



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Elisangela Andrade Silva Motta

**O desenho de competências para o enfermeiro: promovendo a
integração do ensino da graduação em Enfermagem às
necessidades do serviço com base no olhar dos supervisores de
Enfermagem de Unidades Clínicas em um hospital público do
Distrito Federal**

Rio de Janeiro

2017

Elisangela Andrade Silva Motta

O desenho de competências para o enfermeiro: promovendo a integração do ensino da graduação em Enfermagem às necessidades do serviço com base no olhar dos supervisores de Enfermagem de Unidades Clínicas em um hospital público do Distrito Federal

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão do Sistema de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BC/C

M921 Motta, Elisangela Andrade Silva.

O desenho de competências para o enfermeiro: promovendo a integração do ensino da graduação em Enfermagem às necessidades do serviço com base no olhar dos supervisores de Enfermagem de unidades clínicas e um hospital público do Distrito Federal / Elisangela Andrade Silva Motta. – 2017.
170 f.

Orientadora: Luciana Maria Borges da Matta Souza.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Enfermagem – Estudo e ensino – Teses. 2. Recursos humanos na saúde pública – Teses. 3. Pessoal da área médica – Estudo e ensino – Teses. I. Souza, Luciana Maria da Matta. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253.5:37

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Elisangela Andrade Silva Motta

O desenho de competências para o enfermeiro: promovendo a integração do ensino da graduação em Enfermagem às necessidades do serviço com base no olhar dos supervisores de Enfermagem de Unidades Clínicas em um hospital público do Distrito Federal

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão do Sistema de Saúde.

Aprovada em 28 de novembro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza (Orientadora)
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.^a Dra. Adriana Cavalcante de Aguiar
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Adjunto Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael
Departamento de Enfermagem de Saúde Pública - UERJ

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

Pelo exemplo que nos ensina a amar ser docente, à orientadora Luciana Maria Borges da Matta Souza, mestra e amiga, cujo respeito e conhecimento estimularam a realização deste trabalho.

Pela compreensão diante das horas de afastamento e pelo carinho durante a jornada, aos amados pais, Manoel e Cícera, e ao irmão, Carlos Rogério.

Ao esposo, amigo, parceiro e companheiro, Jefferson. Aos filhos abençoados, Barbara e Nicolas. Aos familiares, amigos e colegas de trabalho.

Pelo respeito, o compromisso, o carinho e as inestimáveis contribuições ao meu crescimento profissional, aos professores Adriana Cavalcante de Aguiar e Ricardo de Mattos Russo Rafael.

Pela iniciativa e realização do curso de especialização e do mestrado profissional, aos professores Adriana Cavalcante de Aguiar e Roberto José Ávila Cavalcanti Bezerra "Bob" e, por todo apoio recebido na execução do curso, à Juliana Portugal Garcia Mendes da Silva.

Pelo apoio constante e estímulo nos momentos de ansiedade, medo e incertezas, às minhas colegas Ana Cláudia, Suzana, Denise e Cinthya.

Gratidão!

Não somos o que sabemos. Somos o que
estamos dispostos a aprender.

Paulo Campos

RESUMO

MOTTA, Elisangela Andrade Silva. *O desenho de competências para o enfermeiro: promovendo a integração do ensino da graduação em Enfermagem às necessidades do serviço com base no olhar dos supervisores de Enfermagem de Unidades Clínicas em um hospital público do Distrito Federal*. 2017. 170 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Educação em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Introdução e objetivos: Este trabalho investiga quais competências – habilidades, conhecimentos e atitudes – os egressos de Enfermagem devem ter para atuar em ambiente hospitalar, na visão de supervisores de Enfermagem de um serviço de internação em um hospital público do Distrito Federal. O referencial teórico percorreu a conceituação da competência, seus elementos principais e adicionais e a sua relação com o mundo do trabalho. A conceituação do termo trabalho aborda o materialismo histórico e dialético de Karl Marx, com a análise acerca da *práxis* da Enfermagem e seu processo de trabalho. **Material e métodos:** O estudo foi desenvolvido como uma pesquisa exploratória, na abordagem qualitativa, utilizando-se do Marxismo e da Dialética como referenciais teóricos. Considerando essa trajetória teórico-metodológica, os dados foram trabalhados em três etapas: uma fase exploratória, utilizando técnicas de análise documental, trabalho de campo, através de entrevista semiestruturada, finalizando com a análise e tratamento do material empírico e dos documentos. **Resultados:** Foram adotadas as categorias de análise: áreas da formação em que o enfermeiro é qualificado para atuar; áreas de atuação do enfermeiro após a formação; conceito de competência; competências que o enfermeiro deve desenvolver; conceito de habilidade; habilidades que o enfermeiro deve desenvolver; conceito de conhecimento; conhecimentos que o enfermeiro deve desenvolver; conceito de atitude e quais atitudes que o enfermeiro deve desenvolver. **Considerações finais:** A análise desses dados demonstrou que o conceito de competência, predominantemente, foi relacionado à *prática profissional*, relacionado a um cargo, a uma atribuição, ao conhecimento e à atitude e que é dependente da situação, fator mobilizador e determinante para uma resposta. Esta dissertação também apresenta algumas reflexões sobre a necessidade de aproximação da academia, de forma integrada, em parceria com o serviço de saúde para discutir e integrar as práticas de ensino às reais necessidades das unidades de internações e seus trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: Competência profissional. Serviço hospitalar de Enfermagem. Fluxo de trabalho. Educação em Enfermagem. Educação baseada em competências.

ABSTRACT

MOTTA, E. A. S. *The design of competencies for nurses: promoting the integration of nursing undergraduate teaching with the needs of service from the perspective of Clinical Units' Nursing supervisors in a public hospital of the Federal District.* 2017. 170 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Educação em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Introduction and objectives: This research analyzes what competencies – knowledge, skills and attitudes – nursing graduates must have to work in a hospital environment, considering the view of nursing supervisors of a hospitalization service in a public hospital of the Federal District. The theoretical path goes through the conceptualization of competence, its main and additional elements and its relation to the work world. The conceptualization of the term “work” approaches Karl Marx’s historical and dialectical materialism, also analyzing the praxis of nursing and its work process. **Material and methods:** The study was developed as an exploratory research, in the qualitative approach, using Marxism and Dialectics as theoretical references. Considering this theoretical-methodological trajectory, the data were worked in three stages: first, an exploratory phase, using techniques of documentary analysis; secondly, the field work, through semi-structured interview; and, lastly, the analysis and treatment of the empirical material and documents. **Results:** The following categories of analysis were adopted: areas of training in which the nurse is qualified to act; nursing practice areas after training; concept of competence; competencies that nurses must develop; concept of skill; skills that the nurse must develop; concept of knowledge; knowledge that the nurse must develop; concept of attitude and what attitudes the nurse must develop. **Final considerations:** The data analysis showed that the concept of competence was predominantly related to *professional practice*, related to a job, an assignment, knowledge and attitude, depending on the situation, which is the mobilizing and determining factor for an answer. This dissertation also presents some reflections on the need for a closer approximation of the academia, in an integrated way, in partnership with healthcare services, to discuss and integrate the teaching practices with the real needs of the hospitalization units and their healthcare professionals.

Keywords: Professional competence. Hospital Nursing service. Workflow. Education in Nursing. Competency-based education.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 -	As três dimensões da Competência.....	33
Figura 2 -	Grandes áreas na visão dos participantes da pesquisa.....	90
Figura 3 -	Conceito de competência segundo os participantes.....	99

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 -	Resumo cronológico do termo competências, por países - Fragelli (2012).....	28
Quadro 2 -	Síntese das abordagens das competências, por país - Fragelli (2012).....	30
Quadro 3 -	Quadro resumo do CHA - Conhecimento, habilidade e atitude organizacional - Gramigna (2007) e Ruas (2003).....	35
Quadro 4 -	Os processos de trabalho na Enfermagem	70
Quadro 5 -	Competências para o enfermeiro.....	104
Quadro 6 -	Habilidades para o enfermeiro.....	111
Quadro 7 -	Conhecimentos necessários para o enfermeiro.....	117
Quadro 8 -	Atitudes para o enfermeiro.....	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Citações que evidenciam as áreas de atuação do enfermeiro...	93
Tabela 2 -	Principais competências que o enfermeiro deve desenvolver....	100

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	PERCURSO TEMÁTICO	20
1.1	Sobre a nossa escola	22
2	REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1	Competências	26
2.1.1	<u>Conceito de competência</u>	27
2.1.1.1	Polissêmico	27
2.1.1.2	Polimorfo.....	28
2.1.1.3	Controvérsia e plasticidade.....	30
2.1.2	<u>Componentes, dimensões, saberes e elementos da competência individual e profissional</u>	33
2.1.2.1	Outros elementos do elenco das competências.....	36
2.1.2.2	Uso das competências no mundo do trabalho/ organizações.....	40
2.2	Trabalho: da definição a práxis	42
2.2.1	<u>Visão de Karl Marx sobre o trabalho</u>	43
2.2.2	<u>O trabalho na saúde</u>	48
2.2.3	<u>Práxis: atributo profissional para o cuidado na saúde</u>	49
2.3	Enfermagem: pela práxis para as competências	51
2.3.1	<u>Arcabouço conceitual para análise da profissão</u>	52
2.3.2	<u>Cuidar: a essência da Enfermagem</u>	55
2.3.3	<u>A Enfermagem enquanto área do conhecimento</u>	58
2.3.4	<u>Trabalho na Enfermagem hospitalar: sua Práxis!</u>	61
2.3.5	<u>O trabalhador da Enfermagem</u>	65
2.3.6	<u>Processo de trabalho na Enfermagem: seu diálogo com as competências</u>	69
3	OBJETIVOS	74
3.1	Objetivo geral	74
3.2	Objetivo específico	74
4	MATERIAL E MÉTODOS	74
4.1	Desenho	74

4.2	Local do estudo.....	75
4.3	População do estudo.....	78
4.4	Crêterios de Inclusão.....;	78
4.5	Técnica de coleta e análise de dados.....	79
5	CONSIDERA�OES �TICAS.....	81
5.1	Riscos.....	81
5.2	Benefícios.....	81
6	ANÁLISE E APRESENTA�O DOS DADOS.....	83
6.1	Análise documental.....	83
6.2	Apresenta�o e análise das entrevistas.....	85
6.3	áreas da forma�o em que o enfermeiro � qualificado para atuar.....	89
6.4	áreas de atua�o do enfermeiro após a gradua�o.....	91
6.5	Conceito de competência.....	96
6.6	Competências que o enfermeiro deve desenvolver para atuar em unidades clínicas hospitalares.....	100
6.7	Conceito de habilidade.....	105
6.8	Habilidades que o enfermeiro deve desenvolver para atuar em unidades clínicas hospitalares.....	107
6.9	Conceito de conhecimento.....	111
6.10	Conhecimentos que o enfermeiro deve ter para atuar em unidades clínicas hospitalares.....	113
6.11	Conceito de atitude.....	120
6.12	Atitudes que o enfermeiro deve desenvolver para atuar em unidades clínicas hospitalares.....	122
6.13	Desafios elencados pelos entrevistados.....	125
	CONSIDERA�OES FINAIS.....	131
	REFERÊNCIAS.....	135
	APÊNDICE A – Roteiro para Análise Documental.....	152
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE – Entrevistas.....	153
	APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista de coleta de dados para avalia�o das competências necessárias ao enfermeiro para atuar	

em Unidades clínicas - Adaptado de BRANDÃO (2012).....	155
APÊNDICE D – Termo de concordância.....	157
ANEXO A – Portaria conjunta SGA/SES sobre as atribuições da especialidade do cargo de carreira: Assistência Pública à Saúde do Distrito Federal, Enfermeiro (página 21 do DODF, 08/07/2006).....	158
ANEXO B – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.....	162

INTRODUÇÃO

O mundo moderno modificou as relações, os processos e as pessoas, em especial os sistemas de formação. Ela se deu com a transição do modelo industrial para o da informação, responsável pela velocidade e pela proporção das transformações sociais, políticas, econômicas e culturais na sociedade atual. Tal movimento promoveu a integração do mundo pela informatização, pela racionalização e pela globalização, sendo reconhecida como a sociedade do conhecimento (COLOSSI et al., 2001; PORTO; RÉGNIER, 2003; PETRINI, 2005).

As alterações afetaram profundamente o trabalho em um movimento de reestruturação, gerando diferentes cenários do mercado de trabalho. Aos profissionais, para atuarem nesse Mercado, são demandadas características peculiares para se inserir e permanecer em produção (SOUZA et al., 2011).

Na saúde, considerada uma área complexa e dinâmica, efervescem as modificações nos processos de trabalho que influenciaram diversas profissões, incluindo a Enfermagem, sob fortes imposições econômicas, políticas, sociais, ideológicas e científico-culturais (BRASIL, 2003).

Esse movimento estimulou mudança na formação dos profissionais de saúde afetando-a com as imposições essencialmente mercadológicas. Surgem as novas tecnologias, estimulando, consolidando a aprendizagem e favorecendo a incorporação de um cotidiano desafiador para educadores e exigindo um currículo adequado às necessidades desse novo Mercado (SANTOS, 2009).

A história da Enfermagem registra seu processo de mudança reforçando o contexto anterior. Segundo Teixeira (2006), em 1890 se buscou a organização e a estruturação do ensino da Enfermagem no Brasil, embora somente na década de 1930, por razão da necessidade de uma força de trabalho coerente com a realidade da época, se deu o estímulo para a criação da Enfermagem moderna.

Essas mudanças são difíceis e demandam força e resiliência por parte da categoria. Em 1949, o ensino era hospitalocêntrico e clínico, com o advento da reforma universitária, foi modificado para um currículo biologicista, individualista e ainda hospitalocêntrico. Somente na década de 1980, após a VIII Conferência de Saúde, o advento da Constituição de 1988 e um longo debate proposto pela ABEn, que ocorreu a introdução das competências na graduação em Enfermagem

(TEIXEIRA, 2006).

Debatido desde 1997, o currículo mínimo¹ para a Enfermagem foi publicado pela Resolução 3/2001 e visa contribuir, oferecendo-se como uma alternativa para a formação, pois busca uma nova identidade profissional e um estímulo à formação de projetos políticos de profissão, que são fatores inovadores nesse contexto (CNE, 2001).

Uma pergunta nos mobiliza: as DCN baseadas no conceito de competência precisam dar conta de todas as necessidades de formação do egresso dos cursos de graduação em Enfermagem?

Considerada um avanço para a Enfermagem, as diretrizes curriculares primam por uma formação crítica, reflexiva, proativa nas adversidades e que evite comportamentos de fuga, com um olhar mais geral e fundamentado na competência laboral (BRASIL, 1996; CNE, 2001; ZARIFIAN, 2003).

As organizações de saúde almejam oferecer um atendimento integral e de qualidade aos seus usuários. Para tanto, ensejam que seu trabalhador utilize conhecimentos, habilidades e atitudes e aja com competência. Considera-se conhecimentos o *saber*, da formação e contínuo, as *habilidades*, como saber fazer para resolver problemas e inovar, e finalmente a *atitude*, como o querer fazer na busca dos resultados esperados (BORBA et al., 2011; BELFORT, SANTOS; TADEUCCI, 2012; OLIVEIRA, COSTA e SILVA; ASSAD, 2015).

As competências, segundo Júnior et al. (2006), podem agregar o saber ao *saber fazer*, *saber ser*, tendo em vista as ações desenvolvidas por meio da reflexão das demandas organizacionais e dos trabalhadores da Enfermagem, diante da realidade mutável que é o ambiente do trabalho em saúde. Assim, a formação por competência pode vir a ser vislumbrada como uma alternativa quando permita uma atuação em conformidade às necessidades sociais e do trabalho (FRACOLLI; CASTRO, 2013).

Se considerarmos que as competências podem constituir-se de instrumento

¹Entendemos o currículo mínimo como descrito por Christóforo (1991, p. 7): “*mínimo de conteúdos e duração de um curso*”. Na enfermagem essa autora reforça que a proposta foi formulada coletivamente e nacionalmente, o que consideramos um duplo avanço no sentido de avanço de qualidade do que se era exigido como mínimo para a formação do egresso da graduação em enfermagem e também no sentido de ser uma proposta participativa, promovida e estimulada pelo amplo diálogo, considerando as dimensões do nosso País e a importância de dar voz aos profissionais da enfermagem quanto às suas necessidades de mudança para uma proposta que estimula melhorias na formação e que conseqüentemente pudesse impactar na qualidade da assistência prestada ao usuário.

de orientação para a formação do ensino da graduação em Enfermagem, surge como questionamento: que competências gerais o enfermeiro deve ter para trabalhar no ambiente hospitalar?

Considera-se que para a formação do trabalhador da Enfermagem características peculiares como o trabalho em equipe, a composição mista dos membros (trabalhadores com formações, processos de trabalho e ambientes díspares) e a gestão compartilhada são aspectos importantes, pois as relações estabelecidas nesse processo devem servir como um movimento interno motivador e mobilizador para as atividades cotidianas por meio das competências e seus elementos.

Dessa forma, o desafio é o desenvolvimento dos estudantes, trabalhadores nos cenários e no ensino para que se qualifiquem nas áreas de gestão, da assistência, do ensino, todas fundamentadas na pesquisa, tendo esse olhar para o rico universo de saberes e seres que envolvem o ambiente da saúde (RIBEIRO; COSTA, 2017). Sobre a organização desse processo Weirich et al. (2009) traz uma reflexão:

A gerência, portanto, deve ser entendida como atribuição dos dirigentes, trabalhadores e usuários, na perspectiva de construção de um projeto que atenda às necessidades da população e que esteja voltado para a integralidade num processo cotidiano como proposta de mudança (p. 250).

Em especial no ambiente hospitalar, Assad e Viana (2003) entendem que a formação do enfermeiro, que exercerá suas funções neste cenário, relaciona-se à sua experiência assistencial. Esses autores reforçam a importância da função teórica, da reflexão e das ações que privilegiam a oferta da qualidade nos processos de trabalho e impactam na formação do egresso que estará atuando nesse ambiente, por meio do estímulo para a manutenção do equilíbrio entre a teoria e a prática, além do trabalho em equipe.

Por isso, evidenciar os saberes do profissional enfermeiro nos cenários de prática constituem-se ferramentas que podem ser fortalezas no processo ensino-aprendizagem e estímulos à busca de práticas integradoras de ensino-serviço para a construção de novas soluções para os problemas do cotidiano.

Assim, consideramos o enfermeiro como o profissional que trabalha com a assistência, a gestão e o ensino, todos ancorados na valorização dos saberes.

Nesse sentido, ele organiza, prevê, assiste e supervisiona para atender as demandas de usuários, do serviço e da equipe e dos parceiros de trabalho, construindo e reconstruindo conhecimentos, habilidades e atitudes diariamente, tendo em vista os desafios da profissão e do mundo do trabalho.

Esta dissertação busca como objetivo geral definir quais competências – habilidades, conhecimentos e atitudes – os egressos de Enfermagem devem desenvolver para atuar em ambiente hospitalar na visão dos supervisores de Enfermagem dos serviços de internação de um hospital público do Distrito Federal. Tem como objetivo específico, por sua vez, identificar o que os supervisores de Enfermagem entendem por competência.

Seu referencial teórico foi estruturado em três capítulos: o primeiro trata das *competências*: conceito, estrutura e sua ação no mundo do trabalho. O segundo versa sobre o *trabalho*: da concepção no mundo do trabalho até a práxis e, por fim, aborda-se sobre a *Enfermagem*, onde se reflete sobre a práxis e sua interlocução com as competências. Depois possui um capítulo sobre a metodologia desenvolvida com foco nos objetivos da pesquisa e, por fim, um capítulo com a análise e apresentação dos resultados, finalizado por algumas considerações a respeito do caminho percorrido.

1 PERCURSO TEMÁTICO

O interesse pelo estudo das competências necessárias ao enfermeiro atuante nas clínicas dos serviços de saúde pública do DF é anterior à proposta de trabalho elaborada em 2015 e, concomitante, à minha atuação na Enfermagem.

O estímulo à inclusão das competências ocorreu em três momentos da carreira. Como preceptora e supervisora de área na Residência de Enfermagem, como docente de Enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS) e na especialização. Com o mestrado veio o incentivo à pesquisa científica e a possibilidade de realização do projeto.

Ainda em 2005, um grupo de colegas enfermeiros iniciou uma discussão com o objetivo de melhorar os serviços de Enfermagem por meio da inovação nos processos de trabalho. Acreditávamos que a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos processos de trabalho das clínicas do Hospital, a partir de uma pequena intervenção oriunda da residência de Enfermagem, seria suficiente para provocar, paulatinamente, tanto a mudança na realidade dos trabalhadores, quanto uma sensível melhoria na qualidade do atendimento prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual estávamos inseridos.

O projeto resultante dessa hipótese foi aprovado no mesmo ano, e a residência do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) foi implantada em 03 grandes áreas: Unidade de Clínicas médicas, Unidade de Clínicas cirúrgicas e UTI.

Enquanto outros quatro profissionais de Enfermagem do grupo atuavam diretamente na implantação, me dediquei ao suporte técnico, até receber a missão de atuar como preceptora e supervisora nas clínicas e perceber que a realidade exigiria iniciativas mais complexas e abrangentes.

Passados seis anos e duas novas áreas – Pronto Socorro e Ginecologia – era evidente que os nossos residentes não conseguiam implantar plenamente nem o Processo de Enfermagem, nem a SAE.

Ainda sem dominar a natureza das dificuldades, retornei aos estudos acadêmicos para ajustar as hipóteses originais, cuja fragilidade teórico-metodológica, aparentemente, contrastava com uma habilidade prática bem acurada.

Outro equívoco surgiu: acreditar que há uma superioridade da academia sobre a práxis.

Retornei à Escola, não mais como discente e sim docente, uma vez que fiz concurso interno na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e entrei como docente em 2010.

Na ESCS, uma escola pública que utiliza metodologia problematizadora (Aprendizagem Baseada em Problema), os questionamentos foram na ordem de reflexão das questões acerca da *gestão* e, principalmente, sobre *como* apoiar a gestão nos seus *processos de trabalhos*.

Nessa Escola, temos a grata alegria de cumprirmos metade da nossa carga horária no serviço (no meu caso, no Núcleo de Educação Permanente em Saúde, unidade de apoio à gestão do ensino e do serviço na Região de Saúde Sudoeste) e a outra metade com os estudantes.

Assim, além de me envolver mais no espaço da educação e da pesquisa, percebi que não há supremacia da academia sobre o serviço, que eles devem trabalhar juntos como pares, pois o que se espera é a formação de profissionais qualificados e competentes para atuar segundo a realidade do serviço em função de terem sido formados em uma perspectiva de, como diria Antoni Zabala e Laia Arnau (2010), formação integral, a qual “consiste no desenvolvimento de todas as capacidades da pessoa nos âmbitos pessoal, social e profissional.” (p. 19).

Segundo erro: acreditar que a academia sozinha poderia levar ao sucesso uma mudança no processo de trabalho apenas com sua atuação no campo do serviço.

Essa inquietação transformou-se em questão de pesquisa. Assim, em 2015, por meio da Especialização em Ensino na Saúde promovida pelo Instituto de Medicina Social UERJ, sob orientação da professora doutora Luciana Maria Borges da Matta Souza, essas questões foram sistematizadas, um projeto de pesquisa foi desenhado e se transformou nesta dissertação de mestrado.

1.1 Sobre nossa escola

A ESCS – Escola Superior de Ciências da Saúde – é uma Instituição jovem de educação superior, criada pelo Decreto Nº 22.074, de 11 de abril de 2001, financiada pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – Fepecs – e, por sua vez, mantida pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF –, tendo suas atividades realizadas em Brasília e atualmente oferecendo dois cursos de graduação: o de Medicina e de Enfermagem.

O campus do curso de Medicina é localizado na Asa Norte (região central de Brasília) e o da Enfermagem na cidade satélite de Samambaia. Os cursos oferecem cada um 80 vagas anuais para ingresso, por meio de processo seletivo, realizado pelo Sistema de Seleção Unificada (Sisu) para candidatos participantes do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem). Os estudantes do segundo e terceiro semestre da Enfermagem de outras instituições também podem ingressar nessa pela opção de ingresso por transferência facultativa, feita por processo seletivo.

Detalharemos as metodologias utilizadas pelo curso de graduação em Enfermagem, que é o foco desta dissertação.

A Escola faz uso de metodologias ativas de ensino e em pequenos grupos. São a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Problemática, ambas as tecnologias ancoradas no currículo integrado e no construtivismo.

A ABP se fundamenta nos sete passos, conforme descreve Berbel:

1. Leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos;
2. Identificação dos problemas propostos pelo enunciado;
3. Formulação de hipóteses explicativas para os problemas identificados no passo anterior (os alunos se utilizam nesta fase dos conhecimentos de que dispõem sobre o assunto);
4. Resumo das hipóteses;
5. Formulação dos objetivos de aprendizado (trata-se da identificação do que o aluno deverá estudar para aprofundar os conhecimentos incompletos formulados nas hipóteses explicativas);
6. Estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizado;
7. Retorno ao grupo tutorial para discussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo anterior (BERBEL, 1998, p. 147).

O ensino cognitivo é promovido no formato de Dinâmica Tutorial, de forma planejada em módulos temáticos de aprendizagem, em ambientes protegidos de aprendizagem, para discussão teórica que privilegia o cognitivo por meio de estímulos, como o raciocínio e a busca por inovações, geralmente baseadas na

realidade local regional, em geral da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), e no cenário nacional (Sistema Único de Saúde - SUS). Esse processo é feito em salas de aulas com um número de estudantes que varia de 9 a 12, em média.

Os módulos escritos são preparados previamente pelos docentes responsáveis por cada módulo e entregues todo início de módulos temático aos estudantes. Neles estão contidos normalmente:

- Uma árvore temática ou mapa conceitual do módulo, para que o estudante visualize o caminho que ele terá que realizar;
- Os objetivos de aprendizagem, por meio do qual ele saberá o que é esperado dele.
- Os problemas de aprendizagem, feitos previamente segundo o mapa e objetivos de aprendizagem que se quer alcançar, sendo que semanalmente ele se dedicará à busca dos saberes necessários para obter os patamares de aprendizagem sugeridos; e
- Finalmente as principais referências utilizadas na confecção do módulo.

Os módulos são construídos em espiral, ou seja, os conteúdos aumentam o grau de dificuldade, mas sempre retomam assuntos vistos anteriormente, como uma forma de gerar melhor compreensão dos temas e de oportunizar espaços de retirada de dúvidas, realização de esclarecimentos e busca de novos conceitos ancorados em conhecimentos anteriores.

O instrumento de avaliação de desempenho dos estudantes nos Módulos Temáticos é o Exercício de Avaliação Cognitiva (EAC), que é, em geral, composto por casos baseados na realidade e questões abertas que façam conexão com a realidade estudada e os objetivos do módulo, o que deve ser respondido sem consulta, sendo integralmente satisfatório (BRASÍLIA, 2017).

Após o *feedback* (avaliação do tutor ao estudante, realizada sob critérios mínimos previamente pactuados com o Núcleo de avaliação da Escola, sobre a avaliação do estudante), caso o Exercício seja considerado parcialmente ou totalmente insatisfatório, será realizada a primeira (R1) e segunda Reavaliação (R2) (BRASÍLIA, 2017a).

Quanto às atividades realizadas nos cenários, exerce-se a problematização, metodologia que é o Método do Arco de Charles Maguerez, com as adaptações de Bordenave e Pereira, descrita por Berbel como 5 etapas que ocorrem nos cenários

de aprendizagem (ambientes de ensino aprendizagem da SES-DF): “Observação da Realidade; Pontos-chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática)” (BERBEL, 1998, p. 141-142).

Essa metodologia é construtivista, associada ao movimento da Escola Nova, possui uma concepção dialética, privilegiando e buscando a práxis para uma perspectiva crítica e inovadora da realidade, também uma pedagogia libertadora na concepção de Paulo Freire e ainda uma metodologia que estimula a pesquisa e fortalece os pressupostos da Enfermagem e do agir, ancorados em princípios de valorização da busca dos saberes (FRANÇA et al., 2016).

A avaliação é critério-referenciada. Na avaliação são identificadas fragilidades e fortalezas dos estudantes e essas são trabalhadas ao longo das atividades pedagógicas curriculares. Ao longo do Curso são realizadas avaliações formativas que desencadeiam as avaliações formativas as quais buscam o acompanhamento dos estudantes, identificações de lacunas de aprendizagem e estímulo à busca de conhecimentos, com avaliações críticas e reflexivas que permitem a participação do estudante no próprio processo de ensino aprendido e do docente na implementação de iniciativas inovadoras para além do processo avaliativo punitivo. Busca-se o crescimento contínuo da díade (estudante e docente) para benefício maior do usuário e da qualificação do processo de cuidar (FRANÇA et al., 2016).

As atividades práticas são realizadas nos três primeiros anos pelo eixo Habilidades Práticas da Enfermagem, que ocorre simultaneamente com a Dinâmica Tutorial, e pelo eixo Práticas Complementares da Enfermagem, que ocorre no final de cada ano, após finalização das Dinâmicas tutoriais. Isso constitui momentos de aprofundamentos em práticas de assistência, gestão e educação em serviço, sempre ancoradas na valorização dos saberes e na prática do cotidiano para crescimento e desenvolvimento do futuro profissional enfermeiro.

O Estágio curricular (Internato) tem duração de um ano e é a imersão total nos cenários de aprendizagem da SES-DF. É uma oportunidade de mergulho no rico campo de ensino-aprendizagem que por meio da integração ensino-serviço pode servir de espaços privilegiados de reflexão para os problemas do cotidiano e busca de soluções inovadoras, compartilhadas e passíveis de serem implementadas nos cenários. Converte-se, pois, em crescimento e exercício da práxis por parte de discentes, docentes, gestores e servidores desses cenários.

Em função justamente dessa busca de melhoria e qualificação é que surge este trabalho de dissertação, pela necessidade de compreender melhor as competências como instrumento de organização e de mobilização para formação de profissionais críticos, reflexivos, contextualizados a respeito das necessidades da sociedade e do mundo do trabalho e principalmente de docentes cômnicos de suas responsabilidades, potencialidades e fragilidades com essa formação diferenciada e desafiadora.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Competências

As transformações provocadas pelas inovações tecnológicas estimularam a mudança dos modelos de formação fundamentados nas competências profissionais. Essas favorecem os rearranjos organizativos para lidar com as necessidades de um mercado instável, flexível e com novas necessidades (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

A educação, enquanto formadora de trabalhadores, não conseguiu se manter alheia a esse processo. Os estudantes e o próprio trabalhador, mobilizados pelas alterações nos modos de vida, na diversidade da aprendizagem e com a potencialidade do acesso às tecnologias, ou seja, da aproximação de uma gama cada dia maior de informações, tiveram que se adaptar às novas necessidades organizacionais (BEHAR; SILVA, 2012).

Segundo Brandão (2012), a formação por competência instiga o trabalhador, quando abre seu universo cognitivo para um universo mutável; quando estimula e fortalece suas habilidades e, finalmente, quando valoriza suas atitudes para que seu desempenho seja afetado positivamente, influenciando de forma palpável as organizações, o mercado de trabalho e, por consequência, as instituições formadoras.

Já Souza (2015) acredita que as competências se apresentam como uma forma de adaptabilidade dos trabalhadores e das organizações às necessidades exigidas pelo mundo do trabalho e para a garantia da sobrevivência nesse cenário.

Corroborando essa ideia, mas buscando uma reflexão direcionada para a área da educação, Zabala e Arnau (2010) tratam a *competência* como uma forma alternativa aos modelos formativos que, no mundo atual, não respondem às demandas das necessidades laborais e aos problemas cotidianos, seja no mundo do trabalho ou do ensino.

