações que pudessem te ajudar a avaliar situações e decidir condutas com mais clareza			
discussões colegiadas que pudessem te ajudar a encontrar a melhor decisão			
conhecimento do perfil da clientela interna e externa			

3- Ao término do ECS o quanto você se sente preparado para tomar decisões? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

- 5 você se considera completamente preparado,
- 4 você se considera muito preparado,
- 3 você se considerada preparado de forma razoável,
- 2 você se considera pouco preparado e
- 1 você não se considera preparado.



4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Parte III - Comunicação: ser acessível, manter a confidencialidade das informações, interação com outros profissionais de saúde e o público em geral de forma verbal, não verbal, por meio da escrita, da leitura, da tecnologia da comunicação ou informação.

1- Durante o ECS você foi estimulado a desenvolver a competência de comunicação?

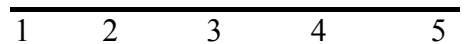
() sim () não

2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 3 para aquelas que você realizou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou algumas vezes e 1 para aquelas que nunca realizou.

	1	2	3
diálogo com equipe de enfermagem			
diálogo com equipe multiprofissional			
Escrita de documentos e relatórios			
leitura de textos, artigos ou outros materiais que pudessem embasar sua prática.			
leitura de textos, artigos ou outros materiais em língua estrangeira que pudessem embasar sua prática			
a utilização das tecnologias de comunicação e informação			
conhecimento do perfil da clientela interna e externa			
o exercício do sigilo			

3- Ao término do ECS o quanto você se sente preparado para se comunicar na profissão? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

- 5 você se considera completamente preparado,
- 4 você se considera muito preparado,
- 3 você se considerada preparado de forma razoável,
- 2 você se considera pouco preparado e
- 1 você não se considera preparado.



4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Parte IV- Liderança: é o processo de conduzir as ações ou influenciar o comportamento e a mentalidade de outras pessoas. (MAXIMIANO, 2006). Assumir posições de liderança, com compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento.

1- Durante o ECS você foi estimulado a desenvolver a competência liderança?
 () sim () não

2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 3 para aquelas que você realizou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou algumas vezes e 1 para aquelas que nunca realizou.

	1	2	3
compromisso e responsabilidade com o processo saúde/doença dos pacientes ou população a mim delegados			
empatia que possuía ou tive que desenvolver com a equipe de enfermagem			
empatia que possuía ou tive que desenvolver com a equipe multiprofissional			
Estudo dos processos e conceitos que envolvem a liderança			
conhecimento do perfil da clientela interna e externa			

3- Ao término do ECS o quanto você se preparado para ser líder? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

- 5 você se considera completamente preparado,
- 4 você se considera muito preparado, 1 2 3 4 5
- 3 você se considerada preparado de forma razoável,
- 2 você se considera pouco preparado e
- 1 você não se considera preparado.

4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Parte V - Administração e gerenciamento: ter iniciativa, gerenciar e administrar tanto a força de trabalho quanto aos recursos físicos, materiais e de informação, ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

1- Durante o ECS você foi estimulado a desenvolver a competência administração e gerenciamento?

() sim () não

2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 3 para aquelas que você realizou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou algumas vezes e 1 para aquelas que nunca realizou.

	1	2	3
diagnósticos de situações problemas após coleta de dados sistematizadas			
planejamento sistematizado de ações para resolução de problemas			
execução e avaliação de planos operacionais			
atividades voltadas á coordenação do processo de cuidar (assistência, ambientes e agentes)			
ações educativas voltadas para os clientes internos e externos			
visão global da gestão dos serviços de saúde			

3- Ao término do ECS o quanto você se preparado para administrar/gerenciar uma unidade de saúde? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

a. 5 você se considera completamente preparado,

b. 4 você se considera muito preparado,

1 2 3 4 5

c. 3 você se considerada preparado de forma razoável,

d. 2 você se considera pouco preparado e

e. 1 você não se considera preparado.

4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Parte VI - Educação permanente: consciência da necessidade de continuar estudando e se atualizando após a graduação, ou seja, ser capaz de aprender continuamente, ter responsabilidade e compromisso com a sua educação; e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais.

1- Durante o ECS você foi estimulado a desenvolver a competência de educação permanente?

() sim () não

2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 3 para aquelas que você realizou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou algumas vezes e 1 para aquelas que nunca realizou.