Entendemos que a formação do profissional da atualidade essencialmente não tem como acontecer de forma desconectada das mudanças do mundo do trabalho e das necessidades dos cenários de prática, estimulados também por novos perfis de usuários internos e externos dos serviços de saúde.

Já Fleury e Fleury (2001), diferentemente, apresentam o conceito de competência relacionado ao senso comum e em seu sentido negativo:

Competência é uma palavra do senso comum, utilizada para designar uma pessoa apta a realizar algo. Seu antônimo não implica somente a negação desta capacidade, mas guarda sentido pejorativo, depreciativo. Chega mesmo a sinalizar que a pessoa se encontra ou se encontrará brevemente marginalizada dos circuitos de trabalho e de reconhecimento social (FLEURY; FLEURY, 2001, p.184).

Dessa forma, destacamos que o uso das competências pode potencializar não apenas o estímulo cognitivo do egresso dos cursos de graduação, mas também as habilidades e atitudes que fundamentalmente são importantes para o novo perfil esperado do trabalhador da saúde. Para se aproximar mais do conceito de competência, a seguir o detalharemos.

2.1.1 Conceito de competência²

2.1.1.1 Polissêmico

Houaiss (2001) apresenta o termo competência como originário do latim *competentia*, no sentido de proporcionalidade e concordância, enquanto o dicionário eletrônico Origem da Palavra apresenta-a como um termo derivado do latim, mas formado da junção do com - junto - e *petere* - disputar, procurar, inquirir.

O dicionário Oxford (2013) ainda contribui com duas definições traduzidas do inglês: *competence* e *responsibility*, respectivamente, aptidão e responsabilidade.

Como pode assumir vários significados, por vezes, numa mesma área do trabalho (BRANDÃO, 2007), sua compreensão depende de qual descritor se utiliza, da sua origem, do país a qual se relaciona e, finalmente, da área do conhecimento em questão: educação, direito, administração, entre outras (PERES, 2005).

²Esta noção de competência foi construída em grande parte por meio do artigo de Peres (2005), que segundo a autora “procura levantar as raízes históricas do uso da noção de competência(s), sua aplicação nos dias de hoje [...]” (Id. Ibid, p. 57)

2.1.1.2 Polimorfo

Diferentes correntes históricas caracterizam o termo como polimorfo e, dessa forma, se faz necessário um exame profundo para desenvolver o entendimento conceitual e a clareza de que se trata de um termo em constante variação (ANDRADE, 2015).

Souza (2015) discorre que o gatilho, no caso das competências, ocorreu na década de 70, com a publicação do artigo “*Testing for Competence rather than Intelligence*”, estimulando o debate entre psicólogos, administradores, além de profissionais, nos Estados Unidos.

Abaixo, temos um Quadro 1 que foi adaptado de Fragelli (2013), com um recorte histórico sobre o termo competência nos diferentes países, seus fundamentos, principais nomes dos estudiosos sobre o assunto e o período em que iniciaram seus estudos.

Quadro 1 - Resumo cronológico do termo competências, por países

(continua)

	Estados Unidos	Inglaterra	França	Austrália
Descritores	<i>Competency competencies</i>	<i>Competence Competences</i>	Compétence	Competence
Fundamento	Psicologia comportamental	Iniciativa governamental devido ao contexto de pobre desempenho da economia, aumento do desemprego e um déficit de habilidades.	A competência se baseia na interação das bases teóricas (derivado de ensino) com as experiências (pessoal e profissional).	Modelo dinâmico, com diferentes significados e interpretações e em constante mutação. Abordagem não-reducionista, com estruturas humanistas, holística (atributos profissionais e o contexto do trabalho) e integrada.

Quadro 1 - Resumo cronológico do termo competências, por países

(conclusão)

	Estados Unidos	Inglaterra	França	Austrália
Descritores	<i>Competency competencies</i>	<i>Competence Competences</i>	Compétence	Competence
Principais nomes	John Flanagan, Robert White, David McClelland, Patricia McLagan, Richard Boyatzis, Lyle Spencer e Signe Spencer, C.K Prahalad e Gary Hamel e David Ulrich.	Manpower Services Commission; Industry Lead Bodies; NVQ/VQ (National Vocational Qualifications); National Council for Vocational Qualifications (NCVQ); Management Charter Initiative (MCI), Quality Assurance Agency e Quality and Curriculum Authority (QCA)	Estado (Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois); Setores empresariais: Gestion Prévisionnelle des Emplois et de Compétences; Mouvement des Entreprises de France Bertrand Schwartz, Maurice Montmollin e Philippe Zarifian	Technology University of Sydney; Representantes: Professor Andrew Gonczi (competência e educação) Jörgen Sandberg (abordagem fenomenológica)
Primeiros trabalhos	1954 – John Flanagan e (Sucesso e fracasso)	1980 – iniciativa governamental – investigações - Treinamentos baseados em padrões de competências - Atender ao interesse econômico.	1985 – formação por competência pelas empresas – trabalho como local de aprendizado.	1990 – construção de competências de maneira mais ampla.

Fonte: ADAPTADO DE FRAGELLI, 2013, p.44-50.

Fragelli (2013) também reflete que conhecimento da origem da abordagem facilita a compreensão do conceito, relacionando-o ao contexto, ao país e aos autores que a abordam. Abaixo, trazemos o Quadro 2, com as principais abordagens relacionadas à competência, seu referencial teórico, seu escopo, suas características e o país de origem.

Quadro 2 - Síntese das abordagens das competências, por país

	Estados Unidos	Inglaterra	França	Austrália
Descritores	<i>Competency competencies</i>	<i>Competence Competences</i>	Compétence	Competence
Referencial teórico	Behaviorismo Psicologia comportamental	Funcionalismo O desenvolvimento de um padrão de qualidade que pode orientar os processos de formação e de avaliação profissional.	Educação Ergonomia Sociologia do trabalho. O princípio do desenvolvimento de competências se baseia na interação da <i>teoria</i> (derivado de ensino) com <i>experiência</i> (pessoal e profissional).	Fenomenologia Educação
Escopo	Características do indivíduo <i>Inputs</i>	Características da tarefa <i>output</i>	Saberes em ação, saber utilizar o conhecimento para resolver um problema	Relação entre atributos pessoais e os requisitos do trabalho dentro de uma determinada situação.
Principais características	Comportamental Orientada ao trabalhador	Genérica Padrões Funcional Orientada ao trabalho	Multidimensional Situacional Multimétodo.	Holística Integradora

Fonte: FRAGELLI, 2013, p. 50.

Entre as abordagens, duas se destacam e são frequentemente citadas, pois normalmente se apresentam de forma diferenciada: a concepção americana, de abordagem comportamentalista, dessa forma, diretamente relacionada ao indivíduo, e a concepção francesa, cuja matriz é construtivista e focada no mundo laboral (DURAND, 2000; ZARIFIAN, 2003; BRANDÃO, 2007; DIAS, 2010; FRAGELLI; SHIMIZU, 2012).

2.1.1.3 Controvérsia e plasticidade

A competência é ainda, segundo Peres (2005, p. 57), um termo "*plástico*" – ou seja, descrito como flexível, devido principalmente ao potencial de mutação associado ao seu conceito.

Antoni Zabala e Laia Arnau (2010, p.17) argumentam que o termo competência “*surge como uma resposta às limitações do ensino tradicional*”, normalmente exercido no formato de transmissão de conhecimento e busca do crescimento cognitivo. Tal ensino não responde mais às necessidades da atual sociedade, que pressiona por mudanças, assim o sistema de formação, em mudança, busca o conhecimento aliado a um propósito maior, que é estar a serviço da própria sociedade, vendo nas competências uma solução.

Aguiar e Ribeiro (2010), no artigo “Conceito e Avaliação de Habilidades e Competências na Educação Médica: Percepções Atuais dos Especialistas” discute a visão ainda do senso comum que normalmente aborda dois sentidos:

[...] (i) a legitimidade de uma pessoa ou instância para julgar ou decidir sobre um fato (por exemplo, ao mencionar a competência do âmbito municipal no contexto da descentralização das ações de saúde) e (ii) as capacidades reconhecidas de um sujeito, numa dada matéria, e vinculadas à sua expertise e conhecimentos. (HILLAU, 1994 apud AGUIAR; RIBEIRO, 2010, p. 373).

Zarifian (2008) traz a primeira quando propõe como definição de competência aquela declaradamente voltada ao mundo do trabalho, quando cita: “é “o tomar iniciativa”, e “o assumir responsabilidade” do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara” (p.68) e também com outro conceito que aborda a dinâmica de aprendizagem “A competência é um entendimento prático de situações que se apoiam em conhecimentos adquiridos e os transformam na medida em que aumenta a diversidade das situações” (p. 72), assim trazendo a visão dinâmica e a necessidade de se enxergar as competências no mundo do trabalho, cada vez mais complexo e inconstante.

A segunda é vista por Philippe Perrenoud (1999, p. 7), na introdução do livro “Construir as competências desde a escola”, que define competência como uma “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. Ou seja, via de regra, compor uma ação em sinergia com os vários recursos cognitivos disponíveis, entre os quais, os conhecimentos.

A competência então pode ser reconhecida como complexa, ambígua, multifacetada (BRANDÃO, 2007; BRANDÃO, 2009), porém, no ambiente laboral resulta da interação social entre o homem e o contexto.

Dias (2010) a sintetiza como:

[...] uma combinação de conhecimentos, motivações, valores e ética, atitudes, emoções, bem como outros componentes de caráter social e comportamental que, em conjunto, podem ser mobilizados para gerar uma ação eficaz num determinado contexto particular. Permite gerir situações complexas e instáveis que exigem recorrer ao distanciamento, à metacognição, à tomada de decisão, à resolução de problemas. Podemos, pois, afirmar que a competência se caracteriza por ser complexa, projetada no futuro (numa aposta nos poderes do tornar-se). Exerce-se em situação, é completa, consciente e transferível para outros contextos (DIAS, 2010, p.75).

Adotaremos como referencial conceitual em nosso trabalho a vertente que, segundo Brandão (2007), segue uma perspectiva integradora:

Nos últimos anos, uma terceira vertente tem se destacado, na medida em que adota uma perspectiva integradora, buscando definir a competência a partir da junção de concepções das referidas correntes. Esse posicionamento é defendido por Gonczi (1999), para quem a competência tem o caráter de associar atributos pessoais ao contexto em que são utilizados, isto é, ao ambiente e ao trabalho que a pessoa realiza. A competência é entendida, então, não só como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para exercer certa atividade, mas também como o desempenho da pessoa em determinado contexto, em termos de comportamentos adotados no trabalho e realizações decorrentes (CARBONE, BRANDÃO, LEITE, VILHENA, 2005, apud BRANDÃO, 2007, p. 150).

Ela traz a perspectiva "competências representam combinações sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes, expressas pelo desempenho profissional, dentro de determinado contexto organizacional" (DURAND, 2000; NISEMBAUM, 2000 apud BRUNO-FARIA; BRANDÃO, 2003, p.37).

Portanto, a entendemos como uma ação manifesta por habilidades, conhecimentos, atitudes e outros elementos constitutivos como iniciativa, desencadeada por meio de uma situação e um contexto e amparada em saberes pré-existentes. Destacamos a sua complexidade conceitual e ressaltamos suas dimensões, como partes de um todo. Entendemos que a sua manifestação depende de uma infinidade de fatores relacionados à situação laboral e à análise de um contexto organizacional a que se aplica.

Dessa forma, acreditamos que o currículo, por melhor que seja, não dará conta da infinidade de saberes e situações cada vez mais imprevisíveis e mutáveis a que estamos submetidos, faz-se necessário ao egresso compreender as

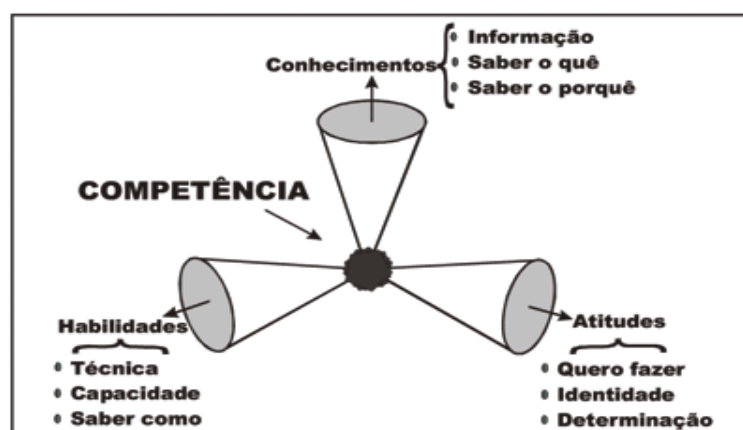
competências, privilegiando a busca dos saberes, e desenvolver seus elementos para o exercício em consonância às necessidades organizacionais atuais.

2.1.2 Componentes, dimensões, saberes e elementos da competência individual e profissional

Como foi citado anteriormente, as competências possuem elementos fundamentais que serão discutidos para evidenciar seu potencial de utilização no universo laboral. Autores como Le Boterf (1999); Fleury e Fleury (2001); Medeiros (2006); Gramigna (2007); Takahashi (2015); convergem quanto à tríade que compõe as competências: *conhecimento, habilidade e atitude*, embora sejam utilizados diversos termos para descrever o papel de cada item na tríade, a citar: dimensões, componentes, saberes, elementos, entre outros.

A tríade da competência é citada em Romero (2013) fazendo referências aos aspectos como “dimensões”. Analisando as contribuições de diferentes autores sobre o tema, engloba não só as questões técnicas e individuais quanto aquelas relacionadas ao universo laboral. Abaixo vemos uma figura clássica (Figura 1) que ilustra a competência e suas dimensões.

Figura 1 – As três dimensões da Competência.



Fonte: Durand (2000) *apud* BRANDÃO & GUIMARÃES, 2001, p. 10.

Fleury e Fleury reforçam que a concepção da competência é formada a partir de três dimensões: “o conceito de competência é pensado como um conjunto de

conhecimentos, habilidades e atitudes...” e traz expressão capacidade enquanto expressão simbólica da competência quando cita “capacidade humana que justifica um alto desempenho, devido à inteligência e personalidade das pessoas” (FLEURY; FLEURY, 2001, p.185).

Zarifian (2008, p. 68) apresenta o **conhecimento** como um “corpo de saberes” e vincula esse corpo a uma construção social; Brandão (1999) reforça essa afirmação quando o relaciona à cognição e às informações que se destacam para o exercício de seu comportamento; Chiavenato (2014), em uma visão mais tradicionalista, já o define como um acúmulo de informações, ideias, experiências, entre outros, e finalizamos com Gramigna (2007), que o traduz como uma associação de fatos, procedimentos e saberes.

Quando se fala sobre a habilidade, Sobral (2008, p. 14) traz o argumento: “a habilidade pressupõe a ideia de potencial de realização, ou seja, a existência de uma relativa facilidade em lidar com determinada tarefa”. Dessa forma, oportunidade de experiências anteriores na realização da atividade permite estar em vigilância para intervir em uma determinada situação, como em uma expectativa para agir de forma rotineira em relação a essa tarefa específica.

Chiavenato, por sua vez, traz uma contribuição fantástica, em especial para o mundo da formação, que é a necessidade **implícita do conhecimento** para realização dessa tarefa. Ou seja, para o desenvolvimento de uma habilidade deve ter uma bagagem de saberes que o acompanha. Já demonstrando que não basta a simples repetição da tarefa, para ser uma habilidade relacionada à competência ela deve ser associada a um conhecimento que a justifique, que dê significado ao fazer. Ele a descreve como: “capacidade evocada a partir de um conhecimento que, em seguida, se reverte em ação, sendo então evidenciada como um desempenho esperado” (ibid 2014, p.3). Para esse autor, ela pode ser classificada em:

- Habilidade *conceitual* – capacidade de abstração com o propósito de direcionar uma ação.
- Habilidade *humana* – capacidade de lidar com as pessoas, utilizar e apoiar-se na comunicação e no relacionamento interpessoal e grupal.
- Habilidade *técnica* – saber utilizar métodos, técnicas e equipamentos necessários para um desempenho de uma tarefa.

Dutra, Fleury e Ruas (2010, p. 155) ao apresentarem a **atitude** citam que essa pode ser avaliada quando “se foca na apreciação das posturas do indivíduo e

na verificação de o quanto elas estão em sintonia com aquelas valorizadas pela organização”, trazendo o conceito para análise do comportamento do trabalhador.

Já Chiavenato (2014) ressalta a característica pessoal e única da atitude que caracteriza o próprio ser humano, sempre diante de situações de trabalho.

E, por fim, Deutsch (1999) liga atitude à prontidão e predisposição e seu caráter mutável em função de novos elementos, objetos, experiências, além de outros.

A seguir vê-se o Quadro 03, com um resumo sobre os elementos da competência: conhecimento, habilidade e atitude, comumente chamados de CHA para o ambiente organizacional.

Quadro 3 - Quadro resumo de CHA - Conhecimento, habilidade e atitude organizacional

Elementos Atributos Componentes Recursos Dimensões Saberes Indicadores	Conhecimento	Habilidades	Atitudes
Conceito	Informações, fatos, procedimentos e conceitos.	Capacidade de colocar seus conhecimentos em ação para gerar resultados; domínio de técnicas e talentos.	Valores, princípios, comportamentos, pontos de vista, opiniões e percepções, atos pessoais
Síntese Gramigna (2007)	Saber	Saber fazer	Querer
Síntese Ruas (2003)	Saber	Saber fazer	Saber, ser e agir
Exemplos Relacionada à capacidade de autodesenvolvimento e gestão do conhecimento.	Cursos de suas áreas de atuação; Fontes de leitura à partir de uma necessidade de conhecimento ou exigências do cargo; Perfil de competência do cargo; Necessidades de desenvolvimento pessoal.	Saber identificar necessidades próprias; Busca participa de eventos de desenvolvimento; Possui ou cria o hábito de ler, aprende coisas novas, mantém-se atualizado; Aproveita as críticas recebidas para se desenvolver; Questiona e vai atrás do que não sabe; Busca conhecer seus pontos fortes e fracos.	Toma a iniciativa; Gosta de participar de treinamentos e eventos de desenvolvimento; Gosta de aprender coisas novas; Gosta de ler; Procura conhecer seus pontos fortes e suas dificuldades; Apresenta humildade para reconhecer que precisa de desenvolvimento. Não tem medo de dizer que não sabe, mas procura aprender com a situação

Fonte: Construído a partir de GRAMIGNA, 2007, p. 51, e RUAS, 2003, p. 57.

Borba et al. (2011) também ressalta que cada dimensão da competência tem seu papel na prática diária do trabalhador, portanto, tem seu espaço no desenvolvimento do ser como um todo, em especial em ambiente laboral. As define como:

1. Conhecimento = "*Saber*", não definitivo e de busca incansável;
2. Habilidade = "*Saber fazer*". Seu uso se refere a resolver problemas, buscar o novo, o inusitado;
3. Atitude = "*Saber fazer acontecer*"; por em prática; relacionar-se.

Assim, fortalecemos a importância de cada dimensão discutida, ou seja, os *conhecimentos*, as *habilidades* e as *atitudes* como partes de um todo que será desenvolvido ao longo de uma vida profissional, se apresentando em cada situação e contexto, de forma diferenciada e inclusive utilizando esse contexto e essas situações como uma oportunidade para se modificar e transformar sua prática profissional.

2.1.2.1 Outros elementos do elenco das competências

Alguns autores trazem outros elementos como partícipes da competência, entre os quais serão a seguir discutidos. Por exemplo, Zarifian traz o sujeito e o seu papel social para o ambiente do trabalho, a ideia do *coletivo*, reforçando a importância da participação individual para o trabalho em equipe ao afirmar que "*competência é também a expressão de capacidades individuais, singulares, no seio de um conjunto coletivo...*" (2003, p. 57). Para a área da saúde essa visão é fundamental quando estamos fazendo um trabalho que é individual, mas que tem uma lógica coletiva e que não é vista e nem valorizada como.

Chiavenato (2014), Zarifian (2003), Bonazina (2006) e Brandão (2009) citam outros aspectos relacionados à competência, que serão explorados abaixo, tais como: Perspectiva, Iniciativa, Desempenho e Aprendizagem.

Chiavenato (2014) afirma que **perspectiva** é a capacidade de converter em ação um conhecimento de forma a obter resultados palpáveis. É ter o conhecimento, aplicá-lo em determinadas situações e sempre na visão de busca de soluções inovadoras.

A **iniciativa** tem origem do latim "*initiare*", que significa começar, iniciar, embora no universo organizacional traga a ideia de começar algo, sair em movimento para...; de "*introduzir algo novo*" (ZARIFIAN, 2008, p. 69).

O **desempenho**, segundo Chiavenato, significa "*cumprir uma tarefa ou obrigação, exercer uma função ou um papel na organização, cumprimento, exercício, atuação, execução*" (CHIAVENATO, 2015, p. 315). Dessa forma, para que o trabalhador tenha condições de desempenhar com sucesso seu papel faz-se necessário que esteja claro por parte da Instituição que trabalha seus objetivos e metas, além de acessíveis para que o trabalhador compreenda qual deve ser a sua contribuição nos processos.

A **aprendizagem** pode ser compreendida como o mecanismo pelo qual o indivíduo desenvolve suas competências laborais (BRANDÃO; BABRY, 2005).

Para entender os papéis desses elementos na competência, trazemos autores que estabelecem alguns pressupostos:

- Os elementos não devem ser vistos de forma separada e sim em associação no contexto da competência (BONAZINA, 2006);
- Eles são complementares e interdependentes (BRANDÃO, 2009);
- Traz a ideia de competências ligada à capacidade e a ideia de construção, de contexto e de complexidade (TAKAHASHI, 2015);
- Elas são finitas, em especial quando em ambiente de mudanças e renovação de saberes (FLEURY; FLEURY, 2001).

Finalizamos os pressupostos com Romero quando argumenta que além da dimensão pessoal da competência, temos que analisar as competências técnicas e interpessoais, no desenvolvimento e gerenciamento de pessoas, como descreve no texto abaixo:

Para trabalhar em equipe e construir um bom relacionamento no ambiente de trabalho, é preciso muito mais do que competência técnica, é preciso ter uma nova percepção sobre as pessoas, essa é a competência interpessoal. Com relação à primeira, são os conhecimentos e as técnicas que asseguram um desempenho adequado e de qualidade. Quanto à segunda, o que garante um bom desempenho é a habilidade de lidar, eficazmente, com as relações interpessoais, de acordo com a necessidade e a situação (ROMERO, 2013, p. 114-115).

Portanto, se trabalhamos com pessoas, essas competências devem ser valorizadas e aprendidas continuamente como uma forma de contribuir com o ambiente laboral e pessoal em que vivemos.

Apresentamos a relação plural, independente, interdependente dos elementos da competência. A seguir, como esta dissertação envolve o mundo do trabalho, apresentaremos como as competências atuam neste contexto.

Consideramos as competências e sua diversidade conceitual e de fundamentos importantes para o mundo do trabalho e, nesse sentido, como o trabalhador se insere no contexto para estar apto a contribuir?

Fleury e Fleury (2001) inicia a reflexão quando afirmam que a mudança nos modelos de processo de trabalho impacta diretamente na relação do trabalhador e seu aproveitamento no mundo do trabalho:

[...] enquanto prevaleceu o modelo taylorista e fordista de organização do trabalho e de definição das estratégias empresariais, o conceito de qualificação propiciava o referencial necessário para se trabalhar a relação profissional indivíduo-organização. A qualificação é usualmente definida pelos requisitos associados à posição, ou ao cargo, ou pelos saberes ou estoque de conhecimentos da pessoa, os quais podem ser classificados e certificados pelo sistema educacional (FLEURY; FLEURY, 2001, p. 185).

Ou seja, os modelos tradicionais têm a educação formal, que habilita o trabalhador a um exercício de determinada tarefa, dessa forma a qualificação é pensada com foco específico de preparar o trabalhador para o trabalho. Como o mundo tem novas necessidades, as pessoas precisam ser trabalhadas, sendo que a competência constitui-se uma alternativa, pois influencia a pessoa, o ser profissional, e a habilita para a mutabilidade rotineira dos ambientes laborais (FLEURY; FLEURY, 2001).

O referencial nos leva a pensar que se deve trabalhar aspectos das pessoas no sentido de prepará-las / capacitá-las para que a empregabilidade das mesmas seja garantida. Mas e quanto às contribuições individuais para esse trabalho? Elas são relevantes para a atividade a ser desenvolvida?

Morin (2001, p. 11) traz uma contribuição nesse sentido, quando descreve as características da pessoa, inerentes ao ser humano, abordando os sentimentos como o *prazer* dando “*sentido ao fazer*”, ao final de uma determinada atividade. Nesse momento, o trabalhador exercita seus talentos, se entrega à atividade, experimenta, erra, se confunde e aprende a resolver seus desafios com novas

experiências, se renovando continuamente. Assim como por meio da vinculação ao trabalho, se compromete, se desenvolve, toma decisões muitas vezes com liberdade e assumindo os riscos pelas consequências.

O trabalho contribui para estimular a formação por competências por meio das diversas situações ou eventos catalisadores. Essa afirmação é expressa por Fleury e Fleury:

[...] o trabalho não é mais o conjunto de simples tarefas associadas a um cargo, mas se torna o prolongamento direto da competência que o indivíduo mobiliza em face de uma situação profissional cada vez mais mutável e complexa. Esta complexidade torna o imprevisto cada vez mais presente no dia-a-dia das empresas. E, é nesse contexto de transformações e incertezas no ambiente externo à organização que a noção de competência emerge como fundamental (FLEURY; FLEURY, 2004 apud MEDEIROS, 2006 p. 2).

Nesse contexto, o trabalhador necessita utilizar instrumentos para se modelar a essa diversidade de eventos que hoje são rotineiros para o mundo do trabalho. Apostamos no modelo das competências como estratégica para essa modelação e trazemos as modificações do trabalho que Zarifian (2008, p. 9) descreve como fundamento para sua utilização:

- "*a noção de evento*": acontecimento imprevisto, não programado, que altera a rotina;
- "*comunicação*": depende da noção de compreensão de si e do outro;
- "*noção de serviço*": atendimento a um cliente externo/ interno/ usuário/ paciente quando consideramos a organização saúde.

Dessa forma, destacamos a complexidade conceitual das competências, em especial no mundo do trabalho, e o entendimento da mesma como uma ação manifesta por habilidades e atitudes além de outros, como iniciativa, perspectiva, etc.; desencadeada por meio de um evento ou situação e amparada em saberes pré-existentes.

A seguir trataremos o *como* o trabalhador faz uso das competências e modifica, interfere e transforma o mundo do trabalho.

2.1.2.2 Uso das competências no mundo do trabalho/ organizações

Quando entendemos o conceito de competência, sob a ótica das organizações, como um instrumento de melhor adaptação do trabalhador às reais necessidades do serviço, não estamos afirmando que ele deve servir aos propósitos de uma lógica capitalista, mercantilista e de sobrecarga/ desvinculação do trabalhador. Do contrário, vemos a competência pela lógica marxista do resgate do sentido do trabalho como motivador para que o indivíduo por traz da atividade laboral saiba a sua importância diante dessa atividade, o impacto de seus resultados ou da carência dos mesmos para o processo de trabalho e visualize seus produtos/ serviços como parte importante para o mundo laboral de uma determinada sociedade.

A sociedade atual é composta por diversas microssociedades, sendo algumas institucionalizadas, a exemplo das corporações. Essas são constituídas por pessoas, recursos materiais e cuja missão normalmente relaciona-se com a realização de uma atividade, por exemplo, a produção de bens (produtos), ou podem se desenvolver no ramo dos serviços em determinado contexto (CHIAVENATO, 2014).

Nery (2013) afirma que o conceito de competência ganhou destaque no Brasil a partir da década de 1990, tanto para profissionais como para as empresas. Mas alerta que o contexto no qual se é demandada é importante, pois a dimensão humana e social deve ser considerada para a sobrevivência da organização, no Mercado.

Corremos o risco de buscarmos um profissional *perfeito* e esquecermos da *pessoa* que está no interior desse trabalhador, e, nesse sentido, sobrecarregarmos o mesmo com atividades, cobranças e demandas, por vezes superiores às capacidades do indivíduo e incompatíveis com uma vida cotidiana e familiar, tão importantes como a vida profissional.

O conceito de competência humana intrinsecamente insere o indivíduo, a equipe e a atividade prática no movimento contínuo de aprender sempre (UBEDA; SANTOS, 2008; BRUNO-FARIA; BRANDÃO, 2003). Assim, desafios impelem o trabalhador a buscar alternativas aos problemas do cotidiano por meio de soluções novas e inovadoras. Para tanto, o conhecimento do limite do indivíduo, suas potencialidades e fragilidades são ferramentas de suporte para um bom trabalho em

equipe, assim como a valorização do ser e o estímulo ao crescimento profissional. O grande diferencial é reconhecer o *limite* do desafio como estimulador ou fator de desestímulo à busca das melhorias por parte do ser.

Esses aprendizados, segundo Pereira (2015), são essenciais para que a informação modifique as sociedades atuais e promovam o poder de uso para quem a acessa.

Esse poder pode ser evidenciado no uso da competência e manifesto na forma de sucesso e manutenção no mercado das organizações laborais. Espera-se que o profissional torne-se apto, pelo uso das competências, dos conhecimentos necessários para tomar a iniciativa, assumindo a responsabilidade de forma autônoma, diante de múltiplas situações para a resolução criativa de problemas (UBEDA; SANTOS, 2008; PEREIRA, 2015).

Romero (2013) sugere a articulação das competências organizacionais, grupais, individuais e gerenciais, para benefício da própria organização e estabelecimento de parceria entre a organização e pessoas.

No sentido de melhorar o conhecimento e a utilização das competências organizacionais, algumas categorias foram criadas segundo Zarifian (2001), Fleury e Fleury e Fleury (2004) e Takahashi (2015):

- Competências sobre os *processos*: clareza sobre os processos de trabalho;
- Competência *técnica*: o trabalho específico a ser realizado;
- Competência sobre a *organização*: clareza sobre os fluxos de trabalho;
- Competências de *serviço*: mistura de técnica, reflexão e análise sobre o impacto que o produto ou serviço terá sobre o produto final;
- Competências *sociais*: saber ser, relacionar-se para benefício do coletivo da organização e do cliente.

As competências organizacionais preparam os profissionais para atuar em consonância com as necessidades do mundo laboral. Conhecer o serviço pressupõe analisar, refletir e praticar suas técnicas, seus fluxos de trabalho, a organização e sua atividade fim, mas antes de tudo, saber relacionar-se, pois lidamos com pessoas, e com elas devemos atuar.

O próximo tema tratará do conceito de trabalho, como sua prática pode levar à práxis e como se aplica na saúde.

2.2 Trabalho: da definição a práxis

O trabalho e o trabalhador têm sido tratados/ analisados de diferentes modos. É preciso observar, no entanto, que não apenas o tema diverge, mas a experiência de trabalho também vai se modificando ao longo dos tempos.

Na língua Portuguesa, a palavra *trabalho* provém do latim *tripalium* uma ferramenta agrícola da época dos Romanos, mas depois foi relacionado ao verbo *Tripaliare*, que significa torturar, sendo assim, fazendo alusão às ideias de dor e desgaste físico e mental (JORGE; BASTOS, 2009, p. 23; ANDRADE, 2015, p. 98).