	1	2	3
pesquisas pessoais para melhor compreender as questões que envolverem as atividades propostas pelo ECS			
atividades voltadas ao treinamento e desenvolvimento do pessoal de enfermagem			
participação de cursos de curta duração na área de atuação como investimento pessoal durante a realização do ECS			
ações de educação permanente com colegas, ou outros grupos de estudo			
participação de debates ou grupos de estudos			

3- Ao término do ECS o quanto você se sente preparado para se educar ou educar pessoas de forma permanente? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

- 5 você se considera completamente preparado,
- 4 você se considera muito preparado,
- 3 você se considerada preparado de forma razoável,
- 2 você se considera pouco preparado e
- 1 você não se considera preparado.

1 2 3 4 5

4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Obrigada pela sua contribuição

Larissa

APÊNDICE C - Questionário Para Coleta de Dados: Dimensão Docente

“Estágio Curricular Supervisionado: contribuições para o desenvolvimento das competências do profissional enfermeiro”.

CONSIDERAÇÕES GERAIS: este questionário deve ser respondido de forma individual, onde suas percepções acerca do processo de formação que participou enquanto docente ou enfermeiro de campo por meio do Estágio Curricular Supervisionado (ECS) estará sendo avaliada. O foco principal desta pesquisa é analisar se o ECS contribuiu para o desenvolvimento das competências essenciais para os enfermeiros colocadas pelas Diretrizes Curriculares. **Segundo Tsuji e Silva (2010), competência é a capacidade do sujeito (“ser capaz de”) de mobilizar (“movimentar com força interior”) recursos cognitivos (“conhecimento intelectual”) a fim de resolver situações complexas.** Ao participar desta pesquisa você contribuirá para a melhor compreensão sobre o papel do ECS na formação do enfermeiro a auxiliará na reorganização desta modelo de formação proporcionado pelo curso.

Parte I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde devem ser capazes de desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Devem ser capazes de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos, prestando assistência com qualidade e de forma ética.

1- Você considera que o ECS oportunizou o desenvolvimento da competência atenção à saúde?

() sim () não

2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 3 para aquelas que você realizou junto ou estimulou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou junto ou estimulou algumas vezes e 1 para aquelas que não conseguiu realizar ou estimular.

	1	2	3
prevenção à saúde			
promoção à saúde			
proteção à saúde			
reabilitação à saúde			
relação com outros serviços da rede de saúde			
resolutividade de problemas em âmbito individual e/ou coletivo			
atividades com caráter técnico			
atividades de caráter puramente reflexivas			
conhecimento do perfil da clientela interna e externa			

3- Ao término do ECS o quanto você acredita que os futuros profissionais estão preparados para prestar atenção à saúde? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

- 5 você se considera completamente preparado,
- 4 você se considera muito preparado,
- 3 você se considerada preparado de forma razoável,
- 2 você se considera pouco preparado e
- 1 você não se considera preparado.

1 2 3 4 5

4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Parte II - Tomada de decisões: capacidade de decidir situações complexas de saúde avaliando e sistematizando condutas adequadas com base em evidências científicas.

1- Durante o ECS você considera que colaborou com o desenvolvimento da competência de tomada de decisões?

() sim () não

2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 3 para aquelas que você realizou junto ou estimulou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou junto ou estimulou algumas vezes e 1 para aquelas que não conseguiu realizar ou estimular.

	1	2	3
avaliações e decisões acerca dos processos de trabalho			
avaliações e decisões acerca de procedimentos e práticas de enfermagem			
avaliações e decisões acerca de materiais, medicamentos, equipamentos e/ou ambiente.			
busca por materiais por informações que pudessem te ajudar a avaliar situações e decidir condutas com mais clareza			
discussões colegiadas que pudessem te ajudar a encontrar a melhor decisão			
conhecimento do perfil da clientela interna e externa			

3- Ao término do ECS o quanto você acredita que os futuros profissionais estão preparados para tomar decisões? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

• 5 você se considera completamente preparado,

• 4 você se considera muito preparado,

• 3 você se considerada preparado de forma razoável,

• 2 você se considera pouco preparado e

• 1 você não se considera preparado.

1 2 3 4 5

4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Parte III - Comunicação: ser acessível, manter a confidencialidade das informações, interação com outros profissionais de saúde e o público em geral de forma verbal, não verbal, escrita, leitura, por meio da tecnologia da comunicação ou informação.

1- Você considera que o ECS oportunizou o desenvolvimento da competência comunicação?