A Bíblia Sagrada em alguns momentos associa a ideia de trabalho à maldição divina: “*ganharás o teu pão com o suor do teu rosto*” (Gênesis 3, 19) e apresenta também a noção de que aquele que não contribuir com seu trabalho não tem direito, uma vez que “*se alguém não quiser trabalhar não coma também*” (2 Tes, 3, 8-10; apud ANDRADE, 2015, p. 98). Isso deixa clara a importância do ato de trabalhar para a sociedade e eminente a exclusão a que será submetido por quem não o faz.

Um outro aspecto relacionado ao trabalho e trazido por Fonseca é o preconceito gerado por quem tem um trabalho que envolve esforço, como vemos no trecho abaixo:

Algumas frases talvez ocupem nossas lembranças: ‘quem não trabalha morre de fome’; ‘se você não trabalhar vai virar ladrão ou mendigo’. Ocorre que essas ‘lições’ estão encharcadas de julgamentos morais, por um lado, e vazias de realidade, por outro. Moralmente elas se associam ao mito de que ‘o trabalho dignifica o homem’. Na verdade, há que se ver em que condições e sob que relações sociais a dignidade humana é preservada ou mutilada. Tais afirmações dizem respeito ao emprego como sinônimo do trabalho e acabam ignorando ou menosprezando o significado, por exemplo, do trabalho doméstico, da mãe que cuida do filho, da mulher que limpa a casa, prepara a comida, costura uma roupa. Ouvindo essas afirmações talvez não nos lembremos do homem do campo que ara a terra para plantar o que lhe será a alimentação; da criança que auxilia o pai na plantação. Ou ainda do cuidado que tem uma parteira, com a grávida, ao dar à luz (FONSECA, 2007, p. 32).

Uma terceira visão do trabalho é a ontológica, associada às ideias de Karl Marx e Engels. Eles consideram o trabalho como o cerne da humanidade dos homens, sendo uma riqueza para o homem e para o coletivo. Afirmam que o trabalho é de suma importância para a vida humana. Como evidenciado no trecho de Engels:

O trabalho é a fonte de toda riqueza, afirmam os economistas. Assim é, com efeito, ao lado da natureza, encarregada de fornecer os materiais que ele converte em riqueza. O trabalho, porém, é muitíssimo mais do que isso. É a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem (ENGELS, 1952, p.1).

O trabalho constitui-se como um exercício dos saberes validados cientificamente e compartilhados no ambiente laboral, podendo servir como subsídios para a transformação da própria sociedade, em especial quando são agregados o uso dos sentidos humanos, da valorização histórica e científica desse processo (FONSECA, 2007; RAMOS, 2009).

2.2.1 Visão de Karl Marx sobre o trabalho

Escolhemos fundamentar nosso estudo numa perspectiva do “*materialismo histórico e dialético*”, pois entendemos que o trabalho na saúde, em seu íntimo, reflete a busca de seu profissional como agente, produtor social e defensor da vida, por meio da práxis reflexiva e por isso mesmo transformadora, em contraposição a uma prática burocrática, normativa, pregando o atendimento padrão e indiferenciado para todos os sujeitos (PIRES, 1997, p. 83). Acreditamos que os conceitos de Marx e Engels são atuais e adequados para analisar o trabalho desenvolvido na sociedade capitalista, como é o caso da saúde pública do Distrito Federal, campo de estudo da nossa pesquisa.

Louis Althusser, na tradução de 2013 da quarta edição em alemão, publicada originalmente em 1890, do livro de Karl Marx – O Capital – Livro I, apresenta uma advertência aos leitores, quando argumenta que o objeto do “*O capital*” é o modo de produção capitalista e que Marx faz uso de abstrações para entender como o trabalho pode nesse modo de produção, intervir e modificar o trabalhador em sua essência a ponto de influenciar no ambiente laboral, como evidencia o trecho abaixo:

[...] é preciso saber ainda qual é o objeto d’O capital, [...] Marx diz: é o modo de produção capitalista e as relações de produção e de circulação que lhe correspondem”. Ora, trata-se de um objeto abstrato. De fato, e apesar das aparências, Marx não analisa uma “sociedade concreta”, nem mesmo a Inglaterra, da qual ele fala insistentemente no Livro I, mas o MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA e nada mais. Esse objeto é abstrato:

isso significa que ele é terrivelmente real e nunca existe em estado puro, porque só existe em sociedades capitalistas. (MARX, 2013, p. 62).

Portanto, entendemos que a análise feita por Marx considera uma sociedade capitalista e pode ser estendida para o contexto atual também capitalista, cujos efeitos são sentidos no trabalho e no trabalhador.

Sobre o trabalho, Marx apresenta o seguinte conceito:

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [Naturmacht]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio (MARX, 2013, p. 326-328).

Percebemos também a força que o trabalho desenvolve no trabalhador e em especial quando o estimula a desenvolver características como habilidades manuais entre outras que o diferencia dos outros animais, como exemplificada a seguir, pois evidencia sentido a sua tarefa e finalidade a sua ação:

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente (MARX, 2013, p. 327).

Entendemos que, para a existência do trabalho segundo a concepção de Marx há necessidade de envolvimento humano, do uso da criatividade, dos sujeitos ativos em sua história e principalmente atento à realidade que o cerca. Ele argumenta que o valor do trabalho resulta da intervenção do homem sobre a matéria, permite as trocas e ressaltando que o valor de troca é decorrente da quantidade de trabalho exercido sobre o objeto. Assim, se existir um excedente ao trabalho aplicado, o capitalista o usufrui conforme o texto a seguir, de Jorge e Bastos:

A descoberta marxista é resultado de uma análise da estrutura do valor, o qual foi subdividido em dois: valor de uso e valor de troca, o que permite

articular quantidade e qualidade. O primeiro viabiliza que a mercadoria seja trocada no mercado, por dinheiro ou outra mercadoria, permitindo a equivalência; e o segundo permite o seu consumo. Assim, valor de troca estaria vinculado à quantidade, e se realizaria no mercado; o valor de uso, à qualidade, à pura diferença, e se realizaria no consumo. Essa distinção entre quantidade/qualidade, valor de troca/valor de uso proporciona a Marx uma abordagem objetiva da estrutura do valor da mercadoria, o que demonstra que o valor da mercadoria não é intrínseco a esta, pois resulta de uma estrutura simbólica. Uma vez quantificado, o valor pode ser mensurado a partir da equivalência do tempo de produção durante o qual uma determinada quantidade de trabalho é empregada. Pois, se a troca tem como condição que haja uma diferença entre qualidades, esta diferença precisa ser passível de equiparação e, para tanto, é necessário que seja traduzida em quantidade (JORGE; BASTOS, 2009, p. 26).

Assim, identificamos uma diferença entre o trabalho artesanal e o das fábricas. Nas sociedades pré-capitalistas o trabalho era feito por artesãos e ocorria em simbiose com a “*vida familiar, a religiosa e o lazer*”. Porém, já no processo de fabricação em larga escala, os proprietários das fábricas, com o olho nos lucros, ofereciam propostas de trabalho de carga horária acima do suportável ao humano (FRIZZO, 2008, p.2).

Jorge e Bastos (2009) também frisam que a maneira que a relação de trabalho se estabelece é um condicionante da sociedade capitalista e que quando o trabalho se guia apenas pelas leis da economia, como no caso do capitalismo, diretamente representa um prejuízo ao trabalhador:

O que diferencia estas sociedades da sociedade capitalista atual é que a troca de mercadorias não visava ao lucro, ao acúmulo, mas justamente à eliminação do excedente, ao passo que, nas sociedades capitalistas, a produção se volta para o mercado, para o acúmulo de gozo. O capitalismo é marcado pelo aparecimento de um tipo inédito de mercadoria - a força de trabalho que produz um objeto cujo valor excede ao próprio valor do trabalho. É o que Marx chamou de mais-valia: aquilo que da mercadoria excede seu valor.

Mais além do valor pago ao trabalhador a título de recompensa pela troca efetuada, a mais-valia resulta sempre em perda para este, na medida em que da produção resulta um excesso que lhe é subtraído. Dá-se, assim, o fim do equilíbrio que outrora existira entre as mercadorias, pois um excedente - que se apresenta na forma de um sintoma - irrompe gerando um resto não simbolizável nessa relação de troca simbólica, o qual é incorporado pelo capitalista (JORGE; BASTOS, 2009 p. 24).

Um dos problemas da relação capitalista para o trabalhador é trazida nas notas do livro de Karl Marx (2010) por Ivana Jinkings, quando apresenta uma crítica ao capitalismo trazendo o conceito de alienação, causado pelo processo econômico, construído e determinado socialmente. Justifica que esse processo extrai o prazer e

a finalidade do trabalho e transforma o trabalhador em um estranho a si e ao seu ambiente.

Aqui refletimos a dupla carga de exploração a qual o trabalhador é exposto. A primeira é uma relação injusta promovida pelo capitalista quando reduz a gratificação (não pelos produtos produzidos e sim por um salário padrão que normalmente é inadequado às necessidades do trabalhador) e a segunda quando gasta parte do seu salário para consumir os produtos produzidos (isso quando seu salário o permite adquirir) para uso pessoal e da família (MARX, 2010). Merhy e Franco (2005) também abordam essa questão, apontando o trabalhador como produtor dos “valores de troca”, como apresentado a seguir:

Nas sociedades capitalistas, o produto do trabalho do trabalhador é do patrão ou da empresa que o emprega. Ele só recebe um salário por trabalhar e não pelos produtos que produz. A riqueza da sociedade, se medida pela quantidade de trabalho e de produtos que o trabalho produz, é desigualmente distribuída. Quem trabalha, como regra, é quem menos recebe da riqueza produzida. Assim, o trabalho do trabalhador serve para produzir produtos que tenham ‘valores de troca’ para o patrão (MERHY; FRANCO, 2005, p. 279-280).

Faz-se necessário ressaltar duas preocupações: a primeira é sobre como entendemos o mercado de trabalho e força de trabalho e como esta dissertação se insere neste contexto e a segunda é sobre o que o uso das competências aliadas à produtividade pode provocar.

Segundo Jareño (2017, p. 7), "*o mercado de trabalho abrange ofertas e procura, ou seja, disponibilidade e demanda de empregos, respectivamente*" e, neste sentido, iremos discuti-lo, de forma geral na Enfermagem, em quatro momentos: no subcapítulo do trabalho - "*O trabalho na saúde*"; no subcapítulo da Enfermagem - "*Trabalho da Enfermagem hospitalar: sua práxis*"; especificaremos na discussão das categorias - "*As áreas de formação em que o enfermeiro é qualificado para atuar*" e nas "*Áreas de atuação do enfermeiro*", mas não é objeto desta dissertação analisar todas as nuances do mesmo e sim apresentar, na visão de quem já está no trabalho, o que é necessário ser desenvolvido na formação para se inserir nele.

Por *força de trabalho*, compreendemos como os *trabalhadores*, neste caso, os da *Enfermagem*, descritos no subcapítulo da Enfermagem cujo título é "*O trabalhador da Enfermagem*". Nosso trabalho foi compreender o conceito de

competência e seus elementos e quais destes são identificados, por quem já está no mercado de trabalho, como importantes para serem fortalecidas ou acrescidas na formação dessa mão-de-obra.

Nossa segunda preocupação é sobre o uso das competências aliadas a uma produtividade imposta pelo mercado, onde o trabalhador é exposto a um número gigantesco de atividades e se sujeita em função do excesso de mão-de-obra, às vezes, reduzida formação, e também reduzidas oportunidades o que pode gerar uma precarização da relação entre homens e o fortalecimento da relação de sacrifícios impostos ao trabalhador que diretamente contribui para o enriquecimento do empregador/ contratante (JORGE; BASTOS, 2009, p. 31). E é por isso que trazemos a discussão, na referência Marxista, tentando não enviesar a concepção escolhida.

Frizzo (2008, p.2-3) traz um diferencial nessa discussão, que será mais bem abordada no próximo tópico, que é a práxis. Ele reflete que o processo de trabalho é uma alternativa de modificação do trabalhador, das condições de trabalho e do próprio processo do trabalho (objeto a ser produzido, ou atividade a ser exercida).

Ainda trazemos Ramos (2008) reforçando a visão do trabalho como “*prática econômica*”, quando garante nossa existência e satisfaz as nossas necessidades, mas também denota interação com a realidade quando essa necessidade é de satisfação, de criação, de realização humana e de produção de liberdade. Nesse sentido, compreende a história da humanidade, as suas lutas, a sua intervenção no conhecimento humano contribuindo para as mudanças de visão do trabalho é relevante (RAMOS, 2008).

Para finalizar, citamos Hirano (2001, p.1), quando discorre sobre o trabalho, a partir do pensamento de Marx, como sendo: “*uma condição natural eterna da existência humana*”, para a qual mobilizamos cada célula do nosso corpo e por vezes da nossa alma, na busca da necessária mudança no processo de trabalho para se transformar em um produto ou na realização de um serviço a ser desempenhado, sempre na concepção da liberdade, da busca da consciência, da criatividade pelo seu exercício.

2.2.2 O trabalho na saúde

O trabalho na saúde é singular e apresenta diversos aspectos, pois demanda de relações humanas entre seres potencialmente ou já fragilizados em sua saúde e outros que teoricamente estão preparados para apoiar e dar o suporte necessário a esses seres, os resgatando. Faria et al. (2009) refletem que essa característica influencia a atuação do profissional, pois o envolve em situações “*complexas, diversas e relacionais*”, assim, cobrado por rapidez e resultados imediatos, pelo usuário e todos os envolvidos. Isso reforça que esse processo não é fácil, pois exige meios também complexos na avaliação, ação e resolução de problemas (*ibid.* 7).

Desta forma, Campos (2011, p. 3035) considera a saúde “*como campo de saber aplicado*”, cujo trabalho deve ser concebido e executado por meio do saber e da prática baseadas na cientificidade.

Já Merhy e Franco caracterizam o trabalho na saúde como o ‘*trabalho vivo em*

O ‘trabalho em saúde’ é centrado no ‘trabalho vivo em ato’, à semelhança do trabalho em educação; e a efetivação da ‘tecnologia leve’ do ‘trabalho vivo em ato’, na saúde, expressa-se como processo de produção de ‘relações intercessoras’ em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que ‘representa’, em última instância, as necessidades de saúde, como sua intencionalidade, e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, ‘publicizar’ as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do ‘trabalho em saúde’ (MERHY; FRANCO, 2005, p. 282).

Assim, para o trabalho diuturno na saúde, uma das principais características é a responsabilidade e a vinculação com o seu exercício. Isso é evidenciado quando o ambiente laboral permite e estimula a prática da “*autonomia*”, definida como a liberdade de tomar decisões com responsabilidade e cientes de suas competências e possibilidades de punição em caso de erro. (CAMPOS, 1997, apud CARDOSO, 2014, p. 98).

A autonomia motiva e fortalece o interesse do trabalhador pelo trabalho. Quando a gestão é participativa e as tomadas de decisão são compartilhadas, o trabalhador se sente parte do processo, se envolve e se interessa na resolução das demandas. Isso na saúde é fundamental, tendo em vista que o que está em jogo é a saúde do usuário (CAMPOS, 1997; MERHY, 2002).

Dessa forma, o que se busca é um novo projeto de atenção à saúde que vislumbre a integralidade da atenção, o aumento da autonomia e da participação do coletivo na resolução dos problemas e com a participação, o envolvimento e a responsabilização e conseqüente transformação do trabalhador da saúde em agente de mudanças por meio da práxis (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 725).

Finalizamos com a reflexão de Ramos (*in* FONSECA, 2007, p. 49) quando cita que a privatização dos serviços de saúde é um processo difícil (não impossível, por isso demanda cuidado!) por parte do capitalista, pois a atenção e o cuidado em saúde não são mercadorias diretamente convertidas em valores econômicos para o capital, afastando como prática capitalista e o fortalecendo como uma política de Estado.

2.2.3 Práxis: atributo profissional para o cuidado na saúde

A práxis pressupõe o uso das potencialidades e capacidades humanas como o raciocínio, compreensão e autonomia para o livre exercício laboral, diretamente influenciando o trabalhador, o processo de trabalho e o meio no qual a atividade é desenvolvida. Esse conceito é defendido por Tom Bottomore, editor do Dicionário do pensamento marxista:

[...] a expressão práxis refere-se, em geral, a ação, a atividade, e, no sentido que lhe atribui Marx, à atividade livre, universal, criativa e autocriativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz), e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico e a si mesmo; atividade específica ao homem, que o torna basicamente diferente de todos os seres. Nesse sentido, o homem pode ser considerado um ser da práxis, entendida a expressão como o conceito central do marxismo, e este como “filosofia” (ou melhor, “o pensamento”) da práxis. [...] atividade humana por meio da qual o homem modifica o mundo e a si mesmo [...] (BOTTOMORE, 1988, p. 460-466).

Como sugere Marx (1999), “*a práxis trata não só de interpretar o mundo, mas de transformá-lo*”. Assim, quando estão presentes ligações entre a atividade teórica e à prática, há estímulo para a transformação da realidade ou práxis teórica (*apud* MIXOCZKY, 2009, p. 518). Para a prática associada à práxis faz-se necessário o conhecimento prévio, ou seja, saberes associados à tarefa ou ao objetivo

pretendido, além da autonomia, do livre exercício criativo e da tomada de decisão independente rumo ao que é inovador.

Na área da saúde, cada dia mais, as situações são inusitadas, os usuários mais cômicos de seus direitos e deveres e uma linha tênue da ação técnica e da ação desumanizada em função do fiel seguimento de protocolos clínicos e rotinas, por vezes desconectadas da realidade atual. Campos (2011) reflete que essa utilização mecânica das tecnologias não se adequa à complexidade da prática do trabalho em saúde. Por outro lado, traz uma dicotomia quando diz que não há práxis sem conhecimento prévio e uso em ato de técnicas:

O exercício da práxis depende de uma formação Paidéia para os agentes. Um saber compreensivo, que inclua o conhecimento técnico específico de cada campo, e também o governo de si mesmo e as relações sociais e políticas. Exige domínio sobre o conhecimento cognitivo, subjetivo e político. Tudo isto, exatamente para ampliar a crítica e a inventividade de cada agente diante da especificidade de cada caso. O conhecimento sobre cada caso depende da capacidade de observação do contexto, de escuta e de interação com usuários e pares. Mais do que apenas escutar, implica na arte de compartilhar decisões durante a prática [...] O trabalho em saúde é um exemplo claro de espaço social que necessita da lógica da práxis. Entretanto, há inúmeros obstáculos para que se consiga operar no cotidiano com a práxis. Há a hegemonia do paradigma biomédico que se ordena com base na razão técnica, mas há outros empecilhos (CAMPOS, 2011, p. 3037).

Assim, na saúde o exercício da práxis deve ser diário. O profissional necessita envolver-se nos processos de trabalho e com autonomia e apoio das instâncias superiores realizar o enfrentamento cotidiano dos desafios na saúde. Dessa forma, espera-se que o trabalhador, desenvolva-se por meio das competências, alicerçando seus conhecimentos técnicos e manifestando suas atitudes no enfrentamento aos problemas do cotidiano de forma responsável, autônoma e inovadora conforme argumentam Figueiredo e Campos (2014):

A consolidação de políticas públicas para garantia de cidadania exige outro modelo de educação, que estimule a construção da consciência crítica, da curiosidade criativa e indagadora de um sujeito que reconheça a realidade como mutável e busque transformá-la. Além disso, o trabalho em saúde se dá essencialmente por meio da relação entre pessoas. Portanto, a visão de mundo, os valores, a postura ético-política e os afetos do profissional aparecem em suas intervenções. Sendo assim, devem ser tomados como objeto juntamente com os aspectos técnico-científicos no processo de formação. O desenvolvimento do SUS depende da formação de profissionais com competências técnicas, mas também ético-políticas e relacionais; com capacidade crítica e sensibilidade para pensar as questões

da vida e da sociedade, e para atuarem em contextos de incerteza e complexidade (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014, p. 932).

Esses autores reforçam ainda que os profissionais do Sistema Único de Saúde, como grande veículo de empregabilidade na saúde, devem ter uma:

[...] visão ampliada do processo saúde-doença-intervenção e que os qualifiquem tanto para lidar com o universo emocional, simbólico e sociocultural dos sujeitos, como para compreender a prática clínica como prática inter-relacional e operar com os fluxos de afeto e poder (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014, p. 932).

Já Merhy e Franco (2005) evidenciam que o exercício da práxis será potencializado por meio do diálogo que garanta a singularidade do trabalho em saúde, reconhecendo-o como um processo complexo, que envolve o indivíduo, mas que reflete diretamente no coletivo, dando sentido ao *fazer* e mobilizando o trabalhador a *ser* competente e responsável, portanto, vinculado à própria atividade laboral.

2.3 Enfermagem: pela práxis para as competências

Temos como pressuposto que o modelo de competências é o mais adequado para o processo de trabalho de um enfermeiro que atua em Unidades Clínicas Hospitalares de saúde.

Para melhor compreender os motivos desta defesa, no primeiro subitem discutimos as competências enquanto *modo de produção*: conceitos, componentes na área laboral, definidas por diferentes áreas do conhecimento, com objetivos de aprofundamento do tema. No segundo fizemos uma breve estudo sobre o trabalho na saúde e sua *práxis* no processo de trabalho.

Assim, este subitem, finalmente, foi organizado em seis partes. Iniciaremos apresentando o arcabouço conceitual que foi utilizado para análise da profissão. O segundo apresenta sumariamente o *cuidado* como a essência do seu trabalho. O terceiro, sobre a *Enfermagem* enquanto *área do conhecimento* e sua cientificidade. O quarto vai discorrer sobre seu trabalho no ambiente hospitalar e a sua práxis. O quinto apresenta o trabalhador como o ator (sujeito ativo e social), no último,

analisaremos o processo de trabalho e seu diálogo com as competências.

2.3.1 Arcabouço conceitual para análise da profissão

Descreveremos a Enfermagem na concepção *materialista, histórica e dialética de Karl Marx*, pois entendemos, tal como Silva e Silva (2010), que o material é uma condição da vida em sociedade, seus “modos de produção”, suas relações de poder, sua produtividade. O histórico é um dos alicerces sociais, não a própria história, enquanto algo acabado, mas vivo, a pessoa que vive a histórica, suas contradições, suas aspirações diante do capitalismo (como é o nosso caso). Por último, o dialético é como uma busca da verdade e da compreensão / identificação das influências das contradições presentes nos próprios “*fenômenos sociais*”.

Acreditamos que a Enfermagem, assim como outras profissões da saúde, está em um momento de transição e que o olhar sobre sua história, sobre suas dualidades enquanto área de conhecimento e a análise da realidade concreta estimulará a reflexão para a transformação, no sentido da práxis.

Para que a Enfermagem se fortaleça enquanto área do conhecimento, será necessário que ela se utilize da prática científica, se redescubra ou se reinvente. Nessa perspectiva, Barbosa refere que:

[...] para Marx, o fundamental na pesquisa científica seria, portanto, descobrir as dinâmicas que regeriam e modificaram os fenômenos estudados. Dinâmicas que atuariam nas condições e interesses materiais, inclusive no âmbito do próprio pensamento (BARBOSA, 2017, p. 34).

Esse autor também cita outro elemento que iremos discutir: “o sujeito” na Enfermagem. O trabalhador deve ser visto como inserido em um contexto histórico, vivendo em uma dada sociedade e sendo, na concepção marxista, o sujeito comum, passível de modificações históricos, lutas de classes, conflitos os mais variados possíveis (ibidem, p. 37).

A Enfermagem é vista por Heidemann, Gomes e Sanchez (2008, p. 1162), sobre a perspectiva de profissão como uma “*força social, construída por lutas e embates entre o poder político (dominante) e outros grupos sociais*”.

Assim, esses conflitos fortalecem uma divisão interna na profissão entre o fazer e o administrar, ou seja, o enfermeiro que administra possui mais status na profissão do que o que executa o cuidar. Não é o foco da dissertação examinar com uma lente de aumento essa especificidade da profissão, mas o diferencial da lente marxista é o “*olhar para as relações sociais*”, estabelecidas na profissão, provocadas muitas vezes pela dinâmica da produção de capital e que influenciará na formação de quem ainda não ingressou no universo laboral (HEIDEMANN; GOMES; SANCHEZ, 2008, p.1162).

Outro eixo de consideração que deve ser incluído na análise é o foco do trabalho para o enfermeiro que se traduz no *cuidar*. Campos, Oguisso e Freitas (2007) refletem sobre a história da Enfermagem, a luz da dialética e o movimento para uma visão de futuro:

[...] a história da Enfermagem, redimensionada pela cultura dos cuidados, deve ser valorizada como fundamental para o desenvolvimento da assistência. O reconhecimento das experiências que construíram os alicerces da profissão [...] a análise crítica e dialética dos caminhos percorridos pela Enfermagem é meio eficaz para o fortalecimento da profissão. Sem o resgate da memória não há como sustentar a identidade profissional, não há como projetar o futuro ou as ações que dele farão parte (CAMPOS; OGUISSO; FREITAS, 2007, p. 7).

Nessa linha de pensamento, Costa et al. elencam pontos que consideram relevantes na história da profissão e que, segundo eles, contribuem ao movimento de formação de identidade do enfermeiro, sempre diante de um contexto. Citamos alguns: “*uma rígida formação, com caráter religioso, inicialmente vinculada à caridade; movimento de luta por melhores posições na saúde e mais atualmente, uma ênfase na busca pela competência profissional*” (COSTA et al., 2016, p. 112).

Reforçamos que a história deve servir de base para a construção de um novo perfil profissional, cômico de seu passado, capaz de fortalecer-se e se integrar nas lutas políticas e sociais não somente da categoria, para defesa da qualidade ofertada de serviços e atendimentos aos usuários. Atitudes como fraternidade e altruísmo devem ser permeadas por práticas voltadas para a cientificidade e para o exercício do *cuidar do outro* (PADILHA; MANCIA, 2005).

Waldow (2012) reflete sobre como o capitalismo influenciou e ainda influencia o processo do cuidar. Na busca do ganho econômico ou lucro, base do sistema capitalista, compramos a ideia do corpo como fonte de lucro para o trabalhador.

Esse estabelece a força do trabalho enquanto mercadoria de troca. Mas, para quem recebe o cuidado, a perspectiva é o retorno às atividades da vida. O que eles têm em comum? A perseguição da cura. Para a Enfermagem, este movimento gera uma desvalorização do seu trabalho quando o afasta da sua essência: o cuidar. O sistema de produção mercadológico estimula o curativo, o rápido e o tecnológico, portanto, oneroso e ótimo para a lógica capitalista.

Um aspecto diferencial da Enfermagem no Brasil diz respeito ao afastamento gradativo das enfermeiras em relação ao paciente, pois são solicitadas, devido à formação universitária e ao reduzido número, a liderarem a equipe de Enfermagem, organizando e planejando tarefas, controlando a equipe e os gastos de forma a tornar o serviço eficiente, prático e econômico. O cuidado direto passou a ser desempenhado pelas demais categorias da Enfermagem. É necessário apontar que isso contribui mais ainda para a desvalorização do cuidado no Brasil: por longo tempo, o maior contingente de trabalhadoras na Enfermagem, responsáveis pela maioria das ações, era constituído por atendentes de Enfermagem, categoria não profissional, sem preparo profissional.

Outro aspecto a destacar é a forma de o cuidado ser ensinado e desenvolvido na prática de campo: com ênfase na técnica, ou seja, intervenções de Enfermagem que, em última análise, dependem de uma prescrição médica, cujo objetivo é o de tratamento de uma enfermidade (WALDOW, 2012, p. 70).

Sobre isso Oguisso refere que uma das alavancas para a Enfermagem é analisar o passado com o afincado objetivo de modificar práticas na formação pensando no futuro profissional.

[...] pensar o passado como mola propulsora para a arte e ciência do cuidado reside no entendimento de que nenhuma ocupação pode ser compreendida inteligentemente sem ter sido, em alguns de seus aspectos, analisada do ponto de vista histórico e interpretada do ponto de vista humano, pois caso contrário perderia sua condição de ciência [...] o conhecimento do passado da Enfermagem é uma ferramenta indispensável ao desenvolvimento da profissão, não somente para avaliação de trajetórias simbólicas, mas como legitimação da prática e das potencialidades inerentes ao exercício profissional (OGUISSO, 2014, p. 253).

Finalizamos reforçando que história constitui-se um “*conceito chave*” e um “*ponto de partida*” para análise da profissão, como cita Silva e Silva (2010, p. 80), e que a realidade deve ser observada para além do questionamento, mas com uma atitude propositiva e ativa da Enfermagem, buscando a transformação e a libertação pelo conhecimento de sua *essência* e dessa forma, mobilizar e motivar quem a exerce e quem a recebe.

2.3.2 Cuidar: a essência da Enfermagem

Identificamos o *cuidar* como descreve Oliveira:

[...] a essência do trabalho para a Enfermagem. Um trabalho importante, complexo e de alta responsabilidade. Exige raciocínio crítico elaborado, habilidade técnica, somados a uma cultura profissional que abrange aspectos sociológicos, filosóficos e éticos, além de capacidade de liderança da equipe e de saber construir vínculos de empatia, confiança e respeito com o cliente, sua família e sua comunidade (OLIVEIRA, 2016, p. 03).

A discussão sobre o cuidado no Brasil encontra sedimento nos textos de diversos autores, como Zuleica Patrício e Vera Regina Waldow. Essa última, citando Roach, vê no cuidado uma “*expressão da humanidade*” e na Enfermagem uma “*profissionalização do cuidar*”, o que é retratado no trecho a seguir:

Roach (1991) chama a atenção para o fato de que a necessidade de cuidado, nos dias de hoje, é maior do que nunca. Para a autora, o cuidado é uma forma de ser visto sob uma perspectiva ontológica. Assim, sendo, não é apenas um privilégio ou característica da Enfermagem. O cuidado é uma expressão de nossa humanidade, sendo essencial para o nosso desenvolvimento e realização como seres humanos. Contudo, a Enfermagem possui vários requisitos e atributos que a distinguem e a caracterizam por ser uma profissão de ajuda na qual o conceito de cuidado é genuíno como um conceito que abrange todos os atributos que a tornam uma disciplina humana e de ajuda. A Enfermagem não é nem mais nem menos do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da aquisição dos conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à Enfermagem (ROACH, 1991 apud WALDOW, 2012, p. 27).

A construção do cuidar deve ser estimulada na formação pela experimentação nos cenários de prática, na reflexão teórica e com a apresentação de padrões de cuidados. Historicamente descrita com uma função feminina, esse atributo é valorável:

Os primeiros seres a praticar a medicina foram as mulheres, não porque eram as “enfermeiras” naturais de seus homens e crianças, tampouco porque realizavam os partos, mas devido à sua conexão tão próxima com o solo (através da agricultura). Essa experiência deu-lhes conhecimento das plantas, frutos, raízes e sementes, capacitando-as a desenvolver a arte da medicina, distinta da mágica dos religiosos ou shamans. Desde os primórdios, foi a mulher quem primeiro tratou no sentido do cuidar e de medicar (DURANT, 1954). Collière (1989) também compartilha essa ideia, ao referir a esquecida associação das mulheres com a farmacologia.

Poder-se-ia dizer que, através do cuidar, as mulheres expressam uma forma de relação com o mundo. Dessa forma, ao pensar o cuidado humano, como uma forma de estar, de ser e de se relacionar, as mulheres, inquestionavelmente, podem ser consideradas cuidadoras, por excelência (WALDOW, 2012, p. 42-43).

Assim, cuidar passou a ser entendido como “ajudar a viver”, e as mulheres desempenhavam papel fundamental no cuidado com o outro, sendo vistas como alguém que cuida (ALVES et al., 2015, p.84).

Mas o que é *cuidar*, enquanto argumento principal e espírito da Enfermagem? Ele se revela quando prestamos atendimento a outro ser, buscando mediar o encontro rumo à identificação e ao apoio para resolução das necessidades básicas afetadas. Como envolve, entre outros aspectos, o relacionar-se e lidar com pessoas espera-se que o profissional tenha uma concepção histórica e contextualizada para compreender a complexidade dessa tarefa (ROCHA, 2000; BUDÓ et al., 2016). Esse pensamento é compartilhado por Souza:

O cuidado, assim como qualquer práxis, guarda similitudes com o processo de trabalho, mas possui sua especificidade, que o distingue das outras práxis. Qual seja: cuidar, é ajudar outrem a viver. Trata-se de uma prática existente desde que surgiu a vida humana, cujo fim consiste em permitir a continuidade da vida, lutando contra a morte do indivíduo ou das coletividades. Deste modo, o cuidado é inerente ao ser humano, práxis ineliminável do âmbito do ser social (SOUZA, 2017, p. 546).

Leonardo Boff (2008), em seu livro “*saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*”, discute o cuidado em uma visão fenomenológica e ontológica. O autor explica que fenomenologia estuda a realidade, neste exercício, a compreensão *do cuidado*, para torná-lo um fenômeno consciente que se expressa por meio de uma prática. Já a ontologia busca entender constituição do ser humano, a singularidade do ser.

Cita e reforça: “*não temos cuidado. Somos cuidado... sem o cuidado deixamos de ser humanos*” (BOFF, 2008, p. 89). Esse autor explica que o cuidado é uma prática fundamental e, inclusive, inerente do ser humano e que pressupõe mais que um conhecimento cognitivo sobre um determinado objeto em execução. Entendemos que o profissional deve desenvolver também habilidades e atitudes que caracterizam o ser humano para a prática do cuidar.

Traz um elemento da competência, a atitude: “cuidar é mais do que um ato, é uma atitude”, portanto, envolve a emoção e o sentido do ser humano em se mover

para realizar determinada ação que esse mesmo autor reforça na fala “*ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro*” (BOFF, 2008, p. 33).

Boff (2008) define o cuidado como “*desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato*”, e apresenta dois modos básicos de ser-no-mundo: o trabalho e o cuidado.

O modo-de-ser-trabalho se dá na forma de inter-ação e de intervenção. [...] Pelo trabalho co-pilota o processo evolutivo, fazendo com que a natureza e a sociedade com suas organizações, sistemas e aparatos tecnológicos entrem em simbiose e co-evoluem juntas (BOFF, 2008, p, 92-93).

Já sobre o modo-de-ser-cuidado, Boff (2008) afirma que o cuidado não se opõe ao trabalho, mas lhe confere nuances diferentes, a relação entre pessoas e o conflito dialético do ser e o ser afetando a expressão do cuidado.

[...] pelo cuidado não vemos a natureza e tudo que nela existe como objeto. A relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito. Experimentamos os seres como sujeitos, como valores, como símbolos que remetem a uma realidade frontal. A natureza não é muda. Fala e evoca. Emite mensagens de grandeza, beleza, perplexidade e força. O ser humano pode escutar e interpretar esses sinais... A relação não é de domínio sobre, mas de convivência. Não é pura intervenção, mais interação e comunhão (BOFF, 2008, p, 95).

Nesse processo de busca pelo ser, o profissional, o trabalhador, pode desenvolver um conflito dialético entre o desenvolvimento do *ser* pela prática do *cuidar* e a necessidade de dominação impostas pela mídia capitalista que estimula o ter, como bem diz Waldow no texto a seguir:

O ser humano parece estar em constante conflito entre ter e ser e o ter associado ao poder no sentido de domínio, força e controle. Dessa forma, para demonstrar seu poder, equivocadamente pensado como um atributo do ser, os humanos buscam adquirir coisas, bens, dominar coisas e pessoas. Com isso, demonstram atitudes e sentimentos de não cuidado, tais como ganância, violência, inveja, hostilidade, ódio e assim por diante. O cuidado “humano” é uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Pessoas se relacionam numa forma a promover o crescimento e o bem-estar de outra. Assim, se pode questionar qual é a ética que impera atualmente (WALDOW, 2012, p 61).

A Enfermagem necessita articular-se às demais profissões da saúde no sentido de promover melhorias nos eixos produtivos, sociais e científicos, buscando

a qualificação do cuidado pelo trabalho em equipe e na forma interdisciplinar, como cita Oguisso:

Produtiva: por constituir um trabalho inserido nas relações de produção que mantém em seu interior uma divisão social e técnica do trabalho, possuindo objeto e finalidade definidos, bem como instrumentos de transformação e autotransformação.

Social: porque, além de inserida socialmente, participa dos principais movimentos dos trabalhadores em saúde e, em geral, na luta pela emancipação dos seus integrantes, nas relações de poder estabelecidas entre os detentores dos meios de produção (ou a seu serviço, como no caso do Estado) e os trabalhadores.

Científica: porque no seu processo de construção como prática desenvolve um saber instrumental também específico que lhe confere concepções norteadoras de sua prática, embora nem sempre muito claramente definidas (OGUISSO, 2011, p. 138).

A partir dessa contextualização, entende-se que conhecer a essência do cuidar fundamenta a Enfermagem profissional, a estimula enquanto área do conhecimento e finalmente integra o trabalhador à sua história e à arte do cuidar, promovendo a profissão enquanto área do conhecimento (ALVES et al., 2015).

2.3.3 A Enfermagem enquanto área do conhecimento

Rocha evidencia os nichos de atuação do profissional da Enfermagem com o indivíduo, a sua família e a comunidade através do uso de tecnologias para proteção, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos à saúde, por meio do trabalho multiprofissional e em equipe:

A Enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde [...] É o grupo profissional mais amplamente distribuído e que tem os mais diversos papéis, funções e responsabilidades. As enfermeiras provêm cuidados a indivíduos, famílias e comunidades que incluem promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamentos a pacientes crônicos, agudos, reabilitação e acompanhamento de doentes terminais (ROCHA, 2000, p. 97).

Potter (2013) discute a necessidade do trabalho na Enfermagem ser voltado às demandas e valores sociais; primando pela atualização fundamentada na

pesquisa científica e na procura da qualidade. Diferentemente, Queirós (2016) chama atenção acerca da pluralidade de saberes articulados e às relações estabelecidas de interesse da profissão:

Considerar a Enfermagem como uma ecologia de saberes remete-nos para a clarificação do estatuto de ciência que atribuímos à Enfermagem, mas que nem todos reconhecem. Os termos ecologia e saberes, saber no plural, transporta-nos para o universo da pluralidade de conhecimentos, que interessam à Enfermagem e a ela estão ligados. [...] Relevando do termo ecologia as dimensões: relação recíproca, equilíbrio dinâmico entre partes, e das partes com um meio, um ambiente ou seja um contexto (QUEIRÓS, 2016, p. 138).

Sobre a Enfermagem, enquanto área do conhecimento, Queirós (2016) a define como ciência, assentada em diversos padrões, incluindo o reflexivo e o sociopolítico (QUEIRÓS, 2016).

A Enfermagem é uma ciência de saberes plurais. O processo de desenvolvimento de conhecimento específico em Enfermagem, assenta numa multiplicidade de padrões, inicialmente identificados no âmbito do saber em Enfermagem, como padrão empírico, estético, ético, pessoal (Carper, 1978), mas também posteriormente acrescidos de padrões reflexivo e sociopolítico (CARPER, 1992; CARPER, 2006 apud QUEIRÓS, 2016, p. 143).

Waldow (2012) cita a importância de Florence Nightingale para a organização da profissão, evidenciando seu caráter prático, em seus anos iniciais, cujo foco foi o desenvolvimento de atividades relacionadas ao conforto, à administração de medicamentos, à limpeza de unidade, da cozinha e da lavanderia.

Como o seu cerne é o cuidar, habilidades e atitudes como a afetividade, a “*sensibilidade e a intersubjetividade*” devem ser consideradas e estimuladas na prática laboral e na formação profissional, assim como fatores culturais, de gênero, religiosos, éticos, etc. (ROCHA, 2000, p. 98).

Segundo Waldow (2012), o Brasil dos anos 70 favoreceu o conhecimento científico sustentado pelas teorias de Enfermagem. Estimulados pelas enfermeiras americanas, enfatizava-se aspectos biomédicos, psicológicos, sociais e mais recentemente para o Processo de Enfermagem, em especial nas instituições hospitalares, principalmente devido ao incentivo à cientificidade nos Hospitais de Ensino.

O campo de trabalho para os profissionais de Enfermagem tem se

diversificado devido ao estímulo à busca da competência técnica e, com isso, a capacitação para atuação em cenários diferenciados, no Brasil e no mundo. Esse processo vem trazendo reconhecimento social e autonomia ao enfermeiro, em especial pelo desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (OGUISSO, 2014).

A SAE é uma “*metodologia científica*” para o desenvolvimento da prática, garantindo maior “*segurança*” aos usuários que recebem o cuidar, disponibilizando a qualidade na oferta da assistência e promovendo o aumento da “*autonomia*” para os profissionais da Enfermagem (TANNURE, 2011; GOMES; BRITO, 2012, p. 65; ARAÚJO et al., 2017).

Estamos em um movimento de qualificação da prática. Para tanto, espera-se que o profissional construa e desenvolva sua competência através de “*conhecimentos, habilidades*” e atitudes, transformando-as e reconstruindo-as em seus cenários de atuação (KROGER et al., 2010 apud GOMES; BRITO, 2012, p. 65).

Neves e Shimizu (2015, p. 40) referem que a SAE é a “*organização do trabalho, segundo as fases do seu fluxo*”. Seu exercício envolve o conhecimento da natureza do trabalho a ser executado (cenários diversos), a definição do processo de Enfermagem (a natureza do trabalho), alicerçado em bases teórico-filosóficas (fundamentação teórica) e o reconhecimento do perfil profissional requerido (habilidades e atitudes adequadas).

Finalizamos com as contribuições de Araújo et al. (2017, p. 134) a cerca das dificuldades em se implantar a SAE nos cenários de atenção, entre as quais citamos: “*falta de conhecimento sobre a SAE, o que contribui para a desumanização do cuidado; falta do estímulo à pesquisa científica e também da educação permanente em pequenos grupos*”. A existência desses obstáculos contribui para prejudicar a qualidade do atendimento e do exercício do cuidar na lógica da práxis.

Essas dificuldades são um desafio para o trabalho da Enfermagem, em especial no ambiente hospitalar, porque o processo de implantação da SAE em unidades secundárias demanda profissionais com ação fundamentada, organização do processo de trabalho, com planejamento e com foco em resultados favoráveis aos usuários e trabalhadores.

Para tanto, o trabalho deve ser realizado com comprometimento e capacitação, o que exigirá da alta gestão investimentos em educação permanente

dos trabalhadores e em “*estrutura física, materiais*”, além da “*redução da sobrecarga de trabalho do quadro de pessoal insuficiente*” para melhoria da assistência prestada (GOMES; BRITO, 2012, p. 68-69).

2.3.4 Trabalho na Enfermagem hospitalar: sua práxis!

Considerada uma categoria expressiva na saúde nacional e internacional, a Enfermagem foi destacada pelos dados de 2015 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse aponta a existência de 3,5 milhões de trabalhadores na saúde no Brasil e mostra que, desses, “*50% atuam na Enfermagem*” (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016, p. 29) e ainda afirma que:

Tais dados demonstram o papel destacado da Enfermagem no setor saúde. Esse destaque também se verifica no trabalho cotidiano das unidades de internação hospitalares. [...] O foco de atuação da Enfermagem em unidades de internação hospitalares está relacionado aos desafios internacionais e nacionais de construir ambientes de prática positivos, que proporcionem melhor experiência para os trabalhadores e usuários (VANDRESEN, 2016, p. 29).

Compreender o processo de trabalho dessa expressiva categoria se dá quando estabelecemos as práticas de saúde utilizadas pelos trabalhadores na busca do apoio ao usuário, quanto ao restabelecimento da saúde ou nos encaminhamentos adequados em cada caso, mas principalmente por reconhecermos a sua importância não apenas numérica, senão, como argumenta Quirino e Collet (2009), como atividade social inserida no campo da saúde:

Como o trabalho em saúde produz homens em relação com outros homens, então, em um dado momento da vida humana, pela lógica marxista desse trabalho, o homem se tornará objeto do trabalho, pois entendemos que ele é a matéria sobre qual o trabalho será realizado (QUIRINO; COLLET, 2009, p. 682).

Essa prática traz conflitos no trabalho da categoria. Elencamos um que diretamente reflete sobre esta dissertação, que é o conflito dialético entre as práticas de um mercado capitalista que exige o uso cada vez maior da tecnologia, da busca pelo ter e não pelo ser, do atendimento rápido, seriado e técnico, e não

personalizado, humanizado, potencialmente desconectado das necessidades não biológicas dos usuários. Ou seja, "o trabalho parcelar e fragmentado, ao reduzir a ação operária a um conjunto repetitivo de atividades, fixa os profissionais em determinada etapa de certo projeto terapêutico produzindo, dessa forma, alienação" (QUIRINO; COLLET, 2009, p. 682).

E complementadas na fala de Elias e Navarro:

[...] a intensificação laboral é traço característico da atual fase do capitalismo e tem levado ao consumo desmedido das energias físicas e espirituais dos trabalhadores. A insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que as pessoas se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres, de alto risco (ELIAS; NAVARRO, 2006, p. 518).

Por outro lado, temos o exercício de práticas historicamente constituídas, voltadas aos princípios "*abnegação, obediência, dedicação*" (ELIAS; NAVARRO, 2006, p. 518), realizando em contramedida o uso do diálogo, da reflexão, do olhar individualizado, da habilidade interpessoal, do trabalho em equipe, do acolhimento às necessidades emocionais, favorecendo, assim, o exercício do ser, por meio de atitudes.

No ambiente hospitalar, esse conflito pode se agravar, pois, segundo Santos e Sanna (2014, p. 91), nesses locais, em grande medida, temos a entrega de serviços não perceptíveis, normalmente "*técnicos*", devido à gravidade do estado de saúde de seus usuários que buscam atendimento, por vezes, rápido, devido ao volume de usuários que necessitam da atenção do profissional e por este motivo, expressa na relação "*interpessoal*". O usuário / cliente recebe a atenção qualificada, mas o serviço tende a se desumanizar.

Lorenzetti, Gelbcke e Vandresen complementam essa visão quando afirmam que:

A atenção hospitalar caracteriza-se como de grande complexidade por envolver cuidados a pessoas em situações críticas e agudas de agravos à saúde, exigir o uso de tecnologias exclusivas e demandar um trabalho multiprofissional especializado e avançado, com aplicação de protocolos assistenciais válidos, confiáveis, seguros e atualizados (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016, p. 8).

Dessa forma, o profissional de saúde hospitalar tende a ser cada vez mais

técnico, especializado e multiprofissional, com aplicação de normas e rotinas específicas, de protocolos assistenciais padronizados, validados, seguros, disponíveis e atuais nas unidades hospitalares (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016). Assim, é estimulado quanto ao uso de estratégias tangíveis de qualidade:

Num momento em que a qualidade tem sido uma preocupação, as instituições e os profissionais da área da saúde têm vindo a enfrentar muitos desafios. Particularizando, a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no contexto hospitalar, é uma área que exige estudos específicos, no sentido de se identificarem estratégias diferenciadas que possam contribuir para uma prática profissional de excelência (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016, p. 132).

Devemos reconhecer o papel do trabalho para o profissional de Enfermagem, em um contexto multiprofissional e transdisciplinar. Caso o trabalhador venha a ser submetido ao trabalho realizado de forma fragmentada, parcelada e segundo princípios Taylorianos de administração, pode favorecer o que Marx chamou de alienação (como citado anteriormente), ou seja, neste caso, uma desconexão entre o trabalhador e o seu processo de trabalho, diretamente incidindo no trabalho desenvolvido, pois se resumirá ao movimento técnico e repetitivo do cotidiano (QUIRINO; COLLET, 2009, p. 682).

Portanto, entender como esse processo ocorre é fundamental para se ter clareza de quais mudanças serão necessárias nesse contexto. Como a pesquisa se deu em unidade de internação, vamos mergulhar nessa área.

As unidades de internação são “*locais de produção de serviços*” necessários aos usuários com afecções e necessidades de saúde que exigem internação hospitalar. No Brasil temos cerca de 18,5 milhões de internações hospitalares por ano, o que nos oferece uma dimensão da necessidade de reflexão sobre o trabalho desenvolvido nesses ambientes (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016, p. 2).

Entre as unidades prestadoras de cuidados – Subsistemas do Sistema de Enfermagem – de um hospital geral de médio e grande porte, pode-se destacar: Emergência – adulto e pediátrica – (EA, EP); Unidades de Internação de Clínica Médica (UICM); Unidades de Internação de Clínica Cirúrgica (UICC); Unidade de Terapia Intensiva (UTI), adulto e pediátrica; Centro Cirúrgico (CC), adulto e pediátrico; Centro Obstétrico (CO); Unidade de Internação de Clínica Obstétrica

(UICO); UTI Neonatal (NEO); Centro de Material e Esterilização (CME); Unidades de Internação de Clínica Pediátrica (UICP); Ambulatório, entre outras (SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008). Cada subsistema possui uma equipe de Enfermagem composta por: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (profissionais de nível médio), Enfermeiros (profissionais de nível superior) e Auxiliares Administrativos (profissionais de nível médio), os quais se agregam formando uma equipe de trabalho (SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008).

A atuação da Enfermagem é de grande relevância na assistência, na gestão, na pesquisa e no ensino em geral. Reconhecemos a necessidade de organização, manutenção e coordenação das ações para garantir o funcionamento dos ambientes hospitalares de forma terapêutica. Para tanto, se exige do profissional o trabalho em equipe, a articulação multiprofissional, assim como, da alta gestão à garantia de estruturas e ambientes salubres e a disposição de materiais e equipamentos para o exercício profissional (LORENZETTI, GELBCKE; VANDRESEN, 2016, p. 2), como evidenciado no texto de Elias e Navarro (2006):

O hospital, de maneira geral, é reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham. Estudos anteriores apontam-no como local privilegiado para o adoecimento. Além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, o sofrimento psíquico é também bastante comum e parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos aqueles trabalhadores, tanto na esfera do trabalho quanto fora dela. As difíceis condições de trabalho e de vida podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais como a ansiedade e a depressão, frequentes entre as auxiliares de Enfermagem (ELIAS; NAVARRO, 2006, p. 518).

O trabalho no ambiente hospitalar tende a exigir do profissional cada vez maiores e “*novas competências*” para adaptabilidade dos mesmos ao uso e às “*mudanças tecnológicas*”, aos usuários / clientes cada vez mais exigentes, afetando sobremaneira o seu processo de trabalho (CAMELO, 2012, p. 2).

Finalmente queremos particularizar a Enfermagem. Antes de compreender melhor o processo de trabalho por ela desenvolvido, vamos evidenciar o trabalhador enquanto sujeito gerador do cuidado. Quem é esse ator social?

2.3.5 O trabalhador da Enfermagem

Quando pensamos na identidade, a consideramos como algo singular, exclusivo, característico, intransponível e pessoal. Pressupõe o conhecimento dos significados reais, dos simbolismos que a envolvem e na literalidade da compreensão sobre o ser, que explique a percepção e as ações a si e aos outros. A Enfermagem possui uma gama de representações e códigos que a legitima e promove seu reconhecimento (PORTO, 2004; OGUISSO, 2011).

Como essa dissertação traduz os resultados numa perspectiva marxista e o trabalho em saúde pressupõe a relação do homem em relação a outros homens, podemos imaginar que o homem se tornará sujeito do trabalho, quando o visualizamos como agente pelo qual o mesmo será realizado (QUIRINO; COLLET 2009). Neste processo, dois atores devem ser ressaltados: o profissional da Enfermagem, quando expressa seu cuidado de modo gerencial, assistencial, educacional e científico e o próprio usuário/ cliente quando recebe o trabalho em saúde.

Reconhecemos a importância desses dois atores, porém, para efeito da dissertação, vamos nos debruçar no primeiro ator.

Machado et al. (2016) realizaram um estudo transversal, cuja população alvo de interesse era composta por aqueles profissionais que estivessem registrados como ativos no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Analisaram os aspectos sociodemográficos dos profissionais de Enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos) e constataram a presença de mais de um milhão e oitocentos mil trabalhadores, constituindo, assim, 50% da Força de Trabalho (FT) que atua no setor saúde. Esse estudo chama a atenção para dados que constituem fatores de construção de identidade da categoria no Brasil:

- São mais de 1.800.000 de um total de 3,5 milhões de trabalhadores de saúde;
- Majoritariamente, constituída de técnicos e auxiliares de Enfermagem (77%). Por outro lado, os enfermeiros demonstram um vigoroso crescimento com tendência à expansão, representando pouco menos de 1/4 (23%) da Força de Trabalho – FT;
- Predominantemente feminina, ou seja, (85,1%). No entanto, registra-se a presença crescente (14,4%) de homens, o que significa afirmar o surgimento de uma nova tendência, a da masculinização na categoria;
- Registra-se: 40% do seu contingente com idade entre 36-50 anos; 38% é

entre 26-35 anos; 2% com idade acima de 61 anos. Por outro lado, tem-se 61,7% do total, representando mais 1 milhão e 100 mil trabalhadores até 40 anos, o que significa dizer que a equipe de Enfermagem é predominantemente jovem;

- A maioria absoluta da equipe é brasileira. No entanto, chama atenção que mais de 2.000 profissionais têm nacionalidade estrangeira;
- Concentração de mão de obra nos grandes centros urbanos e predominância de profissionais residentes na capital (56,8%) em relação aos do interior (40,9%);
- 42,3% da equipe de Enfermagem declaram ser da cor branca. Somados, pardos (41,5%) e pretos (11,5%), atingem 53%, tornando-se o mais expressivo e dominante na composição de cor/raça da equipe. Destaca-se que mais de 10.000 desses trabalhadores são de origem indígena (MACHADO et al., 2016, p. 10).

Faremos uma breve reflexão acerca de alguns dados, pois os consideramos fundamentais na identificação e reconhecimento do perfil do ator / ser por traz do profissional de Enfermagem.

A profissão Enfermagem, em grande parte, é exercida por mulheres, as quais desenvolvem, em sua maioria, atendimento hospitalar, estando sujeitas a uma dupla jornada de trabalho (ser profissional e mãe), que impacta no exercício diário da atividade laboral – vulnerável a acidentes de trabalho por cansaço, por exemplo (ROCHA, 2000; OGUISSO, 2011).

Sendo uma categoria expressiva numericamente, como ainda não se sentir valorizada? Waldow (2012), em seu livro, nos dá uma direção a respeito desse assunto quando cita a invisibilidade da Enfermagem, como veremos a seguir:

Desta forma, pensa-se ser procedente retomar alguns aspectos que, ao longo do tempo, têm contribuído para a invisibilidade da Enfermagem. Considera-se que o cuidar assume papel fundamental neste processo. Como o cuidar tem sido, historicamente, associado a uma função feminina de prestação de serviço de natureza servil, de menos valor, talvez por esta razão a Enfermagem tenha se desenvolvido de forma subordinada a outras profissões (principalmente a medicina) e como ação complementar e/ ou auxiliar. Comentou-se, neste mesmo capítulo, que certas ações de Enfermagem – cuidado –, exercem efeitos, tais como banho no leito, uma boa higienização após as eliminações, posicionamento e tantas outras ações consideradas simples, provocando conforto e bem-estar (inclusive ouvir, conversar), além de auxiliarem, sobremaneira, na integridade, não só física mas moral, e na autoestima da clientela. Infelizmente, muitos profissionais as rejeitam e não respeitam os desejos e necessidades do ser cuidado, pois evitam essas ações ou as realizam de forma grosseira, inábil e desleixada, em função de desculpas como sobrecarga de trabalho, de falta de tempo e de suas próprias necessidades, ou melhor, de suas dificuldades e de preconceitos em relação a elas. Considera-se, inclusive, que atitudes que seriam compatíveis com des-cuidado configuram-se como uma total falta de compromisso e envolvimento com o cuidado (WALDOW, 2012, p. 82).

Essa autora ainda argumenta que a desvalorização também é provocada por fatores como a falta de assertividade, de confiança, de conhecimento, desunião (por exemplo, nas questões de poder e hierarquia) e falta de envolvimento (ibidem).

Mas o desprestígio e a desmotivação são decorrentes apenas das raízes históricas do desenvolvimento da Enfermagem?

Antunes (2009), quando aborda a concepção de Karl Marx sobre as noções de progresso, liberdade e sujeito ao longo da história ocidental, faz uma ponderação acerca do capitalismo e suas consequências para o indivíduo, como veremos a seguir:

[...] história humana fundaria e desenvolveria ao grau mais absoluto de oposição a contradição no interior do próprio gênero humano, a oposição entre indivíduo e gênero e a oposição entre gênero e Natureza. Quanto mais a história se desenvolve, mais se desenvolve com ela o gênero humano e sua capacidade produtiva, científica e espiritual, isto é, mais progredem as forças produtivas dirigidas para dominar e transformar a Natureza. Contudo, quanto mais o domínio humano sobre a Natureza se desenvolve, mais se desenvolve ao seu lado a contradição entre produção social e apropriação privada da riqueza. Quanto mais o gênero humano desenvolve as potências para o trabalho, mais aqueles que produzem diretamente a riqueza se separam dela e caem na desumanidade e na animalidade (ANTUNES, 2009, p. 86).

Dessa forma, a desumanização pode contribuir para que o trabalhador não se sinta valorizado e reconhecido em seu ambiente de trabalho. Camelo (2012, p. 4) ressalta outro aspecto para compreensão da invisibilidade e falta de reconhecimento do trabalhador, que é a “*divisão de tarefas*”. Esse se constitui em outro dilema dialético profissional, causado pelos diferentes graus de formação dos trabalhadores na Enfermagem, o que impacta na organização do labor e evidencia dois lados: um do profissional enfermeiro em seu papel de detentor do saber, gestor do processo de trabalho e outro de categorias técnicas que são os executores do cuidar.

Essa prática, segundo Fonseca (2007, p. 41), foi estimulada pelo taylorismo e provocou a separação entre aquele profissional “*intelectual*” que concebe, gera e planeja o cuidado do profissional “*executor*” daquele que executa as tarefas e atividades planejadas.

Contribuindo com essa visão, citamos Ribeiro e Costa (2017, p. 27), que reforça que essa divisão é provocada também pelos “*diferentes níveis de formação*” e qualificação técnica. Assim, temos o enfermeiro, profissional de nível superior, tendo sido graduado em Enfermagem, curso que dura de 4 a 5 anos, e recebido um

diploma expedido por uma instituição de educação superior, e temos o profissional de nível médio, Técnico / Auxiliar de Enfermagem, que fez um curso de média duração (até 1 quando se complementa a carga horária e 2 anos o curso completo), sendo diplomado ou o certificado concedido por uma instituição de ensino médio e exercendo funções com atribuições e atuações diferentes previstas em lei.

Assim, para o exercício do seu trabalho, Lunardi et al. (2016, p. 42) citam que o profissional enfermeiro deve obter na formação o preparo para atuar em diversos contextos, em equipe, multidisciplinarmente e “eticamente”, de forma que seu conhecimento possa qualificar seu cuidado.

Uma estratégia valiosa para a qualificação do cuidar está no exercício do “trabalho em equipe e da comunicação integrada e cooperativa” segundo Laccort e Oliveira (2017, p. 7) a entende, ou seja, como uma forma competente e efetiva de promover a harmonia no ambiente laboral, o que diretamente contribui para o aumento da equipe e, por sua vez, com a eficiência, segurança e qualidade da assistência prestada.

A história da Enfermagem, em constante construção, caminha para o estímulo à formação e o desenvolvimento das competências (OGUISSO, 2011), com foco no cuidado e no fortalecimento de seus atores.

Há de se considerar também a construção de estratégias para o incentivo ao empoderamento desse cuidado, com maior participação nos espaços decisórios, melhoria das condições de trabalho e de segurança, além do **orgulho** e do sentimento de finalidade pelo trabalho desenvolvido (WALDOW, 2012).

O cuidar de hoje na Enfermagem... compreende os comportamentos e atitudes demonstradas nas ações que lhe são pertinentes e asseguradas por lei e desenvolvidas com competência no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. O cuidado é o fenômeno resultante do processo de cuidar, o qual representa a forma como ocorre (ou deveria ocorrer) o encontro ou situação de cuidar entre cuidadora e ser cuidado. Por competência entende-se as qualidades necessárias ao desenvolvimento as atividades de Enfermagem e se traduzem por conhecimento, habilidades e destreza manual, criatividade, sensibilidade, pensamento crítico, julgamento e capacidade de tomada de decisão (WALDOW, 2012, p. 87).

Assim, o trabalhador da Enfermagem deve realizar o cuidado qualificado, tendo condições de trabalho e se identificando, se valorizando e enfrentando os desafios do mundo moderno com competência (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2015; FREIRE, 2016).

Diante da atitude de cobrança cada vez maior dos usuários, o profissional deve adotar uma atitude de autorreflexão e avaliação para evolução da profissão e do seu processo de trabalho (BARBOSA; MELO, 2008).

2.3.6 Processo de trabalho na Enfermagem: seu diálogo com as competências

O processo de trabalho no setor de saúde apresenta algumas especificidades. Segundo Pinho et al. (2003): “[...] ele se distingue do trabalho de outros setores da economia, à medida que o seu produto final é um serviço resultante da ação compartilhada de vários profissionais e centra-se nas relações interpessoais entre beneficiários e executores” (PINHO et al., 2003, p. 169).

Ao longo da história a “*Enfermagem-arte*”, como era conhecida a profissão, esteve sendo reconhecida como a “*Enfermagem-ciência*”, por incentivar a criação de espaços de valorização do conhecimento técnico e dos saberes múltiplos para a profissão, sustentando-a enquanto área de saber reconhecida pelo Código de Ética dos profissionais da Enfermagem (COSTA et al., 2017, P.2-3) e promovendo um processo de Enfermagem mais coerente com as demandas da profissão.

O processo de Enfermagem é complexo, multifacetado e dependente da fundamentação teórica que o fundamenta. Ribeiro e Costa (2017) faz uma reflexão sobre essa dimensão:

Conscientes ou não da dimensão desse serviço, seria interessante refletirmos sobre um ponto certamente bastante polêmico, levantado por Moura, Magalhães e Chaves (2001). Uma organização efetiva do processo de cuidar exige conhecimentos diversos, que vão além da simples técnica, permeando também a gestão, a pesquisa e o ensino. A congruência de todas essas facetas do processo de Enfermagem é dificultada pelo grande contingente de pessoal com formações distintas, pelos variados tipos de pacientes, pelos diferentes ambientes e pela diversidade dos equipamentos (desde os mais simples até os mais sofisticados). Portanto, para que as metas sejam alcançadas com qualidade, várias teorias devem subsidiar a construção e a estruturação de um serviço de Enfermagem (RIBEIRO; COSTA, 2017, p. 27).

Sanna (2007) apresenta os processos de Enfermagem, citando-os como: o processo de trabalho que compreende o *Assistir, Administrar, Ensinar, Pesquisar* e o

Participar Politicamente.