() sim () não

2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 3 para aquelas que você realizou junto ou estimulou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou junto ou estimulou algumas vezes e 1 para aquelas que não conseguiu realizar ou estimular.

	1	2	3
diálogo com equipe de enfermagem			
diálogo com equipe multiprofissional			
Escrita de documentos e relatórios			
leitura de textos, artigos ou outros materiais que pudessem embasar sua prática.			
leitura de textos, artigos ou outros materiais em língua estrangeira que pudessem embasar sua prática			
a utilização das tecnologias de comunicação e informação			
conhecimento do perfil da clientela interna e externa			
o exercício do sigilo			

3- Ao término do ECS o quanto você acredita que os futuros profissionais estão preparados para se comunicar profissionalmente? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

a. 5 você se considera completamente preparado,

b. 4 você se considera muito preparado,
1 2 3 4 5

c. 3 você se considerada preparado de forma razoável,

d. 2 você se considera pouco preparado e

e. 1 você não se considera preparado.

4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Parte IV- Liderança: é o processo de conduzir as ações ou influenciar o comportamento e a mentalidade de outras pessoas. (MAXIMIANO, 2006). Assumir posições de liderança, com compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento.

1- Você considera que o ECS oportunizou o desenvolvimento da competência liderança?

() sim () não

2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 4 para aquelas que você realizou junto ou estimulou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou junto ou estimulou algumas vezes e 1 para aquelas que não conseguiu realizar ou estimular.

	1	2	3
compromisso e responsabilidade com o processo saúde/doença dos pacientes ou população a mim delegados			
empatia que possuía ou tive que desenvolver com a equipe de enfermagem			
empatia que possuía ou tive que desenvolver com a equipe multiprofissional			
Estudo dos processos e conceitos que envolvem a liderança			
conhecimento do perfil da clientela interna e externa			

3- Ao término do ECS o quanto você acredita que os futuros profissionais estão preparados para liderar? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

- 5 você se considera completamente preparado,
- 4 você se considera muito preparado, 1 2 3 4 5
- 3 você se considerada preparado de forma razoável,
- 2 você se considera pouco preparado e
- 1 você não se considera preparado.

4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Parte V - Administração e gerenciamento: ter iniciativa, gerenciar e administrar tanto a força de trabalho quanto aos recursos físicos, materiais e de informação, ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

1- Você considera que o ECS oportunizou o desenvolvimento da competência administração e do gerenciamento?

() sim () não

2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 3 para aquelas que você realizou junto ou estimulou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou junto ou estimulou algumas vezes e 1 para aquelas que não conseguiu realizar ou estimular.

	1	2	3
diagnósticos de situações problemas após coleta de dados sistematizadas			
planejamento sistematizado de ações para resolução de problemas			
execução e avaliação de planos operacionais			
atividades voltadas á coordenação do processo de cuidar (assistência, ambientes e agentes)			
ações educativas voltadas para os clientes internos e externos			
visão global da gestão dos serviços de saúde			

3- Ao término do ECS o quanto você acredita que os futuros profissionais estão preparados para administrar/gerenciar uma unidade? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

a. 5 você se considera completamente preparado,

b. 4 você se considera muito preparado,

1 2 3 4 5

c. 3 você se considerada preparado de forma razoável,

d. 2 você se considera pouco preparado e

e. 1 você não se considera preparado.

4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Parte VI - Educação permanente: consciência da necessidade de continuar estudando e se atualizando após a graduação, ou seja, ser capaz de aprender continuamente, ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais.

1- Você considera que o ECS oportunizou o desenvolvimento da competência educação permanente?

() sim () não

2- Ao refletir sobre as ações descritas abaixo, marque 3 para aquelas que você realizou junto ou estimulou com muita frequência, 2 para aquelas que realizou junto ou estimulou algumas vezes e 1 para aquelas que não conseguiu realizar ou estimular.

	1	2	3
pesquisas pessoais para melhor compreender as questões que envolverem as atividades propostas pelo ECS			
atividades voltadas ao treinamento e desenvolvimento do pessoal de enfermagem			
participação de cursos de curta duração na área de atuação como investimento pessoal durante a realização do ECS			
ações de educação permanente com colegas, ou outros grupos de estudo			
participação de debates ou grupos de estudos			

3- Ao término do ECS o quanto você acredita que os futuros profissionais estão preparados para se educar ou educar o grupo em que convive profissionalmente? Assinale na escala numérica abaixo a alternativa que mais adequada:

- 5 você se considera completamente preparado,
- 4 você se considera muito preparado,

1 2 3 4 5

- 3 você se considerada preparado de forma razoável,
- 2 você se considera pouco preparado e
- 1 você não se considera preparado.