O Quadro 4 apresenta o processo de Enfermagem de forma resumida e oferece uma ideia de cada um de seus componentes:

Quadro 4 - Os processos de trabalho na Enfermagem

(continua)

Componentes do processo	Objeto	Agentes	Instrumentos	Finalidades	Métodos	Produtos
Assistir	cuidado de indivíduos, família e comunidades	enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem	conhecimento, habilidades e atitudes que compõem o assistir em Enfermagem, materiais, equipamentos, espaço físico, etc.	promover, manter e recuperar a saúde	sistematização da assistência e procedimentos de Enfermagem	pessoa saudável ou morte com dignidade
Administrar	agentes do cuidado e recursos empregados no assistir em Enfermagem	enfermeiro	bases ideológicas e teóricas de administração e prática de gerenciamento de recursos	coordenar o processo de trabalho assistir em Enfermagem	planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria	condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia.
Ensinar	indivíduo que quer tornar-se, desenvolver-se como profissional de Enfermagem	aluno e professor de enfermagem	teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem	formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem	ensino formal, supervisionado por órgãos de classe e da educação	enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, especialistas, mestres, doutores, etc
Pesquisar	saber em Enfermagem	enfermeiro	pensamento crítico e filosofia da ciência	descobrir novas e melhores formas de assistir, gerenciar, ensinar e pesquisar em Enfermagem	métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa	novos conhecimentos e novas dúvidas

Quadro 4 - Os processos de trabalho na Enfermagem

(conclusão)

Participar politicamente	força de trabalho em Enfermagem e sua representatividade	profissionais de enfermagem e outros atores sociais com quem se relacionam	conhecimentos de Filosofia, Sociologia, Economia, História e Ciência Política; argumentação, diálogo, pressão política, manifestação pública e rompimento de contratos	conquistar melhores condições para operar os outros processos de trabalho	negociação e conflito	poder, reconhecimento social e conquista de condições favoráveis para operar os processos de trabalho
---------------------------------	--	--	--	---	-----------------------	---

Fonte: SANNA, 2007, p. 223.

Como fragilidade desse processo, pode-se elencar o apego ao foco do cuidado com o usuário / cliente e não no próprio processo de cuidar, por meio do exercício de tarefas repetitivas e sem nenhuma reflexão em respeito à sua prática. (FRANCISCO; HUNGARE, 2011, p. 94). Cuidar é assistir, é ensinar, é gerir e é pesquisar.

O Ministério da Educação, por meio da portaria nº 1.721/1994, propôs um currículo que chamou de mínimo para o curso de graduação em Enfermagem, estimulando a formação com perfil generalista, holístico e baseado nas áreas fundamentais: assistência e gestão (BRASIL, 1994).

A partir de 1997, com a importante participação da Associação Brasileira de Enfermagem, como coordenadora do debate para mudanças no currículo da Enfermagem, no sentido de adequação às novas necessidades e realidades laborais e na formação acadêmica, buscou-se, juntamente com as Associações de Ensino das demais profissões da área da saúde, com o Conselho Nacional de Saúde, com o Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas) e Comissão Intersectorial de Recursos Humanos da Saúde (Cirh) (CHAVES, 2014), a publicação da Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. Essa institui as DCN do curso de graduação em Enfermagem valorizando as competências e habilidades.

Nas DCNs são descritas as competências gerais e habilidades específicas, necessárias à atuação do enfermeiro, além dos conteúdos curriculares que:

[...] devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Enfermagem (CNE, 2001, Art. 6º).

A orientação das DCNs é um estímulo para a formação do enfermeiro voltado às competências. Tem como linhas gerais atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (CNE, 2001; LOURENÇÃO; BENITO, 2010; FURUKAWA; CUNHA, 2011; JUNIOR et al., 2012; CAMELO, 2012; CHAVES, 2014; LEAL et al., 2016; COSTA et al., 2017).

A respeito das competências e habilidades específicas, descritas no artigo 5º das DCNs, são subsidiados os projetos de formação acadêmica e priorização do atendimento integral, do trabalho em equipe e do conhecimento do sistema de saúde vigente no país no perfil de iniciativa, reflexão, motivação e liderança. Espera-se que os profissionais estejam aptos a enfrentar a complexidade, as adversidades e os eventos inusitados cotidianamente. Estimula-se a educação permanente no trabalho, na formação continuada, na vida de relações, no exercício do cuidado e no comportamento cidadão (CNE, 2001; CHAVES, 2014).

O modelo de competências estimula a formação do discente com desenvolvimento de *“conhecimentos, habilidades e atitudes que serão rotineiramente mobilizados pelo futuro profissional de saúde”* no seu processo de trabalho (ALMEIDA; PERES, 2012, p. 67). Como uma resposta às demandas sociais, visando o fortalecimento do SUS, as competências devem ser explicitadas nos planos de ensino e projetos político-pedagógicos (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; LOURENÇÃO; BENITO, 2010) em especial no texto de Leal et al. (2016, p.2): *“Desse modo, a formação de recursos humanos na área da saúde deve acontecer em consonância com a política nacional de saúde, de forma contextualizada e agregando técnica, competência, integralidade e resolutividade”* (LEAL et al., 2016, p. 2).

O ensino por competências é uma realidade formalmente constituída no ensino da Enfermagem, definida pelo perfil de profissional que se deseja formar, das demandas dos serviços, *“do contexto histórico, ético, político, cultural e econômico, argumentativo, crítico, reflexivo e politizado, além das forças teóricas que sedimentam a formação”* (COSTA et al., 2017, p. 3).

Encerramos com uma fala de Almeida e Peres:

Coloca-se, então, como desafio para a profissão, a formação de profissionais competentes, focados nas quatro áreas do processo de trabalho, comprometidos com a sociedade e finalmente com o desenvolvimento de habilidades e atitudes, sustentados no conhecimento (ALMEIDA; PERES, 2012, p. 68).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Definir quais competências (habilidades, conhecimentos e atitudes) os egressos de Enfermagem devem ter para atuar em ambiente hospitalar, na visão dos supervisores de Enfermagem dos serviços de internação de um hospital público do Distrito Federal.

3.2 Objetivo específico

Identificar o que os supervisores de Enfermagem entendem por competência.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho

O estudo foi uma *pesquisa aplicada*, pois teve a intenção de obter conhecimentos com vistas à aplicação numa situação específica (GIL, 2010), que neste caso foi descobrir lacunas do conhecimento relacionadas ao termo competência. Em especial relaciona-se à *conceituação* do termo, que, segundo Minayo (2012), é composta por vocábulos ou expressões carregadas de sentidos em torno dos quais existe muita história e muita ação social.

A pesquisa foi, ainda, *exploratória*, pois teve o propósito de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Ademais, foi *descritiva* na medida em que objetiva a descrição das características de determinada população e do que essa população pensa sobre algo (GIL, 2010).

A pesquisa teve uma *abordagem qualitativa*, tendo em vista sua aplicação no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (DYNIEWICZ, 2007; MINAYO, 2010; 2012).

Foi uma *Pesquisa Participante*, tendo como principal objetivo auxiliar a população envolvida a identificar por si mesma seus problemas, realizando a análise crítica dessa e buscando soluções adequadas. A população não foi passiva. Houve intensa interação entre os pesquisadores e as pessoas envolvidas no universo pesquisado.

As variáveis ou categorias de análises encontradas no estudo foram: *Áreas de formação na graduação que o enfermeiro é preparado para atuar; Áreas de atuação do enfermeiro após a graduação; Conceito de competência; Competências que o enfermeiro deve ter para atuar em unidades clínicas hospitalares; Conceito de Habilidade; Habilidades que o enfermeiro deve ter para atuar em unidades clínicas hospitalares; Conceito de Conhecimento; Conhecimentos que o enfermeiro deve ter para atuar em unidades clínicas hospitalares; Conceito de Atitude; Atitudes que o enfermeiro deve ter para atuar em unidades clínicas hospitalares.*

O referencial teórico foi o Marxismo e os princípios da Dialética, cuja abordagem considera a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais, tendo uma proposta de juntar a análise dos contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos e as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais (MINAYO, 2012).

4.2 Local do estudo

A Superintendência da Região de Saúde Sudoeste (SRSS) de forma regionalizada é composta pelas cidades satélites de Taguatinga, Samambaia, Recanto das Emas, Vicente Pires e Águas Claras, conforme a atualização do Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015, publicado no DODF nº 228, de 27 de novembro de 2015, republicado no DODF nº 11, de 18 de janeiro de 2016.

O cenário loco-regional em estudo não possui autonomia administrativa e financeira, segundo a Subsecretaria de Gestão de Pessoas – Sugep/SES.

Porém, há, segundo a Sugep/SES, um projeto de aprimorar os processos de planejamento, gestão, qualificação e formação de profissionais de saúde no âmbito da SES-DF para promover a transferência gradual de autonomia administrativa, financeira e responsabilização sobre os serviços especializados prestados nas Regionais de Saúde e Unidades de Referência, com a integração de ações e serviços finalísticos, de maneira a imprimir qualidade e eficiência crescente à atenção e à saúde especializada no DF (BRASÍLIA, 2016).

Em especial a Região de Saúde Sudoeste, local onde a pesquisa se deu, prioriza a assistência integral e humanizada, possuindo em sua estrutura básica dois Hospitais: o *Hospital Regional de Taguatinga (HRT)*, com a capacidade de 320 leitos, e o *Hospital Regional de Samambaia*, com 132 leitos.

O HRT é o segundo maior hospital do Distrito Federal, com 21 ambulatórios nas especialidades: clínica cirúrgica, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, ginecologia, odontologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, gastroenterologia, psiquiatria, neurologia, proctologia, pequenas cirurgias, nefrologia, urologia e endoscopia. Ademais, possui atendimento de emergência nas especialidades: cirurgia, ginecologia, pediatria, ortopedia, enfermagem de politraumatizados, clínica médica e otorrinolaringologia e internação nas clínicas de cardiologia, clínica médica, pediatria, ginecologia, neonatologia, cirurgia, UTI adulto e infantil, ortopedia, oftalmologia, nefrologia, maternidade e berçário patológico (SES, 2017).

As atividades são de baixa, média e algumas de alta complexidade, com programas de imunização, Hanseníase, Tuberculose, Diabetes, DST/AIDS, Atenção Integral ao adulto, à mulher, ao idoso, ao adolescente e à criança. Nessa última clientela, o Hospital de Taguatinga (HRT) é hoje credenciado como Hospital Amigo da Criança e está atualmente treinando suas equipes de atenção básica na Rede Amamenta para ser também uma Regional Amiga da Amamentação (SES, 2011).

O hospital é usado como campo de estágio por cursos de nível médio e superior nas diversas áreas da formação, bem como nos estágios curriculares de final de curso nos moldes de internato, previstos pela resolução nº 03 do Conselho Nacional de Educação.

Hospital também está em processo de credenciamento junto aos Ministérios da Educação e Saúde para obtenção do título de *Hospital de Ensino* e, por isso, recebe diversos estudantes, internos e residentes dos cursos de Medicina e Enfermagem, além de outros cursos, o que representa um campo de trabalho e desenvolvimento de atividades de ensino importantes para os usuários do DF (BRASÍLIA, 2016; DF, 2016).

O HRT, na qualidade de empresa, segundo a classificação de Lisboa (2016), é considerado um hospital público (estadual/municipal, já que o DF tem peculiaridades quanto a isso), possuindo 08 unidades de internação e enfermarias diferenciadas segundo área de atuação e idade da clientela.

As Unidades são: de Clínicas Médicas, Unidade de Clínicas Cirúrgicas, Unidade de Ortopedia, Unidade de Cardiologia, Unidade de Pediatria, Unidade de Nefrologia (realiza tratamento de diálise peritoneal, hemodiálise e internação que ocorre na Unidade de Clínicas Médicas), Unidade de Ginecologia e Maternidade.

Segundo dados da Nuest/Gemoas/Dicoas/Suprac, em seu Relatório mensal das Coordenações Gerais de Saúde, informações obtidas no site da SES-DF, em 2015 o Hospital de Taguatinga realizou um total de 15.546 internações de leitos clínicos em relação aos 23.426 (totais da Região de Saúde Sudoeste). Ele possui 320 leitos dos 452 totais e 46 dos 49 leitos bloqueados, o que demonstra a importância desse hospital para a Região de Saúde Sudoeste (BRASÍLIA, 2016; DF, 2016).

Pesquisas estimulam e citam que bons resultados dependem, em grande medida, da capacidade de o hospital oferecer um atendimento humanizado à população. Para tanto, é necessário cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis e, por isso mesmo, capazes de promover a humanização do serviço (BRASIL, 2001).

Nesta dissertação iremos abordar um grupo específico de trabalhadores da saúde e que fazem a gestão de unidades de Enfermagem, suas tecnologias (trabalho), em especial na área da gestão de unidade.

Quando estamos falando em tecnologia, utilizaremos o conceito proposto por Merhy e Feuerwerker (2009, p. 3) quando abordam a temática do *trabalho*, definida por eles como “*trabalho vivo em ato*” como uma ação intencional sobre o mundo na busca de produção de “*coisas*” (bens/produtos) – que funcionam como objetos, mas

que não necessariamente são materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos – que satisfazem algumas necessidades. E a tecnologia não é apenas “equipamentos/ ferramentas/ instrumentos, mas também um certo saber tecnológico e um modus operandi” (ibidem, p. 4).

O estudo foi desenvolvido nas Unidades Clínicas do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), logo após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - Fepecs e da qualificação do mestrado pela UERJ. Possuem corpo clínico de enfermeiros formados na sua grande maioria por especialistas e mestres com larga experiência na área clínica, bem como, no ensino de nível médio e de nível superior.

4.3 População do estudo

A população foi formada por 07 supervisores de Enfermagem das Unidades Clínicas da CGST (UCM), compondo uma amostra intencional, o que, segundo Dyniewicz (2007), é quando o pesquisador escolhe as pessoas que irão participar do processo científico, na qualidade de amostra. A seleção foi intencional, pois foram consultados todos os supervisores de Unidades Clínicas do Hospital.

A supervisão, atualmente, é composta por: Clínicas Médicas, Clínicas Cirúrgicas, Cardiologia, Ginecologia, Pediatria, Maternidade, Nefrologia e Ortopedia totalizando 8 enfermeiros.

4.4 Critérios de inclusão

Os critérios foram que os possíveis informantes fossem enfermeiros concursados/cargo, da Enfermagem da SES-DF, com cargo de Supervisores de Enfermagem e nomeados ou que respondessem pelo serviço, lotados nas Unidades Clínicas de um Hospital Público do DF.

4.5 Técnica de coleta e análise de dados

Foram vivenciadas em três etapas, segundo Minayo (2012): sendo a primeira a fase exploratória, por meio das técnicas de análise documental, a segunda o trabalho de campo, que foi feito por meio de entrevista semiestruturada, e a terceira etapa a análise e tratamento do material da pesquisa e documentos para alcance dos objetivos do estudo.

Iniciamos com a análise documental (Apêndice A) por meio das fontes primárias: da Portaria Conjunta SGA/SES nº 08, de 18 de julho de 2006 (Anexo A) e da Resolução CNE/CES Nº 3/ 2001 (Anexo B), que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, com o objetivo de buscar aspectos relativos ao conceito de competência.

Segundo Severino (2007), a análise documental é toda forma de registro e sistematização de dados e informações que é colocada em condições de análise por parte do pesquisador e definida por Bardin (2009) como uma operação / um conjunto de operações, visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e sua referência.

Posterior à aprovação da banca de qualificação do mestrado, foram feitas as correções sugeridas pela mesma no projeto e, tendo em vista que já tinha sido aprovado pelo comitê de ética da Fepecs/SES/DF, sob o CAAE: 43098715.9.0000.5553, foi realizada uma roda de conversa com os participantes da pesquisa para orientações sobre o projeto, sobre as características, justificativas, o método, cronograma, objetivos, aspectos éticos, tempo médio de reuniões, instrumentos de coleta, análise dos dados e principalmente para um pacto de convivência no processo de pesquisa.

Após o aceite do grupo e as assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), foram feitos os agendamentos para a realização das entrevistas individuais, por meio de um roteiro temático (Apêndice C).

As entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro semiestruturado (Apêndice C), adaptado de Brandão (2012) e composto por três partes. A primeira avaliou o perfil dos entrevistados, buscando dados como a clínica de lotação atual, o sexo, a idade, o tempo de exercício do cargo, o tempo de formação, a existência de

pós-graduação, a instituição onde se graduou, o histórico profissional até o cargo de “gestor de Enfermagem” nas Unidades Clínicas Públicas do Hospital cenário, aqui chamado como “supervisor de Enfermagem”, e, finalmente, se o entrevistado (sujeito da pesquisa) teve preparação para o cargo atual. A segunda parte foi um questionamento sobre quais eram as grandes áreas de atuação para a Enfermagem. A terceira e última parte buscou nos entrevistados seu entendimento sobre o conceito de competências, de habilidades, de conhecimentos e de atitudes e também identificou, na visão dos supervisores de Enfermagem, quais seriam as competências que os egressos de Enfermagem deveriam apresentar para atuar no serviço.

Para efeito de comprovação científica, utilizou-se o instrumento da gravação de áudio em todas as entrevistas, que depois foram transcritas para o formato Word e analisadas conforme metodologia escolhida. Segundo Minayo (2010), as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização. Segundo Dyniewicz (2007), elas têm por finalidade obter informações verbais de uma parcela representativa de uma população, e seus objetivos são: atender aos propósitos da pesquisa, auxiliar, como roteiro, na coleta de dados, e ajudar a motivar o entrevistado.

As entrevistas semiestruturadas combinaram um pequeno número de perguntas fechadas e abertas, nas quais o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada (SEVERINO, 2007; DYNIEWICZ, 2007).

Os registros dos procedimentos foram gravados, transcritos e, posteriormente, analisados segundo a técnica de *análise de conteúdo*. Esse método apresenta um conjunto de técnicas de análise das comunicações e foi realizado em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, conforme Bardin (2009).

Na *pré-análise* foi feita a organização do material. Para tornar objetiva, operacional e sistemática as ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise, por meio da leitura flutuante, exaustiva, pertinente e representativa. Na exploração do material foi feita a codificação e decomposição ou enumeração do material pré-analisado e finalizando no tratamento dos dados de modo a serem significativos e válidos.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto proposto atendeu as considerações éticas de pesquisa conforme a Resolução 466/12, que trata de pesquisa envolvendo os seres humanos; foi aprovado pelo comitê de ética da Fepecs/SES/DF, sob o CAAE: 43098715.9.0000.5553 e foi iniciado após a autorização da banca de qualificação.

Recebeu a autorização da Gerência de Enfermagem da Coordenação Geral de Saúde de Taguatinga (GENF-CGST) por meio do termo de concordância (Apêndice D).

Para os participantes da pesquisa foi realizada a solicitação do consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), conforme solicitado pela Plataforma Brasil.

Ao final da pesquisa e defesa da dissertação serão apresentados os resultados como forma de contrapartida para o serviço.

5.1 Riscos

O pesquisador tomou medidas, conforme Resolução 466/2012, com objetivo da não divulgação de nomes ou dados de identificação dos participantes da pesquisa.

Somente o pesquisador e pessoa autorizada pelo pesquisador podem entrar em contato com os dados da pesquisa e, neste caso, somente com assinatura do termo de confidencialidade.

5.2 Benefícios

No cenário de pesquisa não há registro sobre a definição de competências do egresso em Enfermagem para atuação em unidades clínicas. A sugestão será a

padronização e a organização da mesma, trazendo benefícios tanto para o paciente quanto para servidores do cenário em estudo.

Tendo em vista que o papel do supervisor de Enfermagem é organizar, padronizar e fortalecer a equipe por meio de educação permanente e do incentivo à pesquisa científica, a proposta visa também melhorar a integração ensino e serviço e a qualificação da atenção ofertada ao usuário.

6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

6.1 Análise documental

Esta seção dedica-se à apresentação e à análise dos documentos e das entrevistas realizadas, com a finalidade de atingir o objetivo geral e o específico desta dissertação de mestrado.

A análise documental foi realizada, através de instrumento específico (Apêndice A) da Portaria Conjunta SGA/SES nº 08, de 18 de julho de 2006 (Anexo A), que apresenta as atribuições do cargo da Carreira Assistência Pública à Saúde do Distrito Federal e da Resolução CNE/CES nº 3/2001 (Anexo B), que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

O primeiro documento apresenta as atribuições das carreiras Cirurgião-Dentista, Enfermeiro e Médico. Em relação ao profissional Enfermeiro, é utilizado como um documento base da SES-DF para apresentar as atribuições gerais para o cargo. Do ponto de vista de grandes áreas da Enfermagem, o documento menciona apenas o âmbito **assistencial** como área da competência, mostrando sua força e influência. No corpo do texto as grandes áreas de **gestão, ensino e pesquisa** são descritas dentro como *atividades*.

Indiretamente, caracteriza a habilidade como a realização de procedimentos e ações para as quais o enfermeiro deve ser “habilitado”, tais como “*assistir ao paciente internado, [...] sondagens em geral, [...] coletar material para a citologia [...].*” Cita atitudes como “*formação de vínculos [...] coordenar*”, que nos parecem mais como ações a serem desenvolvidas do que propriamente aspectos ligados ao componente atitude.

Observamos que não há clareza dos conceitos relacionados à competência e seus elementos. Vincula-se, indiretamente, a competência ao desenvolvimento de atividades laborais, indicando sutil aproximação do modelo francês. Disponibiliza conteúdos como pré-requisitos do cargo, deixando claro sua relação intrínseca com o conhecimento cognitivo e formal. Não conceitua explicitamente os termos competência, conhecimento, habilidade e atitude. Por fim, cita as competências “*pessoais*”, no aspecto individual da competência, na abordagem comportamental

(inglesa).

Na descrição das atividades o documento refere que as mesmas devem ser realizadas “*em consonância com as normas vigentes e a legislação que regulamenta a profissão, os programas de saúde e a realidade local*”, assim, propõe a articulação com as políticas públicas e as pedagógicas, embora não apresente elementos que denotem seu conhecimento sobre as DCNs do curso de graduação em Enfermagem, publicadas em 2001.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCNs) foi o segundo documento analisado. Elas devem apoiar os Projetos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem em todo Brasil (CNE, 2001, p. 37). Em seu artigo 4º, relaciona as competências e habilidades gerais para a formação do enfermeiro: “A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais...” (CNE, 2001, p. 37).

Expressa uma miscelânea de conceitos entre conhecimentos, competências e habilidades, sem identificar as atitudes necessárias para o egresso de Enfermagem. Em suma, apresenta seis competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, educação permanente. No artigo 5º distingue as 33 competências e habilidades específicas. Porém, como já dito anteriormente, é omissa quanto à atitude e não conceitua competência e seus elementos. O inciso III - “*estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões*” e o inciso V - “*compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações*” são os únicos momentos onde se vê uma articulação entre o contexto geral da saúde com a política educacional e o fenômeno social.

Ao final, no parágrafo primeiro, aborda a necessidade de articulação educacional com as competências, voltadas para as atividades profissionais e sempre em consonância com a realidade do País.

§ 1º Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região (Ministério da Educação, 2001, p. 37).

O Art. 14 inciso VI traz como “*estratégias pedagógicas*” o “*saber ser*” e o “*saber aprender a viver juntos*”. Falta a adoção clara do conceito de competência e seus elementos, com exemplos que caracterizam os respectivos conceitos, aproximando e favorecendo a integração do ensino com o serviço, a uma ancoragem teórica.

Continuamos explorando as DCNs na apresentação e na análise das entrevistas, pois esse documento foi utilizado para argumentação científica e análise de conteúdo das falas, embora saibamos que as DCNs estão em um movimento de atualização, liderados pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com publicação prevista para 2018 (TEIXEIRA, 2017).

Após a qualificação do projeto de dissertação e a aprovação pelo comitê de ética, foi feito um piloto entre os dias 08 a 10 de maio de 2017, para validação do instrumento da pesquisa utilizado para as entrevistas (Apêndice C).

Em seguida a essa etapa foram realizadas reuniões estratégicas com a gerente de Enfermagem e com os participantes do cenário escolhido para orientações sobre o projeto, as características, a justificativa, o método, cronograma, objetivos, aspectos éticos, tempo médio de entrevistas, instrumentos de coleta e, principalmente, para um pacto de convivência no processo de pesquisa.

6.2 Apresentação e análise das entrevistas

Realizou-se sete, das oito entrevistas planejadas, visto que uma não ocorreu em função de afastamento legal de um dos sujeitos da pesquisa (licença para acompanhar filha parturiente). Todas as entrevistas se deram no próprio cenário da pesquisa, entre os dias 16 a 22 de maio de 2017, no período matutino, no horário de trabalho dos indivíduos da pesquisa e com um tempo médio de duração de cada entrevista em torno de 13 minutos.

Segue a descrição e análise do perfil dos entrevistados: Todos os indivíduos da pesquisa eram supervisores de Enfermagem, lotados e atuando nas Unidades Clínicas Públicas do Hospital cenário, conforme critério de inclusão da pesquisa. Em relação ao sexo dos sujeitos da pesquisa, 06 eram do sexo feminino e 01 do sexo masculino. Sobre a idade dos sujeitos da pesquisa, a média foi de 36 anos, sendo o

mais novo de 23 anos e o mais velho de 52 anos. Em relação à natureza da Instituição de Educação Superior formadora que os sujeitos da pesquisa se graduaram, 6 referem que se graduaram em instituições particulares de Brasília e somente um em instituição pública.

Quanto ao tempo de formação como enfermeiro, os participantes da pesquisa tiveram uma média de 6 anos e 4 meses de formação, sendo que a que tem mais tempo apresenta 10 anos de formada e a que tem menos 1 ano. Cabe ressaltar que dos 7 entrevistados, 4 relatam ter 8 anos de formação; 1 refere que tem 10 anos; 1 cita que tem 1 ano e 1 que tem 2 anos.

Em se tratando de pós-graduação, os resultados foram que 03 participantes referem não ter pós-graduação; 04 citam ter pós-graduação (nas áreas: auditoria e gestão e os outros em áreas de clínicas médicas, segurança do paciente, ortopedia e docência). Esse é um dado relevante tendo em vista que a pós-graduação, de acordo com Rodrigues et al. (2007), modifica-se dinamicamente, ajustando-se à evolução da sociedade, de acordo com as exigências da profissão e do setor saúde, além de ter como objetivo a garantia da qualidade, assegurando seu papel como instrumento de desenvolvimento científico, tecnológico, social, econômico e cultural. Além disso, nossos entrevistados são responsáveis pela supervisão de estudantes de graduação, o que nos faz refletir sobre a importância de terem a vivência de um curso de especialização, pelo menos em nível *lato sensu*.

Em respeito à modalidade de acesso ao cargo de Supervisor de Enfermagens, todos os sujeitos da pesquisa referiram que foram convidados a atuarem como supervisores, sendo então indicados para o cargo. Vemos, portanto, que ainda existem interferências políticas na gestão de cargos no cenário em foco. Percebe-se a necessidade de critérios como meritocracia e competência técnica para o cargo, tendo em vista sua complexidade e importância para o serviço público da saúde. Porém, a modalidade de acesso no cenário atual ainda é o convite, o que sugere ainda uma interferência política no preenchimento desses cargos. Essa realidade é discutida por Vaitsman:

As aspirações de meritocracia e competência técnica, amplamente difundidas entre os servidores, são parte da gramática universalista que certamente está presente e rege as relações de trabalho em uma área envolvendo atividades de alta complexidade e especialização. A meritocracia não é apenas valorizada como ideal, mas também é

perseguida, uma vez que constitui uma das vias de ascensão profissional, funcional e social (VAITSMAN, 2001, p. 45).

Esse mesmo autor ainda argumenta sobre essa prática no serviço público:

[...] o setor público é percebido como um terreno onde predomina o apadrinhamento político, as relações de favorecimento pessoal e os privilégios que contornam as normas formalmente instituídas. Ou seja, não existe a crença de que a competência e o desempenho constituam sempre os critérios decisivos para as melhores posições no setor público, mas a de que, quando tais critérios existem, devem vir combinados com as “relações” certas. (ibidem, p. 45).

A respeito do tempo de exercício do cargo de supervisor de Enfermagem, os sujeitos da pesquisa informaram que o tempo médio foi de 16 meses, sendo que a mais nova tem um mês e a mais antiga, seis anos (72 meses).

É importante considerar que nesse caso a média não é uma boa medida, pois a diferença entre o maior e o menor é grande. Dos entrevistados, 04 têm menos de um ano; 02 têm menos de 02 anos; 01 tem 06 anos.

Ressaltamos que a maioria dos sujeitos da pesquisa tem menos de um ano de exercício no cargo de Supervisão de Enfermagem, embora tenha, em sua maioria, entre 8 e 10 anos de formação, como foi descrito anteriormente, o que os respalda para analisar e descrever as competências gerais do enfermeiro.

O presente trabalho entende a palavra “*supervisão*” como discutida por Nascimento (2013, p. 27), para quem é uma força motivadora de integração e coordenação dos recursos humanos (fator humano) e materiais, de forma a tornar possível a realização do trabalho de maneira eficaz e envolvendo o processo de orientação e capacitação para o desenvolvimento do serviço, coerentes com os “*objetivos organizacionais*” (ibidem, p. 27).

O estudo realizado por Aued et al. (2016) buscou identificar as competências clínicas dos enfermeiros da assistência em unidade hospitalar, verificando que os profissionais de 6 meses a 1 ano na profissão não possuíam competências clínicas. Se considerarmos a amostra pesquisada nesta dissertação, vemos que ela possui competências clínicas, tendo em vista que a maioria tem entre um e dez anos de formação.

O próximo item do questionário buscou saber se houve atividades de preparação para o cargo de Supervisor de Enfermagem.

Nas respostas, todos entrevistados referem que não tiveram preparação

(qualificação formal, nem por interesse pessoal, nem ofertada pelo hospital cenário) para o cargo. Assim, o treinamento ou a educação permanente em serviço seriam ações importantes e necessárias para melhorar a qualidade e a segurança no serviço em estudo.

Aued et al. (2016) cita que as competências clínicas do enfermeiro assistencial são importantes, dessa forma devem ser uma preocupação e um objetivo da alta gestão, assim como a adequação do enfermeiro às necessidades do serviço, a fixação nas unidades para favorecer o desenvolvimento de competências pela atuação nas situações inusitadas, características da unidade. Dessa forma, obtendo-se resultados mensuráveis e de qualidade.

Portanto, deve-se instituir treinamentos em serviço e processos de educação permanente para toda equipe de Enfermagem, em especial aos recém-contratados, no sentido de prepará-los para a nova atividade laboral. Todavia, Aued et al. (2016) reconhece que são raros os hospitais que cultivam essa conduta.

Em relação ao processo de preparo do trabalhador gestor ao cargo, vê-se na fala abaixo, a citação de uma entrevistada em que se evidencia que essa atividade não aconteceu na formação e nem no desenvolvimento do cargo após a formação.

Não. Em relação à preparação do cargo a gente... eu percebo que ninguém é preparado pro cargo, em termos de formação, graduação, é uma coisa que a gente vai aprendendo mesmo com a prática, né? Entre erros e acertos a gente vai aprendendo com aquilo tudo que a gente vivencia. Fundamentação mesmo teórica de gestão não tem (E1, informação verbal).

Ressalta-se que a recomendação das DCNs é o estímulo para a formação do profissional de Enfermagem com foco nas competências. O ensino tradicional tecnicista, que apresenta o saber em partes, torna-se inapropriado para a realidade exigente do mundo laboral, já o de competência, dá significado ao processo de trabalho, integra ações e estimula posturas profissionais condizentes ao mercado de trabalho e às mudanças na saúde.

O modelo de competência incentiva a formação reflexiva, ativa, generalista, intervencionista com compromisso e responsabilidade social (DAMASCENO et al., 2010).