4- Para você, o ECS contribuiu para o desenvolvimento desta competência? Por quê?

Obrigada pela sua contribuição

Larissa

APÊNDICE D – Cálculos Estatísticos que Embasaram a Análise Quantitativa

TESTES DE HIPÓTESES

Segundo Campos (1983) e Melem (2010), para a realização de um teste de hipótese devem-se definir as hipóteses a serem testadas, sendo a **hipótese nula (H_0)** a hipótese que, em geral, de igualdade concordante com a afirmação feita com respeito ao parâmetro de interesse na população e a **hipótese alternativa (H_1 ou H_a)** sendo a hipótese que aceitaremos caso a hipótese nula seja rejeitada. A hipótese alternativa pode ser unilateral (à direita ou esquerda), bilateral ou de igualdade também.

O objetivo dos testes de hipóteses é verificar se são verdadeiras as afirmações sobre os parâmetros de uma população e, esta verificação é realizada com base nas informações das amostras. Os tipos de erros em testes de hipóteses são apresentados na tabela abaixo.

	Aceitar H_0	Rejeitar H_0
H_0 é verdadeira	Decisão correta	Erro tipo I $\Rightarrow \alpha$ (é a probabilidade de rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira)
H_0 é falsa	Erro tipo II $\Rightarrow \beta(\mu)$ (é a probabilidade de aceitar uma hipótese nula falsa)	Decisão correta ($1 - \beta$ – poder do teste) (é a probabilidade de rejeitar corretamente uma hipótese nula falsa.)

Em teste de hipóteses, deve-se controlar o erro tipo I, ou seja, controlar o nível de significância, determinando o valor máximo permitido para a probabilidade de rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira. O erro tipo II é também importante, mas mais difícil de ser obtido, pois depende de μ (média), ou seja, o erro tipo II $\beta(\mu)$ é encontrado sob a distribuição da hipótese alternativa. Aumentar o tamanho da amostra (n) é a forma de diminuirmos os dois tipos de erros simultaneamente (CAMPOS, 1983; MELEM, 2010).

TESTES DE HIPÓTESES PARAMÉTRICOS

Teste t de Hipótese para a Diferença entre Duas Médias de Distribuições Normais com Variâncias Desconhecidas

Segundo Campos (1983) e Melem (2010) a distribuição da diferença de médias foi descrita por W. Gosset (Student). Os dados devem ser mensurados a nível intervalar ou de razões e as amostras podem ser de igual tamanho ou desiguais. As variáveis das populações de onde as amostras foram selecionadas aleatoriamente devem apresentar distribuição aproximadamente Normal, esse teste também pode ser utilizado quando $n \geq 30$, ou seja, quando a quantidade de observações for maior ou igual a 30. Para a execução do teste é necessário o conhecimento se existe indícios da igualdade da variância das duas populações, utilizando-se o teste F para a razão de duas variâncias. Segue as considerações para os casos de variâncias estatisticamente iguais (caso 1) e para variâncias estatisticamente diferentes (caso 2).

Caso 1: Variâncias Desconhecidas, porém Iguais $\sigma_1^2 = \sigma_2^2 = \sigma^2$.

Esta forma do teste-t pressupõe que as variâncias dos dois conjuntos de dados são iguais; é chamado de teste-t homoscedástico. Você pode usar os teste-t para determinar se as médias das suas amostras são iguais.

Hipótese nula, $H_0: \mu_1 - \mu_2 = \Delta_0$

Hipóteses alternativas, $\begin{cases} H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq \Delta_0 \\ H_1: \mu_1 - \mu_2 > \Delta_0 \\ H_1: \mu_1 - \mu_2 < \Delta_0 \end{cases}$

Estatística de teste, $t_{\text{cal}} = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2 - \Delta_0}{S_c \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$

$$\text{Critérios de rejeição, } \left\{ \begin{array}{l} t_{\text{cal}} > t_{\frac{\alpha}{2}; n_1+n_2-2} \quad \text{ou} \rightarrow \quad t_{\text{cal}} > -t_{\frac{\alpha}{2}; n_1+n_2-2} \\ t_{\text{cal}} > t_{\alpha; n_1+n_2-2} \\ t_{\text{cal}} < -t_{\alpha; n_1+n_2-2} \end{array} \right.$$

em que, $S_c^2 = \frac{(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2}{n_1+n_2-2}$ e $\Delta_0 = 0$ para as médias iguais.