Ressalta-se a riqueza dos campos de ensino prático da Enfermagem, o que contribui com a aprendizagem e a formação por competências. Os futuros egressos e profissionais de saúde devem pautar suas ações em práticas reflexivas, na

comunicação, no trabalho em equipe e no fortalecimento de práticas seguras e adequadas à realidade laboral atual (*ibid*).

Sobre a questão da mudança das abordagens pedagógicas, Peres e Ciampone (2006) citam que ainda predominam na Enfermagem o ensino por transmissão de conhecimento e repetições. Porém, como não era objetivo do estudo verificar qual o perfil pedagógico curricular das instituições formadoras dos indivíduos em estudo, esse questionamento não foi feito.

A seguir, faremos a **descrição** e a **análise** das categorias que emergiram no estudo.

6.3 Áreas da formação em que o enfermeiro é qualificado para atuar

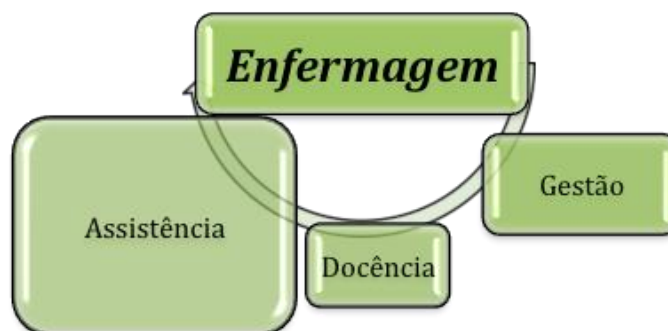
Na entrevista foi questionado quais eram as grandes áreas de atuação do enfermeiro, segundo a opinião dos participantes da pesquisa: foram 5 (cinco) citações dos entrevistados, para a área da **assistência**; 3 (três) citações para a área da **gestão**; 1 (uma) citação para a área da **docência** e nenhuma (zero) citação direta, o que corresponde a nenhum (zero) entrevistado para a área da **pesquisa**.

Assim, eu vejo que a assistencialista, que acho que é a grande principal que a gente sempre foca, tem a questão da supervisão também que é uma grande área e a questão da docência também, que a gente tá começando a ver mudanças de percepção porque antes a gente sempre focava na questão mesmo hospitalar, seria a atenção secundária, mas a gente vê o enfermeiro em todas essas áreas né? Tanto da supervisão principalmente como da docência também. Acho que são as três principais (E1, informação verbal).

Na gestão, na área burocrática. A gente atua como se fosse um síndico, né, aqui... Um síndico. Para resolver tanta coisa assim, com relação à... a área de manutenção, de predial, até isso né a gente tem que estar atuando, assim essa questão de estar ao mesmo tempo dando assistência direta ao paciente, né. (E7, informação verbal).

Na Figura 2 evidenciamos o domínio da assistência sobre as outras áreas da Enfermagem, seguida da gestão, em menor proporção, e, finalmente, a docência como uma área reduzida de atuação, além da ausência de citação direta da pesquisa enquanto área de atuação do profissional enfermeiro.

Figura 2 – Grandes áreas na visão dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Grenzel et al. (2011) confirma a hegemonia da assistência e da gestão Enfermagem na atualidade, o que corrobora o identificado no estudo. Esse autor ainda explica que o trabalho deve ocorrer de forma interrelacionada e interprofissional, em equipe, para a equipe e com melhoria para o atendimento prestado e que há destaque nas atividades do enfermeiro relacionadas às atribuições administrativas e técnicas, porém, o mesmo lembra que há importante mérito na atuação em áreas de ensino e pesquisa, diferentemente do citado pelos participantes do estudo.

Falas, ou melhor, a falta delas, deixa uma preocupação no ar. Nenhum participante citou a pesquisa como uma área de atuação do enfermeiro. Nas entrevistas percebemos que somente três áreas de conhecimento eram citadas.

Na formação, o enfermeiro deve ser preparado considerando eixos descritos por Ribeiro e Costa (2017, p. 34-35), a citar: a "*assistência*" (cuidar do indivíduo, da família e da sociedade); o "*ensinar*" (formal: escolar; e informal: instrução da pessoa, família e comunidade); a "*pesquisa*" (publicações baseadas nas pesquisas e no fortalecimento da Enfermagem como ciência); e na "*gerência*" (função gerencial: gestão de pessoas e processos cujo preparo está na formação e no cotidiano).

Evidenciou-se nas falas que os participantes do estudo não identificam a **pesquisa** como uma grande área da Enfermagem. Essa ausência sugere a sua não valorização pela Enfermagem, tendo em vista que pode estar alicerçando a sua prática na própria prática e não ancorando suas ações em processos científicos e na valorização dos saberes. Porém, essa análise é precoce, pois aqui basicamente vemos uma prevalência dos eixos assistencial e administrativo sobre os outros: "*Hoje eu posso dividir basicamente na área assistencial e administrativa. Porque aí*

dentro delas é que a gente vai colocar todo o resto. Pra mim eu vejo assim [...]” (E2, informação verbal).

Esse processo pode ser talvez elucidado por Telma Geovanini et al. (2005), em seu livro *“História da Enfermagem: versões e interpretações”*. Nele referem que o trabalho da Enfermagem é ligado aos componentes técnicos, administrativos ou assistenciais, pois tem uma formação que privilegia o último. Com isso, por vezes, há a atuação empírica, baseada na prática cotidiana, na maioria das vezes sem ancoragem científica.

Acreditamos que há alternativas para essa realidade. O estudo de Correio et al. (2015) confirma e reforça que uma prática baseada nas competências e no uso na ciência qualifica o cuidar e também seu cuidador. O estudo conclui ser necessária a valorização do conhecimento técnico, do científico, da liderança como competências essenciais e estimula *“a incessante procura por novos saberes”* (CORREIO et al., 2015, p. 50).

Assim, esse estudo evidencia que a qualificação profissional se dá pela educação permanente, de forma integrada, parceira com as instituições de ensino, beneficiando o cliente, o próprio profissional e os demais envolvidos de maneira segura.

Nesse contexto, apostamos que a integração do ensino com o serviço pode favorecer e estimular a valorização da Enfermagem enquanto ciência. Almeida e Peres (2012) refletem que cabe ao ensino discutir junto aos cenários de prática a renovação constante dos conhecimentos, atitudes e habilidades que estimulem os processos de educação permanente, qualificam e fortalecem a prática cotidiana, além de apoiar o trabalhador.

6.4 Áreas de atuação do enfermeiro após a graduação

A primeira questão suscitou outra categoria de análise por parte dos participantes. Foram identificadas falas a respeito dos serviços e das atividades que o enfermeiro pode atuar no mercado de trabalho após ser graduado.

Leva-se em consideração que a necessidade de se qualificar é contínua, sendo então estimulada a busca da formação complementar, também chamada de

pós-graduação (especialização e residência, entre outras). Elas devem preparar e oferecer caminhos alternativos, além de ampliar a segurança para atuar no mercado competitivo e em constante mudança, como é o atual.

Nas falas se evidencia uma certa confusão no grupo entrevistado sobre o que seriam as grandes áreas de atuação do enfermeiro e as atividades que o enfermeiro pode exercer após a formação.

Não sei... são tantas. (E7, informação verbal)

Em todas as áreas relacionadas com as disciplinas da graduação e também outras como Enfermagem do trabalho também, Enfermagem em auditoria, tem várias... tem vários campos que a Enfermagem pode atuar. Tanto na gestão como na parte de assistência. (E6, informação verbal).

O CNPq traz que as áreas do conhecimento podem ser definidas como *“conjunto de conhecimentos inter-relacionados, coletivamente construído, reunido segundo a natureza do objeto de investigação com finalidades de ensino, pesquisa e aplicações práticas”* (CNPq, 2017 apud OLIVEIRA et al., 2013, p. 61).

Na Enfermagem, segundo o CNPq (2017), as áreas do conhecimento são a Enfermagem médico-cirúrgica, a Obstétrica, a Pediátrica, a Psiquiátrica, a de Doenças Contagiosas e a Saúde Pública. Já o Conselho Federal de Enfermagem atualizou o exercício especializado da Enfermagem, ou seja, áreas de atuação do enfermeiro de forma especializada, por meio da Resolução nº 389, de 18 de outubro de 2011, trazendo uma lista atualizada, em seu anexo, de 44 especialidades.

Ressaltamos que alguns entrevistados acreditam que o enfermeiro tem uma formação flexível, que apresenta a eles vários nichos de inserção profissional, a ponto de poder atuar em diversas áreas, como assistência, docência e gestão; porém, alguns refletem que só a graduação não dá conta disso. Mas, em algumas falas vemos uma certa confusão entre grandes áreas de formação e áreas especializadas: *“Ah, acho que tantas. Acho que enfermeiro, ele é multi2. Eu não vejo assim em qual área, acho que enfermeiro, ele se encaixa em todas as áreas, eu não vejo assim, uma única exclusiva, acho que em todas, o enfermeiro se encaixa. [...]”* (E4, informação verbal).

Reconhecemos que o trabalho do enfermeiro é de suma importância, pois promove uma assistência ampla, de múltiplas dimensões, relacional e que envolve as interações necessárias ao bem-estar dos indivíduos (GRENZEL et al., 2011).

Abaixo vemos a Tabela 1 com uma síntese das citações dos participantes da

pesquisa, evidenciando as grandes áreas de atuação do enfermeiro. As respostas foram predominantemente área da assistência e gestão.

Tabela 1 - Citações que evidenciam as áreas de atuação do enfermeiro

Ensino	Assistência	Gestão	Pesquisa
Academia	Home Care	Auditoria	Nenhuma citação
Treinamento	Hospitais Clínicas Públicas e particulares Material Hospitalar (equipamento) Enfermagem do trabalho	Administrativa Supervisão Área burocrática Estética	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Pelas citações apresentadas, confirmamos a ausência de citações claras sobre a área da pesquisa enquanto área de atuação pós- formação, assim como identificado nas grandes áreas de formação da Enfermagem, além de uma expressiva quantidade de citações da assistência, seguida da gestão e, por fim, a reduzida quantidade de citações na área do ensino.

Esperamos que a ausência de citações claras a respeito da pesquisa seja lapso de fala, por vezes, em função de que na entrevista nem sempre conseguimos sistematizar o que pensamos em relação ao que verbalizamos. Acreditamos que pesquisa é uma atividade intrínseca do enfermeiro, deve ser um elemento norteador das suas ações e atitudes na valorização dos saberes, inclusive o científico.

Fazer pesquisa no Brasil não constitui tarefa fácil; fazer pesquisa na saúde, subfinanciada e subvalorizada é quase impossível. Ainda vivemos uma era de valorização do ter tecnologia (ter um estetoscópio; uma seringa; uma caneta; um crachá ou mesmo um jaleco), o que é uma demonstração de poder e dominação em relação ao ser (realizar uma escuta ativa; perceber a necessidade do outro sem que o mesmo lhe solicite ajuda; confirmar que a mensagem enviada foi realmente compreendida, relacionar-se; entre outros). Dessa forma, o incentivo à pesquisa deve começar na formação e ser rotineiramente perseguido se quisermos a melhoria dos processos de trabalho e dos ambientes de relações saudáveis.

A profissão Enfermagem denota talento, constitui-se expressão de múltiplos saberes, atitudes humanizadoras e habilidades relacionais (RUTHES; CUNHA, 2009). Porém, dificuldades de exercício de múltiplos papéis e competências sem

uma adequada reflexão e organização podem constituir problemas e sobrecarga ao profissional enfermeiro.

Quando em alguns momentos o mesmo profissional assume esses dois papéis, pode-se incorrer a um problema. Essa situação surge nas falas das entrevistas como um certo sentimento de *superpoderes do enfermeiro (grifo nosso)*. A nosso ver, isso pode levar a duas consequências potencialmente perigosas: a primeira é o pensamento de que sendo multi você pode atuar em qualquer lugar com um conhecimento superficial, pois seu diploma de graduação te dá superpoderes: “*Escola, hospital. Por isso que eu acho que o enfermeiro, ele é multi, porque ele se encaixa em todas. Em todos os lugares, na minha opinião, precisa-se do olhar de um enfermeiro. Eu acredito que sim.*” (E4, informação verbal).

Traesel e Merlo (2009) explicam esta situação, quando referem à noção de que os enfermeiros precisam saber, dominar, responder diuturnamente sempre. Sugerem que ela deve ser causada pela falta de limites claros para o início e o fim das suas atividades. Reforçam que esses profissionais são muito afetados, pois lidam com afetos e interações humanas, o que favorece uma atuação que extrapola o próprio papel profissional (apud SANTOS, 2010).

Chamo essa sensação de superpoderes de exercer a profissão *MACGYver ou Síndrome MACGYver*³, que é ter que improvisar às vezes e assumir tudo, ter que dar conta de tudo. Na prática, podemos imaginar ser essa uma dificuldade em reconhecer qual é a sua própria competência enquanto profissional enfermeiro?

Geovanini et al. (2005) expressa que os trabalhadores da Enfermagem tentam preencher espaços de atuação ou delegados por outros profissionais à Enfermagem, ou ainda não ocupados por outro trabalhador e também trabalham para favorecer a atuação de terceiros. Assim, uma consciência clara do seu papel enquanto profissional de saúde, suas competências, potencialidades e limitações são fundamentais para uma atuação adequada ao que se espera de uma profissional a altura dos desafios da modernidade.

³ MacGyver foi uma série de televisão americana de ação-aventura criada por Lee David Zlotoff. A série segue o agente secreto Angus MacGyver, interpretado por Richard Dean Anderson, que trabalha como “um solucionador de problemas” para a Fundação Phoenix em Los Angeles e como agente para o Departamento Governamental de Serviços Externos (DXS), ambas fictícias. Educado como cientista, MacGyver serviu na Guerra do Vietnã como técnico da brigada antibombas (“Countdown”). Muito versátil e possuidor de um conhecimento enciclopédico de ciências físicas, MacGyver resolve problemas complexos ao criar coisas a partir de objetos comuns, grande parte das vezes com a ajuda do seu canivete suíço. Prefere resoluções não violentas e não gosta de usar armas de fogo.

Nas entrevistas aparece um fato novo relacionado ao pouco apoio de alta gestão que muitas vezes não resolve e ainda coloca para que o enfermeiro de unidade resolva.

Eu acho que aqui para a gente aqui é principalmente a questão de material, de material que muitas vezes eu consigo resolver, que a gente graças a Deus nunca deixa o paciente... deixar de dialisar por conta de falta de material mesmo na secretaria, às vezes a gente pede e em lugar nenhum consegue, muitas vezes na (inint 15:01) acabam ajudando ((risos)). Eu falo: 'Eu não vou pedir mais em lugar nenhum e acabo pedindo lá'. [...] (E5, informação verbal).

Essa fala evidencia o profundo comprometimento do profissional de saúde com o exercício de suas atividades e o objetivo final que é o atendimento digno e de qualidade ao usuário. Mas a que custo? De uma sobrecarga de trabalho do trabalhador, que não tem os insumos básicos para exercer seu trabalho? De uma sobrecarga de adrenalina em buscar em serviços parceiros apoio e correr o risco de receber uma negativa e que ao longo dos anos pode se acumular e se manifestar como um sentimento de impotência e fragilidade diante de uma alta gestão desconectada da realidade loco-regional e centralizadora (por isso mesmo desconectada).

Baião et al. (2014) evidenciou em seu estudo que os profissionais de saúde se empenham em cumprir suas atividades, contudo não conseguem lograr êxito em virtude das falhas na gestão do SUS, como carência de recursos humanos e de materiais e sentimentos negativos, pela publicação nas mídias sociais de problemas com a assistência e ao atendimento à população.

Souza (2015) reforça esse pensamento e em seu estudo mostrou que o enfermeiro está sobrecarregado de multitarefas (enfermeiro tarefeiro) e afazeres cotidianos não atribuídos à profissão, assim, tendo dificuldade no exercício do planejamento das atividades relacionadas ao Processo de Enfermagem e à equipe de Enfermagem, realizando as práticas cotidianas sem conseguir refleti-las, o que desvaloriza o trabalhador, o próprio processo de trabalho e o serviço.

Temos que estar atentos para que essa sobrecarga não provoque um desgaste maior do que o próprio profissional dê conta de lidar de maneira saudável, comprometendo o seu processo de trabalho pelo distanciamento do profissional exaurido por essa sobrecarga.

Um método de reversão do problema anterior é discutido por Shimizu e

Martins (2014), que concluem em seu trabalho sobre Estratégia de Saúde da Família que o apoio institucional estimula e mantém os trabalhadores sensíveis às transformações dos serviços para a melhoria do atendimento aos usuários, bem como aumenta a satisfação no trabalho.

No caso da Enfermagem, os estudos evidenciam a necessidade de formação profissional com competência para o trabalho, que seja capaz de enfrentar as necessidades de saúde da população. Assim, deve-se formar trabalhadores adequados às exigências no mundo atual, incerto, complexo e mutável, com atitude de enfrentamento pela criatividade e inovação (CAMELO; ANGERAMI, 2013, p.557).

Concluimos que o egresso de Enfermagem deve no atual sistema produtivo estar preparado para: avaliar os recursos tecnológicos, organizacionais e humanos exigidos, desenvolvendo competências – conhecimentos, habilidades, atitudes – e demonstrando valores, planejando, organizando, dirigindo e controlando as organizações, seu capital humano, considerando que “*capital humano é um conjunto de conhecimentos, treino e capacidade das pessoas, que lhes permitem realizar trabalhos úteis com diferentes graus de complexidade e especialização*” (RUTHES & CUNHA, 2009, p. 903) para a realização dos enfrentamentos necessários à adaptação do mundo laboral às necessidades da sociedade.

É com esse pensamento que seguimos para as categorias de análise a seguir: Competência, Habilidades, Conhecimentos e Atitudes que devem possuir os egressos do curso de Enfermagem.

6.5 Conceito de competência

Todos os entrevistados relacionaram a competência a uma prática profissional, ao fazer, relacionando a um cargo, atribuições ou a uma determinada função que vem ao encontro do conceito francês de competência.

Eu acho que a competência está ligado muito o que se faz... o fazer através do conhecimento teórico, então eu faço aquilo baseado em algum fundamento teórico, isso é competência, eu sou competente habilitada em fazer aquilo. Eu definiria assim. (E1, informação verbal).
Isso é um conjunto de atribuições que um enfermeiro ele tem que ter, para conseguir desempenhar um bom trabalho. É um conjunto. (E7, informação

verbal)

Acho que seria basicamente isso, é você estar bem preparado pra desempenhar com eficiência, eficácia, sem um prejuízo grande tanto pra si quanto pro serviço. Acho que isso que seria um profissional competente. [...] (E2, informação verbal).

Carbone et al. (2009) reforça sobre o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes e traz o elemento desempenho expresso, quando expresso em um dado contexto, pelos comportamentos e realizações decorrentes das mobilizações estimuladas pelos eventos inusitados.

Essencialmente, competência para os participantes da pesquisa é o saber desempenhar funções. Somente um associou o conceito com a síntese do conhecimento com o saber fazer: “São os atributos, as funções, os papéis que você tem que fazer, atuar na sua área, acho que seria basicamente isso, as funções.” (E5 informação verbal).

Dessa forma, a competência está relacionada a uma série de atividades laborais ou áreas de atuação. Entretanto, a literatura sugere que é um exercício que exige mais do que isso. Seu uso permite não apenas que o cognitivo do egresso/ do profissional de Enfermagem/ da saúde seja estimulado, como também as atitudes e habilidades essenciais para o perfil esperado do novo trabalhador da saúde.

Na Enfermagem o termo competência refere-se à capacidade de conhecer e atuar sobre determinadas situações, envolvendo habilidades no desenvolver ações / atividades de planejamento, implementação e avaliação e requerendo experiência para fazê-lo com qualidade (AGUIAR et al., 2005, p. 319-327). Essa força que o conhecimento tem aparece nas entrevistas como elemento fundamental para o conceito das competências.

[...] eu acho que o enfermeiro ele tem que estar sempre em busca de conhecimento porque principalmente na área de saúde tudo é muito rápido e evolutivo, né. Então o enfermeiro que busca conhecimento ele consegue mais habilidade para estar lidando e atitude também para estar lidando, para estar discutindo condutas com o médico, e discutindo uma melhor forma de prestar assistência, né, eu acho que tem que buscar o conhecimento mesmo. Então isso vai da atitude de cada um, dele buscar ou não conhecimento, se ele quer crescer ele vai buscar o conhecimento através da literatura e das... da internet, né, do que está disponível no momento para gente. (E6, informação verbal).

Para nós a fala anterior sintetiza o conceito de competência, referindo seus elementos, a necessidade de articulação com as demandas sociais e trabalhistas,

além do caráter evolutivo e relacional que o mesmo exige.

Nesse aspecto, Leal et al. (2016) citam que as mudanças de conhecimentos, de tecnologias, na saúde, influenciam as práticas nos serviços, para influenciar a formação e a adequação dos egressos ao mercado de trabalho.

Cunha e Neto (2006) trazem a tríade: conhecimentos, habilidades e atitudes e o resultado. Eles reforçam a necessidade de atuação do enfermeiro junto ao cliente/sujeito / usuário, bem como a liderança da equipe, além do gerenciamento de recursos – físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação – para a prestação da assistência de Enfermagem.

Chamam atenção de que será exigido desse profissional conhecimento (que conheça o que faz), habilidades (que faça corretamente) e atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos (CUNHA; NETO, 2006).

[...] acredito que seja basicamente o indivíduo que é preparado pra desempenhar as funções que o cargo impõe ou o que a própria formação básica dele necessita. Acho que seria basicamente isso, é você estar bem preparado pra desempenhar com eficiência, eficácia, sem um prejuízo grande tanto pra si quanto pro serviço. Acho que isso que seria um profissional competente. (E2, informação verbal).

Sade et al. (2014) também compreende a palavra competência como mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes no âmbito laboral.

Balsanelli et al. (2008, p. 19), em seu livro *Competências Gerenciais: Desafio Para o Enfermeiro*, trazem o conceito de competência como essenciais e duráveis, traduzidos pela associação de **Conhecimentos (saber)**, **Habilidades (saber “fazer”)** e **Atitudes (saber “ser”)**, o que tradicionalmente é reconhecido pela sigla (CHA). Reforça-se que todo profissional necessita renovar-se continuamente, manter o olhar crítico e investigador e a inquietude a respeito de diferentes aprendizados.

Barreto (apud NASCIMENTO, 2013) refere que, para isso, o enfermeiro necessita utilizar todo o conhecimento científico adquirido ao longo de sua formação, referente às áreas de psicologia, fisiologia, biologia, anatomia, integrado aos conhecimentos técnicos na avaliação e realização de procedimentos, semiologia e semiotécnica. É necessário também ter habilidade para aplicá-los e promover um cuidado diferenciado, completo, holístico e no real sentido da palavra.

Sobral (2008) traz o conceito de competência como um contíguo de conhecimentos, aptidões e atitudes, relacionados ao desempenho (capacidade de

realizar as atividades da organização de modo a alcançar os objetivos estabelecidos) de um administrador.

Fleury (2002), em seu capítulo “*A gestão de competências e a estratégia organizacional*”, refere que o conceito de competência é voltado para o conjunto das capacidades humanas, evidenciado por uma alta performance e fundamentado na inteligência e na personalidade das pessoas. Assim, traz o conceito inglês, o qual relaciona-se às características pessoais.

Finaliza trazendo seu próprio conceito de competência como "um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agregue valor econômico à organização e valor social ao indivíduo" (FLEURY, 2002, p. 55) e abaixo vemos a Figura 3, com o conceito de competência segundo os participantes da pesquisa.

Figura 3 – Conceito de competência



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Assim, verificamos pela figura 3 que, de acordo com os entrevistados, a competência não é um conceito estático, como um somatório de habilidades, conhecimentos e atitudes. Pelo contrário, é dinâmico, ou seja, é dependente das situações ou eventos (ZARIFIAN, 2003;) que estimulam ou mobilizam (ZARIFIAN, 1999; FLEURY, 2002; MALAGUTTI, 2009) por entes (elementos) diferentes que, ao serem mobilizados / evocados em função de uma situação, geram uma resposta que é individual e dependente do contexto que foi desencadeado.

6.6 Competências que o enfermeiro deve desenvolver para atuar em unidades clínicas hospitalares

As principais competências que o enfermeiro deve desenvolver citadas nas entrevistas foram ilustradas na Tabela 2:

Tabela 2 - Principais competências que o enfermeiro deve desenvolver

Conhecimento	Habilidade	Atitudes
SABER	SABER FAZER	SABER SER SABER FAZER ACONTECER
Formação Atualização Conhecimentos teóricos Conhecer o trabalho Correr atrás daquilo que você não sabe	Reconhecimento de barreiras para a atuação Saber lidar com os conflitos interpessoais Saber lidar com a desmotivação Gerenciamento Liderança Saber lidar com as cobranças Lidar com conflitos Resolução de problemas Prática Saber agir Maleabilidade Coordenar Ser imparcial	Ter jogo de cintura Motivação Inteligência emocional Atendimento assistencial Atendimento gerencial Mudança Trabalho em equipe Bom relacionamento Persistência Ter vontade

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A Tabela 2 traz as competências separadas nos três elementos principais da competência. O primeiro é o **conhecimento**, que os participantes da pesquisa definem como o *saber*: os conhecimentos teóricos sobre o trabalho obtidos na formação e nas atualizações. Os informantes consideram importante identificar e buscar resolver *gap* (vazios de conhecimentos).

Ou seja, a missão do *saber* não é função apenas da organização (já que, quando arguidos foram preparados para o cargo, alguns referiram que havia necessidade de incentivo e promoção pela SES – alta gestão – de iniciativas educativas de preparação para o cargo), mas, também, do trabalhador, de forma solidária.

As DCN (2001) fortalecem a formação e incluem as competências de atenção

à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Desse modo, a formação de recursos humanos na área da saúde deve acontecer em consonância com as diretrizes de uma política nacional de saúde, contextualizando um modelo que integre técnica, competência, integralidade e resolutividade (LEAL et al., 2016).

Sobre as habilidades os participantes tiveram mais facilidades em exemplificá-las, o que se visualiza na tabela 2. Numericamente são maiores e relacionadas às atividades **diárias do fazer** (Gerenciamento; Resolução de problemas; Prática; Saber agir; Coordenar) e, a grande maioria, ao **relacionar-se** (Saber lidar com os conflitos interpessoais; Saber lidar com a desmotivação; Liderança; Saber lidar com as cobranças; Lidar com conflitos; Maleabilidade; Ser imparcial). Somente uma pessoa cita o Reconhecimento de **barreiras** para a atuação. Dessa forma, evidencia-se a importância do relacionar-se, que deve ser fomentada na formação para uma coerente e adequada atuação profissional.

Em relação à atitude, ou *saber fazer acontecer*, identificamos uma separação em relação a **atendimento assistencial, gerencial e equipe** (Ter jogo de cintura; Trabalho em equipe; Bom relacionamento) e **pessoal** (Motivação; Inteligência emocional; Mudança; Persistência; Ter vontade). Evidenciamos grande número de citações em relação a como o ser (trabalhador) deve se mobilizar (valores, visão de mundo, comportamento e principalmente como lidar com as pessoas em seu universo) para o exercício da atividade laboral. Portanto, a formação deve estimular a busca de motivadores internos, além do exercício do relacionar-se com outras pessoas.

As denominações definidas pelos participantes estão relacionadas às CHA, ou seja, as competências estão relacionadas a conhecimento, habilidade e atitudes, o que reforça o conceito dos elementos discutido na categoria de análise anterior.

Zarifian (2003, p. 166) apresenta quatro áreas da competência que podemos relacionar com as citadas pelos participantes da pesquisa. São elas:

Competências da *profissão*, que no caso da Enfermagem seriam as técnicas e procedimentos próprios da profissão; competências *organizacionais*, que são desenvolvidas na organização e trata-se dela; competências de *inovação*, como busca de soluções alternativas para os desafios cotidianos da Enfermagem, normalmente associadas à condução de projetos, ações ou lançamento de novos serviços; competências *relacionais*, que são orientadas aos clientes, usuários. Como

exemplo, citamos a escuta, a compreensão, etc.

Como o grupo de entrevistados era gestor, evidenciamos falas no tocante a liderança e seus desafios. Ressaltamos aspectos do relacionar-se. No caso dos participantes da pesquisa foram frequentes as citações nesse sentido, como, por exemplo: gestão de conflitos, saber liderar, saber agir baseado na teoria de relações humanas.

Ele tem que ter um espírito de liderança, né, de coordenar, de supervisionar e de ter um bom relacionamento com toda a equipe né, e gostar da área que atua. (E6, informação verbal).

O espírito de liderança, a resolutividade, porque resolutividade entraria muito no critério de... da objetividade mesmo do indivíduo em destrinchar os problemas e poder resolver os problemas e não ficar só esperando que a situação seja favorável, tornar a situação mais favorável, acho que é mais importante do que esperar, que ela mude. Acho que basicamente seria isso, porque entra a questão de conhecimento teórico, que é muito importante, a parte de atualização, a parte de conhecer o trabalho que você está se propondo a fazer, seja ele administrativo, seja ele assistencial, seja ele de logística. Mas você tem que ter um conhecimento prévio (E2, informação verbal).

Persistência, Liderança, Ser imparcial, Ter vontade (E7, informação verbal).

A Escola das Relações Humanas foi construída com base na Teoria Clássica. As teorias administrativas desenvolvidas até então promoveram uma mudança: a ênfase colocada na tarefa (Taylor), na estrutura (Fayol) e na autoridade (Weber) foi transferida para a “ênfase nas pessoas” que fazem parte das organizações. Os aspectos mais importantes se concentram no homem, como um ser social, isto é, a preocupação passa dos aspectos técnicos e formais para os aspectos psicológicos e sociológicos (LINS, 2015, p. 3) e para um “diferencial competitivo nas organizações” (ESPANHOL, 2013, p. 18).

Segundo Aguiar et al. (2005), uma competência fundamental no jogo de cintura em lidar com as pessoas é interpessoal.

O profissional que adquire sua competência interpessoal possui maior capacidade em lidar com problemas, desafios, em potencializar talentos e gerir trabalho em um clima de confiança e satisfação. Ele deixa de olhar apenas para si, podendo tornar-se capaz de compreender a complexidade das relações entre seres humanos e, além disso, há uma melhora no desempenho global das organizações, gerando mais lucros e/ou serviços de melhor qualidade (AGUIAR et al., 2005, p. 322).

Balsanelli et al. (2008) traz como competências profissionais individuais

necessárias à prática do enfermeiro a comunicação, o trabalho em equipe, a flexibilidade, o empreendedorismo, a capacidade de tomar decisões, a liderança, a criatividade e, como competências organizacionais importantes, a visão estratégica, a gestão de recursos, gestão integrada de processos, ensino-aprendizagem e foco no cliente.

Já Francisco e Hungare (2011, p. 93) trazem como competências necessárias ao enfermeiro responsável pela unidade “*a liderança, persuasão, criatividade, tomada de decisão, determinação, planejamento e organização, ter uma visão estratégica*”.

O *Nursing Leadership Institute*, nos Estados Unidos da América, criou um modelo de competências para o enfermeiro gestor após pesquisas com enfermeiras gerentes naquele país. Nele, foram identificadas seis competências que se desdobram em vários itens e que podem ser assim traduzidas: poder pessoal, efetividade interpessoal, gestão financeira, gestão de recursos humanos, cuidados com o staff, com os pacientes e consigo mesmo, pensamento sistematizado, e como atributos adicionais destaca o otimismo e a resiliência (NURSING LEADERSHIP INSTITUTE apud CUNHA; NETO, 2006).