Caso 2: Variâncias Desconhecidas e Diferentes $\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$.

Esta forma de teste-t pressupõe que as variâncias populacionais, de onde os dois intervalos de dados foram tirados, são diferentes.

Hipótese nula, $H_0: \mu_1 - \mu_2 = \Delta_0$

$$\text{Hipóteses alternativas, } \left\{ \begin{array}{l} H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq \Delta_0 \\ H_1: \mu_1 - \mu_2 > \Delta_0 \\ H_1: \mu_1 - \mu_2 < \Delta_0 \end{array} \right.$$

$$\text{Estatística de teste, } t_{\text{cal}} = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2 - \Delta_0}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{Critérios de rejeição, } \left\{ \begin{array}{l} t_{\text{cal}} > t_{\frac{\alpha}{2}; \nu} \quad \text{ou} \rightarrow \quad t_{\text{cal}} > -t_{\frac{\alpha}{2}; \nu} \\ t_{\text{cal}} > t_{\alpha; \nu} \\ t_{\text{cal}} < -t_{\alpha; \nu} \end{array} \right.$$

$$\text{em que, } \nu = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}\right)}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1}\right)^2}{n_1-1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{n_2-1}} \quad \text{e } \Delta_0 = 0 \text{ para as médias iguais.}$$

Teste-F para a Razão de Duas Variâncias

Utiliza-se o teste-F para comparar as variâncias de duas populações.

Hipótese nula, $H_0 : \sigma_1 - \sigma_2 = \delta$

$$\text{Hipóteses alternativas, } \left\{ \begin{array}{l} H_1 : \sigma_1 - \sigma_2 < \delta \rightarrow F_{\text{cal}} = \frac{S_2^2}{S_1^2} \\ H_1 : \sigma_1 - \sigma_2 > \delta \rightarrow F_{\text{cal}} = \frac{S_1^2}{S_2^2} \\ H_1 : \sigma_1 - \sigma_2 \neq \delta \rightarrow \text{a maior das duas razões.} \end{array} \right.$$

em que, $\delta = 0$ para quando as variâncias são iguais.

TESTE DE HIPÓTESE NÃO-PARAMÉTRICO

Teste de Jonckheere-Terpstra

Para Campos (1983) e Melem (2010) o teste de Jonckheere-Terpstra, tem como objetivo verificar se os tratamentos, convenientemente arranjados, se dispõem numa ordem não decrescente. Pode ser, pois, considerado um teste de “posição” para k amostras independentes. Quando há uma ordem natural, *a priori*, o teste de Jockheere-Terpstra é mais eficiente e apropriado. As pressuposições gerais a respeito do tipo de distribuição das observações são:

- a) As observações são todas independentes;
- b) Dentro de uma dada amostra, todas as observações são provenientes da mesma população;
- c) As k populações são aproximadamente da mesma forma e contínuas.

Considerando k tratamentos, podemos estabelecer as hipóteses:

Hipótese nula, $H_0 : t_1 = t_2 = \dots = t_k$

Hipóteses alternativas, $H_1 : t_1 \leq t_2 \leq \dots \leq t_k$

em que, ao menos uma desigualdade existe.

A partir dos k tratamentos determinam-se $C_k^2 = \frac{k(k-1)}{2}$ grupos de diferenças, do tipo U_{uv} , entre os tratamentos u e v , ou seja, defini-se

$$f(X_{ui}; X_{vi'}) = X_{ui} - X_{vi'} \begin{cases} i = 1, 2, \dots, n_u \\ i' = 1, 2, \dots, n_v \\ u = 1, 2, \dots, k-1 \\ v = 1, 2, \dots, k \end{cases}$$

e faz-se:

$$f(X_{ui}; X_{vi'}) = \begin{cases} 1 & \text{se } X_{ui} < X_{vi'} \\ 0 & \text{se } X_{ui} > X_{vi'} \end{cases}$$

e então:

$$U_{uv} = \sum_i^u \left[\sum_{i'}^v f(X_{ui}; X_{vi'}) \right].$$

A estatística do teste é:

$$J = \sum_{u < v} U_{uv}.$$