Em um estudo realizado no Brasil pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo com enfermeiras responsáveis por serviços de saúde foi estabelecida a necessidade das seguintes competências: “*liderança, comunicação, tomada de decisão, negociação, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, empreendedorismo, criatividade, visão sistêmica, planejamento e organização*” (FURUKAWA; CUNHA, 2011, p. 5).

Leal et al. (2016) refere que os resultados de sua pesquisa permitiram concluir que os discentes de graduação de Enfermagem de uma universidade pública de ensino identificaram as competências necessárias para atuação no mercado de trabalho enquanto enfermeiros, tais como: conhecimentos teórico e prático, cuidados de Enfermagem integral e humanizados, liderança, gerenciamento de recursos humanos e materiais, bem como competências pedagógicas.

Zarifian (2003) apresenta uma sugestão baseada nos princípios da educação permanente, iniciada pelo profissional e reforçada pelo serviço em que atua a comunicação heterogênea. Como uma diretriz, cita que ao longo da vida profissional conheceremos pessoas com outros conhecimentos, outras profissões, outros pontos de vista de forma a enriquecer, estimular e motivar o profissional da saúde na

adaptação de suas vivências as necessidades do mundo laboral.

Quando relacionamos as competências citadas pelos participantes às apresentadas nas DCN, observamos grande número de correspondências, com exceção da atuação nos processos formativos, que não é citada pelos participantes da pesquisa, conforme se evidencia no Quadro 5.

Quadro 5 - Competências para o enfermeiro

(continua)

DCN 2001	Dados da pesquisa, 2017
Educação permanente (G)	Teorias Conhecimento teórico Atualização Conhecimento prévio Conhecimento prático
Comunicação (G)	Gostar do que faz Lidar com barreiras
Administração e gerenciamento (G)	Gerenciamento Coordenar Ser imparcial
Tomada de decisão (G)	Jogo de cintura Lidar com mudanças Maleabilidade
Saúde integral do ser humano. Individual e coletivo. (T)	Pontualidade Assistência
Compromisso (T)	Lide Empenho Ter vontade.
Compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de Enfermagem às diferentes demandas dos usuários (E)	Saber agir
Tomada de decisão (G)	Coordenar Supervisionar
Trabalho em equipe (E)	Lidar com a equipe Bom relacionamento com a equipe Lidar com cobranças Inteligência emocional Liderança Motivação

Quadro 5 - Competências para o enfermeiro

(conclusão)

DCN 2001	Dados da pesquisa, 2017
Tomada de decisão (G)	Resolução de problemas Resolutividade Gestão do conflito
Atuar no processo de formação de Recursos humanos.	-----
Capaz de conhecer (T)	Buscar conhecimento
Liderança (G)	Logística Administração
-----	Persistência

Fonte: Adaptado de CNE, 2001, p. 37e dados da pesquisa, 2017.

Legenda: G- competência geral; E – competência específica e T - Competência Transversal (perpassa mais de uma competência).

6.7 Conceito de habilidade

A maior parte do grupo de entrevistados relacionou a habilidade com o fazer ao indivíduo, relacionado a uma prática, o que exige um conhecimento e um determinado contexto. Alguns relacionam com algo a ser construído pela vivência e não por qualificação.

Uhum. A habilidade pra mim está muito ligado ao fazer, eu ter destreza em fazer algum determinado procedimento ou alguma situação (E1, informação verbal).

Bom... ela é assim, a gente adquire com a prática, às vezes você já tem um habilidade mais direcionada para uma atividade, mas eu acho que é a prática mesmo que vai te trazer uma maior habilidade (E6, informação verbal).

Podemos descrever esse conceito como realizações práticas desenvolvidas por meio de treinamentos e repetições, sempre ancoradas em conhecimentos e saberes técnico-científicos. Esse conceito encontra respaldo em Malagutti (2009),

quando conceitua habilidade citando Saupe e cols., que conceituam como:

[...] conjunto de práticas adquiridas predominantemente através da demonstração, repetição e reelaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um saber-fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (SAUPE, COLS. apud MALAGUTTI, 2009, p. 46).

Pressupõe-se que em função das habilidades serem desenvolvidas pela repetição de tarefas e atividades em uma prática rotineira, tenha-se um potencial de agir com predisposição à realização da ação específica.

Sobral (2008, p. 14), em seu livro “*Administração: teoria e prática no contexto brasileiro*”, levanta essa discussão quando traz o conceito de habilidade como algo que “*pressupõe a ideia de potencial de realização*”, ou seja, a existência de uma predisposição do indivíduo em lidar com determinada tarefa. Acredita-se que é necessário mobilizar o profissional de Enfermagem já na formação para que ele compreenda a necessidade de atualizar-se e qualificar-se, desenvolvendo habilidades necessárias para os desafios laborais.

Entendemos que os desafios podem estimular a busca de uma qualificação e que o reforço de conhecimentos adicionados à necessidade de utilização na prática favoreçam o domínio das habilidades (CARBONE et al., 2009).

Ruthes e Cunha discutem que trabalhar com as competências do enfermeiro é:

[...] saber buscar evidências e saber exatamente como encontrá-las, usando-as para basear a comunicação em conceitos explícitos e justos, que tornam objetivas as expectativas, os feedbacks nas avaliações de desempenho e os planos de desenvolvimento individuais do seu capital humano à gestão do conhecimento (RUTHES; CUNHA, 2009, p. 904).

Ou seja, é utilizar o conhecimento para a transformação e não apenas da vivência do cotidiano, que ele seja uma força motriz que impulsiona o trabalhador a buscar novas formas do fazer, entendendo o porquê fazer e para quem fazer.

6.8 Habilidades que o enfermeiro deve desenvolver para atuar em unidades clínicas hospitalares

Os participantes da pesquisa se dividem por habilidades: de assistência, de comunicação, de gestão.

Na **assistência**, colocar em prática o que você aprendeu na teoria, né... E ter iniciativa, a iniciativa é muito importante, né. [...] Para os dois. Porque para um trabalho ser desencadeado você tem que ter iniciativa (E7, informação verbal).

Eu acredito que o saber ouvir, saber falar, seria um tipo de habilidade [...] entraria pros dois. A capacidade de **oratória** de um indivíduo, as palavras que ele utiliza, a forma como ele aloca as palavras na frase, o tom de voz que ele usa... Pro assistencial eu acho que ele tem que ter sim a habilidade de organizar o tempo dele, de saber definir as prioridades, de saber agir de maneira muito rápida, porque ele nunca sabe quando que ele vai ser pego em situações de emergência... Pro administrativo, ele tem que saber sim, se organizar, mas é um trabalho que ele não tem uma urgência que pode interferir diretamente em uma vida (E2, informação verbal).

Sobral (2008, p. 15) divide as habilidades como: a) “*Conceituais*” – Relaciona-se ao administrar, a coordenar e integrar, interesses e atividades de uma organização ou grupo; b) “*Humanas*” – Como se relacionar com outras pessoas ou grupos, e c) “*Técnicas*” – capacidade de usar ferramentas, realizar procedimentos, e técnicas ancorando-se em conhecimentos especializados da área.

A grande maioria dos entrevistados deixa claro que a habilidade está relacionada à prática de realizar procedimentos profissionais.

Eu acho que seria a habilidade técnica mesmo, em relação aos procedimentos, né? Em realizar, por exemplo, passagem de sonda, realização de um curativo, eu acho que seria a destreza técnica e como supervisor a questão da habilidade em lidar com os problemas diários (E1, informação verbal).

Algumas outras habilidades são citadas pelos participantes da pesquisa, entre elas: “*procedimentos técnicos*”, “*cultura da paz*”, “*inteligência emocional*”, “*paciência*”; “*trabalho em equipe*”; “*iniciativa*”; “*resiliência*”, “*lidar com problemas*”, “*saber ouvir*”, “*saber falar*”, “*se fazer entender*”, “*dialogar*”, “*organizar o tempo*”, “*definir prioridades*”, “*agir com rapidez*”, “*agir por meio do raciocínio*”, “*ser responsável*”, “*ter valores*”.

De forma geral, observamos que os entrevistados exemplificam as habilidades e às relacionam a eixos da comunicação, do relacionar-se, de ter uma perspectiva não reducionista (que se não se restringe ao momento apenas) das situações e de usar as habilidades amparadas em conhecimentos e não apenas na reprodução de uma prática cotidiana.

No eixo da comunicação temos o “saber ouvir”; o “saber falar”; o “se fazer entender” e o “dialogar”. A comunicação está presente em todas as profissões e em todas as atividades humanas. Mas na saúde essa habilidade é fundamental e pode ser o divisor de águas entre um atendimento de qualidade e um comprometimento com a segurança do usuário, por exemplo. Na atenção primária ou hospitalar o profissional deve saber ouvir as queixas e demandas dos usuários, realizando a escuta ativa e qualificada; todo seu ser deve estar receptivo e focado no outro que está atendendo e devem ser minimizadas interferências como celular e o ambiente impróprio.

Vivemos com pressa, oprimidos pelo tempo, contudo, o atendimento seguro e responsável exige habilidades de comunicação, como implica em "saber falar" e saber "se fazer entender". Dessa forma, valorizar o ser o qual você está atendendo, permitindo que ele se expresse e se expressando de forma que ele o compreenda. Essa é a verdadeira habilidade do profissional da saúde!

Receamos que na tentativa de implantação de métodos de gestão por competências e para resultados se desvie o foco, transformando os atendimentos, como uma fábrica, onde, de forma seriada, para se manter dentro de um patamar de produtividade, o profissional seja pressionado pelo tempo e pela necessidade de produção, não se permita exercer uma comunicação efetiva, sendo obrigado a medicalizar o atendimento, com pedidos de exames e encaminhamentos desnecessários e não tenha condições de privilegiar a avaliação integral e a vinculação ao usuário, habilidades fundamentais para transformação das atividades cotidianas em práxis mobilizadoras.

No eixo relacionar-se vemos a “inteligência emocional”, a “resiliência”, o “ser responsável”, a “paciência”, o “ter valores”, o “trabalho em equipe” e o “lidar com problemas” como habilidades primordiais do uso da inteligência no controle das emoções e na vivência dessas a favor de todos os envolvidos no processo de trabalho em ambiente da saúde.

Alves et al. (2012) afirmam que a inteligência emocional tem um papel de

destaque cada vez maior dentro de um hospital, em especial na tomada de decisão, pois envolve processos de natureza cognitiva (razão e conhecimentos) e outro de natureza emocional (estabilidade emocional). Sintetizam que ela pressupõe um conjunto de competências emocionais e sociais que poderão ser adquiridas ao longo da vida.

Zarifian (2003) assume essa ideia e cita que responsabilidade profissional é manifestar preocupação com os outros. Na área da saúde, cujos processos são extremamente relacionais, trabalhadores, gestores e usuários devem estar no centro dessa preocupação para transformar positivamente as condições de atividade e a disposição de ação do destinatário (usuário / cliente).

O trabalhador precisa ter objetivos a seguir e, dessa forma, organizar o seu tempo por meio do planejamento e definição de prioridades. Muitas vezes nos envolvemos nos problemas do cotidiano, resolvendo demandas pontuais e não percebemos o que está a nossa volta; gastamos um tempo precioso com questões circunstanciais e o que é realmente importante não valorizamos.

A iniciativa é uma habilidade pessoal, mas pode ser estimulada com oficinas e dramatização reflexiva, por meio das quais esse aspecto deve ser ressaltado. Sugere-se que os desafios sejam apresentados de forma personalizada, considerando os limites e fragilidades do ser desafiado, para que possam ser cumpridos e não sejam empecilhos e fator de desmotivação para o trabalhador.

Usar as habilidades amparadas em conhecimentos e não apenas na reprodução de uma prática cotidiana, “agir com rapidez”, “agir por meio do raciocínio”, “procedimentos técnicos”. Neste item ressaltamos a importância do processo de educação permanente para os trabalhadores da Enfermagem e da saúde de maneira geral quando esse permite a reflexão dos processos de trabalho cotidianos para além de uma prática maçante e repetitiva. E citando as palavras de Aued:

Isso remete à ideia de que a educação, no âmbito das organizações, deve ser estimulada por meio de estudos de caso, debates entre os profissionais, simulações e pelo acompanhamento dos enfermeiros novatos por enfermeiros competentes, proficientes e experts (AUED et al., 2016, p. 148).

Ou seja, a educação permite refletir, analisar por meio da cientificidade e não da culpabilidade, as ações dos trabalhadores para a compreensão e para a

transformação das fragilidades e potencialidades e constituindo-se em melhoria para os futuros processos de trabalho.

Correio et al. (2015) citam que um componente fundamental para as práticas seguras é a educação em serviço para a ampliação e remodelação do conhecimento (técnico, científico e emocional) do trabalhador, além da melhoria das condições de trabalho.

Aqui faço um parêntese, pois surgiu uma preocupação quanto à falta do aparecimento nas falas dos entrevistados *da pesquisa*, enquanto grande área de formação do enfermeiro. Por isso foi questionado se a prática não estava sendo realizada pela prática sem uma ancoragem científica. Essa fala fortalece o pensamento de que a pesquisa é um aspecto transversal no processo de trabalho do enfermeiro, mas, também, constitui-se de uma área de trabalho nas Universidades / Instituições de Educação Superior / Serviços de Saúde.

Ações educativas e de sensibilização dos trabalhadores devem ser estimulados pelos gestores em todos os níveis, exemplo: estudos de casos, ciclos de discussões, oficinas, rodas de conversas, treinamentos de habilidades nos cenários de práticas com participação de trabalhadores, gestores e corpo educacional atuante nesse cenário (discentes e docentes), trabalhando de forma parceira e favorecendo o ensino e serviço e sempre na busca da cultura da paz, trazendo o que é comum a todos e discutindo e negociando o que é divergente para a roda como um desafio a ser enfrentado e não ignorado.

Leal et al. (2016) refletem sobre esse processo quando estimulam que a busca por processos de educação permanente é relevante na condução da transformação do trabalhador em busca da inovação e do aumento da responsabilidade.

Na formação, sugere-se que o estudante seja estimulado ao exercício de habilidades e não apenas de atividades que privilegiam seu cognitivo. Habilidade, sob a ótica de Carbone et al. (2009), está vinculada ao uso do conhecimento durante situações que demandam ação. Assim, compreender o que é conhecimento se faz necessário para integração e melhor assimilação da própria habilidade.

No Quadro 6 comparamos as habilidades descritas nas DCN (2001) e os dados encontrados na pesquisa.

Quadro 6 - Habilidades para o enfermeiro

Habilidades	DCN 2001	Dados da pesquisa (2017)
Assistenciais	Atenção a Saúde (G)	Trabalho em equipe Ser responsável
De comunicação	Comunicação (G)	Saber ouvir Saber falar Se fazer entender Dialogar Cultura da paz Inteligência emocional
De gestão	Liderança / Administração e gerenciamento (ambas são G)	Resiliência Iniciativa Ter valores Paciência Agir por meio do raciocínio Definir prioridades Organizar o tempo Agir com rapidez Lidar com problemas

Fonte: Adaptado de CNE, 2001 p. 37 e dados da pesquisa, 2017.

Legenda: G- competência geral; E – competência específica e T - Competência Transversal (perpassa mais de uma competência).

Quando relacionamos as habilidades encontradas na pesquisa e as apresentadas nas DCNs evidenciamos os eixos assistenciais, de comunicação e gestão, e que há uma correlação entre o que foi descrito pelos participantes da pesquisa e o previsto nas diretrizes. Vemos uma grande quantidade de habilidades relacionadas à gestão, as quais são esperadas, tendo em vista que o público pesquisado realiza gestão, sendo uma mistura de características pessoais (paciência, iniciativa, resiliência, etc.) e capacidade de relacionar-se (agir com rapidez, lidar com problemas, organizar o tempo, etc.).

6.9 Conceito de conhecimento

Para os entrevistados, o conhecimento está definido como *saber*. Conhecimento, para eles, é o *saber refletido*, aquele que vai sendo adquirido com a *experiência*. É quase o saber colocado em prática para resolver problemas do cotidiano.

É o saber, é o saber. Tanto o nosso saber formal, tradicional de educação, quanto o nosso saber empírico na prática, a experiência de vida que a gente tem antes de ser enfermeiro ou sendo já enfermeiro, o que a gente aprende em casa, o que a gente aprende na rua, o que a gente aprende... tudo, tudo eu acho que é um conhecimento. Então, pra mim é só o saber mesmo, é o conhecer, é o entender, e aí pra mim esse conhecimento você vai a níveis, né? Uma coisa você só conhece, outra coisa é capaz de analisar e emitir até um parecer, uma opinião com relação àquilo. O conhecimento é mais isso (E2, informação verbal).

Saupe e cols. referem que esse conceito se relaciona à exposição, à leitura e sucessivas reelaborações críticas, objetivando o domínio cognitivo de um saber, para favorecer a tomada de decisão e a resolução de problemas laborais cotidianos (apud MALAGUTTI, 2009).

Os dados, quando processados e trabalhados por meio da cognição, transformam-nos em informação. Envolvem a linguagem (verbal, corporal e a transmissão), formal ou informal, crenças pessoais, perspectivas, valores, intuições, emoções, entre outros que podem favorecer ou contribuir com a diferenciação competitiva das empresas (BALSANELLI et al., 2008).

Além do fato de o conhecimento ser um saber refletido, em especial por situações de prática, vê-se que para os entrevistados as situações práticas ampliam a carga de conhecimento que se obteve ao longo da vida pessoal e profissional. Aqui percebemos que o saber é potencializado com o tempo, com a prática do cotidiano e com as vivências e a vinculação. Estratégias como manutenção do trabalhador em unidades fixas reforçam os vínculos, a sensação de conhecimento do ambiente e das pessoas que trabalham no determinado serviço e o favorecimento da segurança para a apropriação do próprio conhecimento.

O conhecimento vai aumentando tanto quando a gente vai atrás como no próprio dia a dia que para mim acaba sendo o mesmo... o dia a dia que me ensinou muita coisa, não é? Então, mesmo questão de material, de exames, com a rotina do dia a dia e as próprias intercorrências elas vão aumentando o nosso conhecimento sobre a especialidade, não é? (E5, informação verbal).

Bom. Também o conhecimento é adquirido na graduação, na literatura e também na busca diária do conhecimento, né, vivenciando no dia a dia do trabalho. Então, quanto mais a gente lida com aquele tipo de trabalho, de atividade mais você adquire conhecimento e prática (E6, informação verbal).

Zarifian (2003) afirma que a competência deriva de buscas de conhecimentos mobilizados pelas situações de trabalho (carregado de incertezas) e, por isso, deve se manter aberto à contestação e a novas aprendizagens que vão transformar a

rotina em inovação.

O conceito de conhecimento também é definido por grande parte dos entrevistados como um mecanismo de acumular informações, não estático; pelo contrário, como algo dinâmico, que está sempre sendo procurado, em movimento:

Todo dia a gente tem que buscar conhecimento em livros, em noticiários, em internet. Entendeu? [...] E todo dia a gente aprende. Todo dia a gente tem que tá buscando sempre o conhecimento. (E3, informação verbal).

Conhecimento seria a obtenção de informações. Eu conheço determinadas coisas, por exemplo, dentro da Enfermagem, né? Seria isso, eu acho. (E1, informação verbal).

Assim, compreendemos que o conhecimento é, de forma análoga, o cimento da ação competente. Ele vai oferecer a liga para que a construção seja resistente, forte e bem acabada. As informações estão disponíveis, e eventos ou situações promovem os gatilhos necessários para sua busca. Ações fundamentadas na valorização dos saberes se tornam eficientes, aproximando de forma dialética a busca da verdade pelo diálogo, participação e reflexão. Carbone et al. (2009) cita o conhecimento como informações integradas à memória quando causam impacto sobre seu julgamento ou comportamento.

6.10 Conhecimentos que o enfermeiro deve ter para atuar em unidades clínicas hospitalares

Os entrevistados discriminam conhecimentos a serem adquiridos de acordo com a área de atuação do enfermeiro (assistencial, administrativa, relacional e legislativa) e alguns relacionam ao adquirir conhecimento por meio da prática, sem nenhuma teoria associada. Temos aqui uma questão dialética, a busca do conhecimento por meio de uma prática e a busca do conhecimento por meio de uma teoria associada. Não queremos entrar na seara de quem é mais importante, se o conhecimento ou a prática. A nós a importância é que os desafios da prática estimulem a busca do conhecimento. Que os problemas do cotidiano sirvam de combustível e seja um motivador para a busca do saber e, principalmente, que esse saber seja parte fundamental para a prática.

Nesse sentido, os conhecimentos citados pelos participantes das pesquisas como necessários para o enfermeiro foram: *“normas técnicas”, “burocracia”, “gerenciamento de pessoas”, “papéis do gestor”, “legislação”, “limites do profissional enfermeiro”, “trabalho em equipe”, “clientela”, “necessidade do serviço”, “gestão de materiais”, “aspectos referentes à tomada de decisão”, “realização de escalas de serviços”, “máquina administrativa - gestão pública”, “sistema de saúde”, “sistema de saúde pública”, “sistema de saúde pública do Distrito Federal”, “portas de entrada no sistema de saúde”, “trabalho do enfermeiro”, “prática do enfermeiro assistente – técnicas de Enfermagem”, “teorias envolvidas no processo de trabalho”, “prática do enfermeiro gestor – gerenciamento”, “gestão de documentos”, “rotinas de serviços de saúde”, “estatística”, “fator humano”, “gerência de conflitos”.*

De acordo com as falas dos entrevistados, podemos discriminar o conhecimento em assistencial, técnico, relacional e legislativo. O conhecimento assistencial e técnico específico da Enfermagem é composto por rotinas e pelo próprio processo de trabalho da Enfermagem. O legislativo se relaciona com a legislação da saúde e da Enfermagem; o administrativo com as áreas burocrática e organizativa, importantes para o desenvolvimento das competências.

Por fim, um dos conhecimentos mais amplos é o que caracterizamos como relacional, o qual versa sobre o lidar com as pessoas, considerando-as como um universo complexo e desafiador. As relações são intrínsecas da vida, então, não temos como não abordarmos no ambiente de trabalho. O conhecimento relacionado a essa área favorece o trabalho e melhora o clima organizacional, como citado pelos entrevistados: gestão de conflitos, trabalho em equipe, conhecimento sobre a clientela, etc.

Ademais, existem saberes específicos da área de humanas que estimulam a valorização do ser, como evidenciado na fala abaixo:

Conhecer a equipe que ele está trabalhando, tanto [...] o assistencial quanto o gestor. Conhecer a clientela que ele tem também seria pros dois, tem que saber; as necessidades do setor também seria pros dois. Pro assistencial, além de saber tudo isso, ele tem que saber a disposição desses materiais que é muito importante, principalmente em situações de tomada de decisão rápida, ele tem que saber... Pro gestor, ele tem que conhecer a máquina toda, e aí se ele for gestor de uma rede particular, tem que entender todo um sistema daquela rede está lidando e sendo um gestor de sistema público, ele tem que conhecer todo o sistema público, das portas de entrada que ele não faz parte até o serviço de referência que ele não faz parte, mas que em algum momento vão cruzar ali com o trabalho dele. (E2, informação verbal).

A Enfermagem, para exercer o cuidar, deve ter no DNA de sua profissão a organização, a ludicidade, a criatividade, o compromisso, a inovação, o respeito, a educação, o senso de justiça e a responsabilidade. Esses valores e ações criam um ambiente de trabalho adequado à promoção da saúde não só dos usuários como de toda equipe de trabalho e permite uma riqueza de oportunidades para as relações estabelecidas no ambiente laboral (CUNHA, 2005). Assim, seus agentes, de forma solidária a outros atores sociais, ao relacionarem seus conhecimentos a outros saberes, harmonizam e transformam a prestação da assistência.

O conhecimento ser visto pelos participantes da pesquisa como voltado para a prática, de forma técnica, assim como as habilidades, fala sobre a formação desses trabalhadores:

E na parte da gestão também o conhecimento, assim, com a prática mesmo, eu acredito que na prática mesmo, porque assim, eu não fiz um curso de gestão, eu fui adquirindo isso, né, entrei nesse cargo mas por conhecimento, né, e a gestora na época já conhecia o meu perfil. E eu acho que a pessoa tem que preencher um perfil para poder liderar uma equipe. (E6, informação verbal).

Considerando que grande parte dos cursos de graduação em Enfermagem do Distrito Federal utiliza a metodologia de ensino tradicional e que do grupo pesquisado somente uma foi formada por metodologia ativa, é esperado o pensamento de que o conhecimento é, em sua maioria, o que foi apreendido na graduação, sendo, os demais, consequência de necessidades relacionadas a demandas práticas do cotidiano.

A nossa geração – me incluo, pois me formei há vinte anos, em universidade pública, mas de ensino tradicional –, tem como desafio o desaprender a achar que temos que saber tudo, conhecer tudo e que tudo é importante. Se continuarmos pensando assim, a graduação ideal teria que ter 20 anos de duração para abordarmos todo conteúdo necessário, e nem assim obteríamos sucesso. O diferencial é escolher as ferramentas certas para aprender a buscar as respostas, valorizando o caminhar e não apenas o caminho.

Portanto, a graduação deve priorizar os conhecimentos que alicerçam o profissional e o permitam inserir-se no mercado de trabalho para inclusive se desenvolver no próprio trabalho. Não podemos ter a pretensão de formar o profissional pronto! Ele precisa do ambiente rico que é o laboral para se desenvolver

em plenitude.

Concordamos com Balsanelli et al. (2008) quando refere que o enfermeiro deve constantemente buscar e compartilhar o saber cujo objeto será à intervenção laboral transformadora. Essa modificação em nosso processo de formação que precisamos buscar, ou seja, discutir com os estudantes e apresentar para eles que é importante considerar as necessidades dos trabalhadores e usuários e não apenas as necessidades do mercado de trabalho/das organizações que devem ser privilegiadas. Isso é, de fato, viver a práxis utilizando o próprio cenário de trabalho e os problemas do cotidiano como estímulos para busca de soluções alternativas e inovadoras de forma coletiva.

Podemos trabalhar no mesmo cenário, trabalhadores, discentes e docentes de forma parceira? Traesel e Merlo (2009) consideram fundamental a construção da identidade profissional, fundamentada na valorização do trabalhador, pelo uso das teorias e técnicas, cientificamente comprovadas. Se a academia, por vocação, tem uma possibilidade de aproximação maior com os conhecimentos, a cientificidade, as teorias e as técnicas, poderiam eles apoiar os cenários e não apenas se servir do campo de experimentação prática?

Por outro lado, algumas falas apontam para a não sistematização ou não planejamento das atividades diárias. Em verdade, o que ocorre é o atendimento às demandas do cotidiano.

Assim, na assistência eu vejo pelo fato assim de quando você presta a assistência direta ao paciente, para isso você tem que ter um conhecimento, você tem que saber o que está fazendo para estar desenvolvendo o trabalho. Assim, eu vejo a forma dos procedimentos que são realizados, né, para que você realize você tem que ter conhecimento. E na gestão também, você tem que colocar em prática todo... tudo que de conhecimento relacionado à parte gerencial. Muitas vezes a gente tem... improvisa muito, né, muita demanda. (E7, informação verbal).

Nascimento (2013) apresenta que o enfermeiro planeja-se mentalmente, mas não sistematiza para o atendimento às demandas. Exemplifica que o profissional utiliza o livro de ocorrências, o momento da passagem de plantão e a visita diária para estabelecer as prioridades da assistência de Enfermagem, considerando o grau de complexidade do cuidado, porém, por vezes, atende as intercorrências e ao final pode não avaliar recursos ou metas propostas para o dia.

Para melhor evidenciarmos os conhecimentos necessários ao enfermeiro,

construímos o Quadro 7, no qual comparamos os conhecimentos apresentados nas DCN (2001) e os dados encontrados na pesquisa.

Quadro 7 - Conhecimentos necessários para o enfermeiro

Conhecimentos	DCN 2001	Dados da pesquisa (2017)
Assistenciais	Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Humanas e Sociais; Ciências da Enfermagem;	Normas técnicas Rotinas de serviços de saúde Teorias envolvidas no processo de trabalho Prática do enfermeiro assistente – técnicas de Enfermagem Portas de entrada no sistema de saúde
Administrativo	Ciências da Enfermagem: Administração de Enfermagem;	Estatística Prática do enfermeiro gestor - gerenciamento Gestão de documentos Burocracia Papéis do gestor Aspectos referentes à tomada de decisão Realização de escalas de serviços Máquina administrativa - gestão pública
Legislativa	Ciências da Enfermagem (Fundamentos da Enfermagem)	Trabalho do enfermeiro Sistema de saúde pública do Distrito Federal Legislação Sistema de saúde Sistema de saúde pública
Relacional	Ciências Humanas e Sociais;	Limites do profissional enfermeiro Gerenciamento de pessoas Trabalho em equipe Clientela Gerência de conflitos Atores (trabalhadores, usuários e comunidade)

Fonte: Adaptado de CNE, 2001, p. 37 e dados da pesquisa, 2017.

Como discutido anteriormente, os conhecimentos necessários foram subdivididos nos eixos assistência, administração, legislação e relacional em função das citações. Quando os relacionamos com as DCN, vemos intensa identificação, mostrando que a formação do ponto de vista da cognição está em consonância com a realidade laboral nesse cenário de práticas.

Evidenciamos falas que refletem uma dificuldade, citada como um descompasso entre o conhecimento recebido na formação e as reais necessidades do processo de trabalho atual.

[...] conhecimento em relação às normas técnicas mesmo dentro da Secretaria, porque além da questão da assistência mesmo, a gente tem que lidar muito com a questão burocrática e o conhecimento em relação à, por

exemplo, administração de pessoal, acho que entraria porque é uma coisa que falta muito, né? Na graduação. Então eu acho que é uma coisa que a gente vai adquirindo com o tempo. Na questão legislativa, através do Coren em relação a tudo isso e conhecimento teórico mesmo daquilo. (E1, informação verbal).

Essa questão, a nosso ver, traz duas reflexões: sobre o trabalhador não possuir conhecimento necessário para o cargo e se sentir motivado para obtê-lo e o quanto a alta gestão valoriza este conhecimento obtido para o ambiente laboral.

Não saímos prontos da graduação; saímos prontos para aceitar o desafio de aprender dia a dia com nossas dificuldades e inquietações, em especial no ambiente laboral. O enfermeiro possui como grande área de formação a gestão que deverá ser desenvolvida caso essa seja uma necessidade desse trabalhador. Aceitar um cargo de gestor sem ser especializado para tal não é um problema quando a pessoa percebe suas dificuldades e busca o conhecimento necessário para o preenchimento dessa lacuna. Sobre isso compartilhamos o pensamento de Aguiar:

Tendo em vista que a Enfermagem passa por uma reforma curricular, entendemos que é o movimento para reflexão sobre a responsabilidade que as instituições de ensino têm em formar e lançar no mercado de trabalho, profissionais para desempenhar ações gerenciais nos serviços de enfermagem e de saúde, que sejam comprometidos com o desenvolvimento de pessoas como forma de fortalecer as metas das organizações (AGUIAR et al., 2005, p. 327).

Assim, não estar pronto, não é o problema, não estar disposto a buscar é! O que se deve primar é pelo estímulo na formação para a busca do saber e a autoavaliação e autorreflexão sobre a importância do seu diagnóstico quanto às necessidades do seu próprio saber para o bem coletivo e ainda os perigos do contrário ser estabelecido, com o risco do comprometimento da segurança do usuário e dos serviços de saúde.

O segundo aspecto é como a alta gestão analisa ou valoriza / conhecimento/ adaptabilidade / preparo dos seus trabalhadores ao cargo/ atividade a que foi designado? Os participantes da pesquisa responderam que nenhum teve a oportunidade de receber um treinamento específico para gestão. Esse processo ocorre em cascata? Grande parte dos entrevistados manifesta que a forma de adaptação a essa falta de qualificação ou formação específica do enfermeiro foi o trabalho relacional entre eles por meio da transmissão do conhecimento pelo método informal, prático, entre os colegas de profissão ou cargo.

Acho que basicamente seria isso, porque entra a questão de conhecimento teórico, que é muito importante, a parte de atualização, a parte de conhecer o trabalho que você está se propondo a fazer, seja ele administrativo, seja ele assistencial, seja ele de logística. (E2, informação verbal).

A sociedade do conhecimento fundamenta-se na busca pela instrução / conhecimento, para todos os seus membros. Hoje, as exigências são tecnológicas, políticas, sociais e históricas, no sentido do aprendizado contínuo (DRUCKER, 2003). Portanto, as exigências de saberes (conhecimento) são cada vez maiores e mais complexas, mas as unidades permitem que esse trabalhador tenha acesso a ou possa buscar esses conhecimentos?

No cenário em questão existe um núcleo de educação que oferta cursos, palestras, treinamentos em serviços e outros eventos educativos. Mascada vez mais há queixas de necessidades desses processos por parte dos trabalhadores e gestores, ainda que com a participação cada vez menor dos mesmos nos referidos eventos. As justificativas são dificuldade em liberar o trabalhador servidor em função da grande demanda de trabalho e escassez desses nos cenários de prática.

O que fazer? Criar a cultura de valorização dos saberes, pois o conhecimento e busca constante do mesmo com objetivo de melhoria dos processos de trabalho é um valor extremamente importante para quem atua com seres humanos. É possível fazê-lo com ações simples, como discutir em roda um procedimento ou uma nova apresentação de um medicamento, discutir um material que não está funcionando, mas formalizar um relatório de não adequação às necessidades do serviço ou da clientela específica, realizar um evento educativo no setor e contar com apoio do Núcleo e das Instituições de Ensino de forma parceira, etc.

Mas e se a alta gestão acredita não ser necessário que seus trabalhadores sejam estimulados e busquem os conhecimentos para melhoria dos processos de trabalho? Essa gestão deseja um trabalhador que questione, mobilize e transforme seus cenários ou que seja passivo, receptivo e reprodutivo, sem diretamente se envolver nos processos de trabalho?

Trazemos de volta Marx e seu conceito de alienação enquanto:

[...] ação pela qual (ou estado no qual) um indivíduo, um grupo, uma instituição ou uma sociedade se tornam (ou permanecem) alheios, estranhos, enfim, alienados aos resultados ou produtos de sua própria atividade (e à atividade ela mesma), e/ou à natureza na qual vivem, e/ou a outros seres humanos, e – além de, e através de, – também a si mesmos (às suas possibilidades humanas constituídas historicamente). Assim concebida, a

alienação é sempre alienação de si próprio ou autoalienação, isto é, alienação do homem (ou de seu ser próprio) em relação a si mesmo (às suas possibilidades humanas), através dele próprio (pela sua própria atividade). E a alienação de si mesmo não é apenas uma entre outras formas de alienação, mas a sua própria essência e estrutura básica. Por outro lado, a “auto-alienação” ou alienação de si mesmo não é apenas um conceito (descritivo), mas também um apelo em favor de uma modificação revolucionária do mundo (desalienação) (BOTTOMORE, 1988, p. 19).

Acreditamos que a alta gestão necessita reconhecer os saberes como um estímulo aos trabalhadores para que os mesmos se envolvam em seus processos de trabalho, modifiquem suas práticas e transformem sua práxis de forma cotidiana. Mas esperar que ela faça isso sem a devida pressão dos trabalhadores pode ser considerada uma utopia. A educação amplia o olhar do trabalhador, o envolvimento pela práxis transcende o fazer para o desejar fazer, o que implica em emoção e renovação necessárias ao ser humano. Porém, esse é um direito que cada dia mais deverá ser cobrado para que aconteça.

6.11 Conceito de atitude

Para os participantes da pesquisa o conceito de atitude está relacionado ao *saber fazer* ou *saber fazer acontecer*. A atitude é o elemento mais complexo e mais individual da competência. Isso talvez porque ela deriva do conhecimento e da habilidade social, emocional, de formação, familiar e de foro íntimo, portanto, complexo, multivariado e, ao mesmo tempo, simples, dependente da vontade, do interesse, do envolvimento, do sentimento de importância que o ser possui e da responsabilidade que ele percebe e demonstra com seus atos. Como descrito abaixo:

Atitude é chegar e fazer, né. (E3, informação verbal)

A atitude eu acho que ela envolve um pouco de tudo, né? Um pouco de conhecimento, um pouco de habilidade e um pouco de competência, porque muitas vezes a gente... Então, assim, a atitude, ela está ligada muito a isso, ligada mesmo a embasamento teórico, à questão da confiança, porque não é simplesmente “vou lá e vou fazer”, porque a atitude pra mim é isso, vou lá e executo determinado procedimento, determinada conversa, mas ela está ligada a várias... habilidades, conhecimento, a tudo isso. (E1, informação verbal).

Saupe e cols. referem que o conceito de atitude relaciona-se com os comportamentos observados. Eles ainda elencam que é importante o domínio ético, o afetivo, a segurança na tomada de decisões e a busca de resoluções aos problemas que favoreceram as relações de trabalho (apud MALAGUTTI, 2009). Ou seja, precisamos de um rol de elementos da competência para evidenciar uma atitude. Ela não é um elemento isolado, deve ser vista em um contexto e de forma plural.

Alguns dos participantes também se referem à atitude ou à atividade como *proatividade, iniciativa, resolutividade*.

A proatividade. Basicamente seria isso. É o indivíduo se manifestar antes que a manifestação chegue a ele. (E2, informação verbal).

Atitude ela está bem ligada à iniciativa, não é? Então para que as ações sejam desempenhadas você tem que ter iniciativa. Isso sem... sem atitude não vai a lugar nenhum, né? A gente fica parado, estacionado no tempo e as coisas não andam. (E7, informação verbal).

Assim, aquele enfermeiro resolutivo, né? [...] Não, o enfermeiro que é resolutivo, é aquele enfermeiro que é ele é bom tanto na assistência quanto na supervisão, ele tenta resolver as coisas da melhor forma possível e assim, pra ontem, ele não espera pra depois. Eu vejo assim, porque eu sou assim e eu boto pra minha equipe isso também, é uma palavra que eu gosto de usar muito, resolutividade. (E4, informação verbal).

Ela tem relação com a ideia do movimento, da busca de soluções pelo enfrentamento e não pela conformidade, pela aceitação e a inércia. Traz a ideia da leveza, "*resolutividade*", não pela opressão e sim pela compreensão, "*da melhor forma possível*". A nosso ver, significa diálogo, estímulo, participação e valorização do ser em sua complexidade e pela práxis.

Dutra, Fleury e Ruas (2010) compartilham do pensamento anterior quando referem avaliar as atitudes pela apreciação das posturas do indivíduo e sugerem que eles devem estar em sintonia com os valores das empresas (valores organizacionais), outro aspecto primordial quando se discute a competência no ambiente laboral, a atitude individual como um processo necessário para a melhoria do coletivo. Algumas falas reforçam essa posição:

Então, assim, acho que atitudes de ser resolutivo, de... ou mesmo nas intercorrências, com os pacientes, isso aí, mas eu acho que aqui a gente não tem esse problema, mas... algumas coisas que eles buscassem para si mesmo, ver que é um problema de todo mundo [...] e aí, claro, eu vou estar junto para resolver também, mas que chegasse a menores. (E2, informação verbal).

verbal).

A atitude é estimulada por responsabilização e compromisso com o coletivo, que agregam comportamentos e manifestações pessoais que modificam o processo de trabalho e o ambiente laboral quanto envolvem a afetividade e, dessa forma, constituem-se importantes para o ambiente social a que estão inseridos (CARBONE et al., 2009).

6.12 Atitudes que o enfermeiro deve desenvolver para atuar em unidades clínicas hospitalares

Essencialmente, os participantes citam as atitudes como ações que necessitam de iniciativa imediata. Eles identificam que o conceito tem a ver com a sua área de trabalho, mas a grande maioria teve dificuldade em sistematizá-lo e de citar exemplos que demonstram a atitude, como no exemplo: “Dentro da assistência, a questão da atitude em discutir caso mesmo, porque muitas vezes o nosso cuidar ele é muito diferente” (E1, informação verbal).

Sobre essa questão, Almeida e Peres (2012) referem em seu estudo que os egressos têm mais conhecimento e habilidades do que atitude. Podemos pensar que há uma dificuldade em se trabalhar o campo atitudinal na formação, dessa forma, atitude é mais bem desenvolvida na prática profissional ou que esta dificuldade poderá o acompanhar também no exercício da profissão. Identificamos essa fragilidade até contabilizando que o número de citações desse item é bem menor do que o dos anteriores.

Estas são algumas citações que os participantes da pesquisa elencaram como atitudes necessárias para o enfermeiro: *“discutir casos”*; *“visita diária”*; *“realização de técnicas”*; *“não acomodação”*; *“ações administrativas quanto à gestão da unidade”*; *“medidas administrativas de reforço, valorização do trabalhador e punição”*; *“ter contato com a equipe”*; *“não esperar a demanda – proatividade”*; *“supervisionar e apoiar o superior imediato”*; *“transitar entre setores parceiros”*; *“bom relacionamento”*; *“resolutividade”*; *“exame físico”*; *“previsão”*; *“manter o equilíbrio serviço – escala”*; *“empolgação”*; *“animação”*; *“sair da zona de conforto”*; *“empatia”*.

Almeida e Peres (2012) também citam que os egressos possuem dificuldades no desenvolvimento das atitudes e das habilidades, o que evidencia a necessidade de mudança na formação para incluir o campo atitudinal. Propostas como oficinas, rodas de conversas, sensibilizações, teatro do improviso, entre outras podem ser instrumentos de desenvolvimento das atitudes.

[...] eu acho que em relação a não punitivo, mas de uma forma mesmo de controlar, por exemplo, falta de servidor, a gente tem muito problema com isso, déficit, né, “ah, eu me comprometo a fazer hora extra, mas simplesmente não venho”, isso acaba gerando déficit em quantitativo de pessoal (E5, informação verbal).

Para ambos, a questão da visita diária é uma atitude que alguns enfermeiros deixam passar, deixam a desejar porque acham que já conhecem o paciente, mas cada dia é um dia novo... Pro enfermeiro gestor, ele tem que ter principalmente a atitude de ter o contato com a equipe dele, não esperar só a demanda da equipe se manifestar, mas ter mesmo a proatividade de ir atrás, de saber como anda o funcionário dele, saber como está a equipe, saber como está o serviço, ver outras questões que são alheias, a parte do superior imediato, a parte dos outros serviços que fazem contato com ele. Eu acho que o supervisor gestor, ele tem que transitar muito bem quem trabalha com ele, outras unidades que dependam do seu serviço e do que o serviço dele também depende (E2, informação verbal).

Para a maioria dos entrevistados as atitudes são relacionadas à pessoa, como interesse e empolgação, sendo que, na visão deles, o conhecimento e a habilidade podem ser adquiridos / desenvolvidos na prática.

É, atitudes que eu tenho aqui na gerência, em questão assim de manter a escala equilibrada para um bom andamento do trabalho, muitas vezes assim, pela falta de RH é muito complicado, né. Mas assim, eu tento ter um equilíbrio, tento manter um equilíbrio da escala para o serviço ter andamento, né. Não sei a previsão de material, de material e insumos, né, que são necessários para a assistência. (E7, informação verbal).

Os entrevistados trazem uma ideia confusa quando listam os exemplos de atitudes, em especial misturando-o com o conceito de habilidades: *“realização de técnicas”*; *“ações administrativas quanto à gestão da unidade”*; *“medidas administrativas de reforço”*; *“supervisionar”*; *“transitar entre setores parceiros”*; *“exame físico”* e *“previsão”*. Em suma, se aproximam muito mais de habilidades, pois demandam ações que podem ser adquiridas com o exercício diuturno de uma prática profissional e não que demandam o ímpeto de fazer de alguém.

Com objetivo de descrevermos as atitudes necessárias ao enfermeiro, o Quadro 8 compara os dados da pesquisa com as DCN (2001):

Quadro 8 - Atitudes para o enfermeiro

Atitudes	DCN, 2001	Dados da pesquisa (2017)
Assistenciais	Não descreve de forma clara.	Empatia Discutir casos Visita diária
Humanas	Não descreve de forma clara.	Sair da zona de conforto Animação Bom relacionamento Valorização do trabalhador e punição Ter contato com a equipe
De gestão	Não descreve de forma clara.	“manter o equilíbrio serviço – escala”; “resolutividade”; “não esperar a demanda – proatividade”; “não acomodação”;

Fonte: Adaptado de CNE, 2001, p. 37e dados da pesquisa, 2017.

As atitudes foram classificadas em assistenciais, pois se relacionam a prática profissional e técnica; humanas, pois estimulam e valorizam o ser humano, foco do nosso trabalho e de gestão, já que a organização é intrínseca do enfermeiro e deve estar em todas as áreas desde a formação até nos diferentes nichos de desenvolvimento da profissão.

Um aspecto relevante na análise das DCNs foi que, de forma geral, não foram encontrados nem o conceito e nem os exemplos de atitudes descritas nesse instrumento de orientação para a formação. Ressaltamos que o advento das DCNs constituiu um avanço inegável e louvável por parte desses trabalhadores que tiveram a atitude, a visão de futuro e a coragem de enfrentar uma formação tradicionalista, focado no conhecimento e no reforço de habilidades cognitivas e com pouca sensibilidade para o desenvolvimento das atitudes por meio das competências.

Assim, com a proximidade da publicação das novas DCNs, esperam-se definições claras dos conceitos relacionados à competência e seus elementos e estímulos à valorização de valores, de princípios para a boa convivência, do respeito aos diferentes pontos de vista / opiniões. Assim como, esperam-se reforços positivos referentes à multidisciplinaridade quanto às percepções pessoais, favorecendo aplicação e a adequação desses, aos currículos e projetos políticos-pedagógicos das Instituições de Educação Superior.

6.13 Desafios elencados pelos entrevistados que impactam nos egressos e podem ser potencialmente enfrentados por uma formação por competências

O verbo transitivo direto desafiar pode significar provocar, afrontar, estimular e excitar (AMORA, 2014). Desafios são situações notáveis, falas que nos provocaram reflexões sobre as ações cotidianas, não como uma rotina laboral alienante, mas um instrumento de engajamento na busca de alternativas aos processos de trabalho. É o exercício dialógico e coerente entre a práxis e a realidade em que se vive.

Pode contribuir para esse enfrentamento transformador convergir a formação do profissional às demandas e oportunidades do mercado de trabalho, garantindo relações justas e dignas no trato com o trabalhador.

Egressos de uma educação tradicional, a maioria dos entrevistados tem a clara noção de que apenas a formação é insuficiente diante da diversidade de desafios ora enfrentados pelo trabalhador. Previsivelmente, alguns até confessaram despreparo para a oportunidade de cargo:

Em relação à preparação do cargo a gente... eu percebo que ninguém é preparado pro cargo, em termos de formação, graduação, é uma coisa que a gente vai aprendendo mesmo com a prática, né? Entre erros e acertos a gente vai aprendendo com aquilo tudo que a gente vivencia. Fundamentação mesmo teórica de gestão não tem (E1, informação verbal).

Assim, na realidade, eu acho que preparado mesmo eu acho que pra nenhuma. (E3, informação verbal).

Considero essencial fortalecer os eixos de formação do enfermeiro na assistência, na gestão, no ensino e na pesquisa. Preferencialmente, uma formação isenta de privilégios e que integre o cognitivo e sua racionalidade de conteúdos, as habilidades técnicas baseadas em saberes e as peculiaridades pessoais, tais como ética, valores, respeito ao ser que atende ou que será atendido.

Outros reportaram que a resiliência deve compor o rol de habilidades e de atitudes necessárias aos egressos, na lida das dificuldades cotidianas.

Eu vejo se é um serviço público de uma maneira geral principalmente na clínica mesmo onde eu atuo seria as barreiras, porque assim, além da questão teórica, a gente tem que ter muito jogo de cintura, então não basta ter somente teoria, né? Então a gente lida muito com conflito interpessoal, a questão mesmo do... não sei se é do desânimo do supervisor em cima..." (E1, informação verbal).

[...] geralmente é com escala, geralmente é mudar, “ah, não posso mudar” então você tem que ter um traquejo aí nessa resolutividade, porque você tem que ser bom para a casa, não pra você, pra casa e com para o... a equipe e nem sempre dá pra gente fazer essa junção. Tem uma diferença grande. (E4, informação verbal).

Eu acho que o supervisor, ele é muito cobrado, né? Então a gente tenta buscar todos os dias um pouquinho maior de conhecimento, a gente nunca sabe tudo, a gente tenta aprender um pouquinho mais cada dia e ninguém nunca está satisfeito, e nem eu também estou satisfeita (E4, informação verbal).

Esse é um ponto de grande reflexão, inclusive foi um dos elementos que mobilizou esta dissertação. Por diversas vezes percebe-se que um gigante desafio é Saber até onde ir...

[...] seria conhecimento em relação principalmente delimitar até onde a gente pode ir e não pode, porque muitas vezes não fica muito claro, porque muitas vezes o enfermeiro tem tantos papéis que muitas vezes ele não sabe delimitar até onde eu posso ir ou não devo ir, eu acho que ter conhecimento disso é importante [...] (E1, informação verbal).

Essa dúvida, ou desafio se transmuta para outro que também foi bem evidenciado em falas onde o profissional se sente obrigado a realizar uma infinidade de tarefas no seu cotidiano de trabalho, vistas por ele como não sendo do enfermeiro.

Acho que enfermeiro, ele é multi. Eu não vejo assim em qual área, acho que enfermeiro, ele se encaixa em todas as áreas, eu não vejo assim, uma única exclusiva, acho que em todas, o enfermeiro se encaixa. Todas igual. (E4, informação verbal).

[...] a gente acaba tomando a atitude que muitas vezes... nem seria a nossa função, a gente acaba, para resolver, a gente acaba... isso aí acho que... atitude mesmo já está embutido acho que dentro da profissão, não é? Muitas vezes nem é nossa função fazer aquilo e a gente acaba fazendo porque a gente não dá conta de esperar que o outro faça. (E5, informação verbal).

[...] A gente atua como se fosse um síndico, né, aqui... Um síndico. Para resolver tanta coisa assim, com relação à... a área de manutenção, de predial, até isso né a gente tem que estar atuando, assim essa questão de estar ao mesmo tempo dando assistência direta ao paciente, né. Assistencial. Até como psicólogo também, né, nutrição, tudo, tudo recai sobre a gente, né. (E7, informação verbal).

Muitas reflexões essas frases nos remetem, como, por exemplo: realizar tantas tarefas pode ser um sinônimo de sobrecarga de um profissional em

detrimento a sua equipe? Há falta de confiança e dificuldade em realizar o trabalho em equipe desse profissional? Há falta de uma definição concreta acerca do papel deste profissional na profissão ou na equipe? Há carência de outros trabalhadores nesse processo de trabalho, como um administrador? Ou simplesmente esse trabalhador, por medo de perder o trabalho, se submete a realizar mais funções que deveria? Como ser multi, atuar em tantas áreas e ser competente?

Compreendemos que a formação deve privilegiar o que de fato faz parte do processo de trabalho do enfermeiro e ao mesmo tempo fortalecer o trabalho de equipe e aplicação de valores para que o adequado ambiente de trabalho possa ser o mais saudável possível, para o benefício de todos.

O que está presente em diversas falas é se a formação do egresso deve privilegiar a competência profissional e que não é muito fácil ver a competência separada de seus elementos, pois para o grupo de entrevistados os termos são interligados.

Eu acho assim, que todos esses termos, eles são interligados e muitas vezes a gente não consegue trabalhar, por exemplo, cada um separado, a gente trabalha como um todo e muitas vezes a gente acaba, por exemplo, deixando de ter uma habilidade, uma atitude por falta de algum complemento das demais competências. Eu acho uma coisa muito interligada à outra e são coisas que são trabalhadas no dia a dia, né? Porque a gente não consegue ser 100% dentro desse conjunto. (E1, informação verbal).

“Gente, é tudo separado? Cada um é uma coisa, não é tudo junto, misturado, não?” ((risos)). Porque acaba que a gente faz de tudo, de correr atrás de laboratório, esse mês, agora não chegaram os exames deu problema e queriam que a gente fizesse uma lista e coisa que não é nossa e problema social e problema de transporte e tudo a gente tem que resolver. E os pacientes cobrando, cobrando, cobrando. (E5, informação verbal).

Isso é um conjunto de atribuições que um enfermeiro ele tem que ter, para conseguir desempenhar um bom trabalho. É um conjunto.

Pergunta: Então não dá para eles verem como algo separado? Resposta: Não...

Pergunta: São ligados? Resposta: São ligados. Tem que ter... para desempenhar um bom trabalho tem que ter tudo isso, né? (E7, informação verbal).

Mas nem tudo são questões que sugerem desafios; algumas falas já apresentam respostas no sentido de enfrentamento aos desafios apresentados. Abaixo citamos algumas.

Ter uma formação por competência que respalde e de fato prepare o egresso para os desafios do cotidiano do mercado de trabalho mutante e volúvel, como o que

estamos vivendo, é uma delas. Elas chamam atenção de que o preparo do egresso deve começar na formação e em função de um cargo.

Mas acredito que seja basicamente o individuo que é preparado pra desempenhar as funções que o cargo impõe ou o que a própria formação básica dele necessita. Acho que seria basicamente isso, é você estar bem preparado pra desempenhar com eficiência, eficácia, sem um prejuízo grande tanto pra si quanto pro serviço. Acho que isso que seria um profissional competente (E2, informação verbal).

Há a necessidade de inclusão na formação de aspectos como a *responsabilização*, que a nosso ver, vem com a criação de vínculo entre o profissional e a profissão e o profissional e seu local de trabalho. Assim como o fortalecimento de valores pessoais e do trabalho pela competência.

Gasometria, às vezes até curativo, então curativo é uma coisa que vai mais além porque você tem que visualizar o tecido, ver o que precisa, então aí começa, se você não é competente, se você não é responsável, se você não tem prática, se você não tem aquela teoria que você... então a junção de valores e... pra te dar aí um pouquinho de respaldo também, né? Você tá lidando com vidas; é complicado. (E4, informação verbal).

Para que o profissional tenha condições de adaptabilidade no cotidiano laboral, faz-se necessário um melhor preparo para lidar com as mudanças, tendo em vista que este é um elemento cada vez mais frequente no cotidiano do trabalho na saúde. Segundo E5 (informação verbal), “Então, na verdade, eu acho que... aqui para a gente... a gente tem que ter um... vamos dizer, não sei se seria uma competência, assim, mas uma maleabilidade assim, porque aqui as coisas mudam muito rápido”.

Um outro aspecto elencado pelos entrevistados é ter uma formação que permita e estimule as atitudes e o trabalhar com as emoções como parte de um treinamento adequado ao complexo mundo do ser humano, com estímulo a valores individuais e coletivos.

A proatividade. Basicamente seria isso. É o individuo se manifestar antes que a manifestação chegue a ele. (E3, informação verbal).

Acho que pra mim hoje a inteligência emocional viria em primeiro lugar. Esse aspecto de saber lidar com, principalmente com os conflitos. (E2, informação verbal).

[...] então tem que ter também a motivação, você motivar a equipe para que ela trabalhe ao seu favor (E7, informação verbal).

Discutimos no corpo deste trabalho que a formação na qual se abordassem todos os conteúdos necessários não duraria menos que 20 anos e, mesmo assim, talvez não desse conta do que se necessita. Mas que o real, é necessária uma formação que não apenas privilegie o cognitivo, mas que se baseada na competência e seus elementos. Desta forma, sendo uma característica fundamental do egresso transformar o ambiente de trabalho e não esperar respostas prontas, buscando soluções pela práxis:

[...] objetividade mesmo do indivíduo em destrinchar os problemas e poder resolver os problemas e não ficar só esperando que a situação seja favorável, tornar a situação mais favorável, acho que é mais importante do que esperar, que ela mude. (E2, informação verbal).

Assim, ter uma formação integral, na qual a teoria não seja desconectada da prática, se os docentes são diferentes o eixo de trabalho, as falas e os objetivos devem ser os mesmos.

Eu acho que ele tem que trabalhar muito a teoria que ele tem. Então o enfermeiro, ele tem que ser muito competente teoricamente. Então se você conhece teoria, você faz uma junção com a prática você é bem sucedido. Eu acho que essas duas coisas são bem casadas e aquilo que a gente aprende, e na prática é isso, se você não tem uma competência teórica pra saber agir naquele ponto de vista, você não vai saber colocar na prática também. Até porque a prática te leva à melhora, a aprender mais, a correr atrás daquilo que você não sabe, porque a gente não sabe de tudo. Eu acho que as duas junções, a prática com o saber. (E4, informação verbal).

[...] colocar em prática o que você aprendeu na teoria, né. (E7, informação verbal).

O estudante deve ser estimulado no sentido de saber trabalhar de forma multiprofissional, em equipe, considerando as diferentes pessoas, seus diferentes saberes e seus diferentes trabalhos, como elementos importantes para o desenvolvimento do atendimento global, individualizado e coerente com as necessidades múltiplas e complexas do ser humano.

Então, assim, tem que saber lidar com a equipe também, com os técnicos ou... até mesmo com... acaba que a gente é bem junto à parte de chefia médica com os médicos mesmo, com os técnicos, se a gente não trabalhar em conjunto, a gente não dá conta de desenvolver um trabalho, entendeu? (E5, informação verbal).

E finalmente faz-se necessário ter em mente que o conhecimento, ou os saberes estão também em um momento constante de renovação e de mudanças. Dessa forma, não se pode admitir que um profissional não se atualize. Ele deve saber que sempre deve buscar os saberes à medida que é mobilizado pelas dificuldades ou inovações do cotidiano e pelas oportunidades ofertadas pela instituição onde trabalha.

Assim, eu acho que o enfermeiro ele sempre tem que estar buscando conhecimento, a gente não pode estagnar, né, assim como a gente tem livre acesso à internet, as redes sociais assim, eu acho que o enfermeiro ele tem que estar sempre em busca de conhecimento, porque principalmente na área de saúde tudo é muito rápido e evolutivo, né. Então o enfermeiro que busca conhecimento ele consegue mais habilidade para estar lidando e atitude também para estar lidando, para estar discutindo condutas com o médico, e discutindo uma melhor forma de prestar assistência, né, eu acho que tem que buscar o conhecimento mesmo. Então isso vai da atitude de cada um, dele buscar ou não conhecimento, se ele quer crescer ele vai buscar o conhecimento através da literatura e das... da internet, né, do que está disponível no momento para gente. (E6, informação verbal).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de “Competência” não é *um / o* somatório de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA), mas sim a *mobilização* desses elementos em situações diversas, únicas e que se caracterizam pelo estado do indivíduo que as mobiliza, para que, ou quem, é mobilizado, com importância social em determinada área de atuação. O conhecimento é entendido como a diversidade de saberes que alicerçam o profissional de saúde no desenvolvimento e na transformação do seu trabalho pela práxis; A habilidade pode ser traduzida como a produção de técnicas e atividades laborais baseadas no conhecimento, sempre relacionada a um contexto e finalmente na evidência da atitude como uma postura pessoal, portanto complexa, humana, ética, em compasso com o que se espera do profissional de saúde e principalmente com o que ele deve ter como foco: um atendimento de qualidade ao cidadão e um ambiente de trabalho saudável.

A adoção do modelo de competências na formação do enfermeiro possibilita adequar o ensino dos egressos, futuros trabalhadores, às novas exigências do sistema produtivo, desde essas sejam acompanhadas de uma práxis transformadora, reflexiva, não passiva, politizada e que valorize o ser que presta o cuidado e o que o recebe.

Vislumbramos como estratégia importante a revisão dos programas políticos-pedagógicos e os currículos dos cursos de graduação em Enfermagem com foco na competência, seus elementos e que haja estímulos para o desenvolvimento desses por meio de oficinas, atividades lúdicas, sensibilizações, teatro do improviso, rodas de conversa, entre outras, no sentido de não privilegiar o conhecimento cognitivo e habilidades, mas oferecendo o devido valor ao saber ser, foco maior do trabalho em saúde.

Faz-se necessária uma maior aproximação da academia (Instituições formadoras) de forma integrada e parceira com o serviço (cenários de práticas) para discutir e, se possível, aproximar as atividades de ensino às reais necessidades dos diferentes serviços e da sociedade, com foco na redução das disparidades e enfrentamento dos desafios e problemas, como uma oportunidade de crescimento crítico e reflexivo de todos os envolvidos. Nesse sentido, trazemos algumas reflexões e sugestões quanto aos cenários envolvidos na pesquisa.

Cenário hospitalar - Núcleo de Educação Permanente em Saúde

O núcleo de educação deve servir como mediador das propostas de integração ensino-serviço, não apenas acompanhando e favorecendo os estágios supervisionados, mas estimulando os encontros técnicos de discussão ampliada entre as escolas (todas que estão atuando no Hospital cenário foco da pesquisa), serviços de saúde (unidades de internação) e gestores por meio de oficinas, reuniões de planejamento estratégico e sensibilizações.

Atuar também com ações que foquem a qualificação dos gestores dos cenários, foco da pesquisa.

ESCS

Os módulos temáticos deveriam ter em sua composição, além do mapa conceitual que permita uma visão clara dos objetivos, suas inter-relações, as competências e seus elementos – conhecimento, habilidades e atitudes – a serem alcançadas pelos estudantes. Deveriam, ainda, ser descritas de uma maneira clara para que discentes e docentes compreenderem do que se trata o módulo, considerando o futuro trabalhador da saúde e as necessidades do mercado de trabalho.

Para o desenvolvimento de habilidades faz-se necessária a inclusão de oficinas, estação de treinamento, práticas reflexivas (planejadas, refletidas e se possível desenvolvidas pelos eixos Dinâmica Tutorial e Habilidades Práticas da Enfermagem) que constituirá o desafio de docentes trabalhando em equipe em prol de um coletivo de discentes (na prática e não apenas da teoria).

Para o desenvolvimento de atitudes, por sua vez, convém a promoção de estudos de casos, dinâmicas de grupo, teatro do improviso, rodas de conversas, mesas redondas com temas e situações do cotidiano para que mobilizem o discente a refletir, se colocar na situação em evidência não para julgar e sim para se envolver no problema e pensar coletivamente, o que pode ser feito e de forma segura.

Fortalecer e incentivar atividades que favorecem o ensino e o serviço

Faz-se necessário que a escola, como um todo, reflita e promova atividades de integração que estimulem a oferta de vagas de forma mista entre os estudantes da medicina e da Enfermagem. Isso deve ser feito não apenas na própria escola, mas também em outros cenários, por meio, por exemplo, de atividades como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET, as atividades em cenários de prática, Práticas Complementares da Enfermagem (PCE), Internato, entre outros. Isso sempre com foco na formação integrada, para potencializar a implementação de intervenções parceiras entre os estudantes, docentes e os serviços.

PET e PCE

- Busca de temas multidisciplinares que permitam a mobilização dos estudantes da medicina e da Enfermagem voltados para o desenvolvimento das competências profissionais;
- Reuniões prévias de pactuação e deliberação anterior ao projeto para responsabilização de docentes da medicina e Enfermagem;
- Discussão e se possível construção de projetos conjunto entre a escola (docentes) e os cenários de aprendizagem para esclarecimentos, pactuações, planejamento estratégico das ações e programações coletivas que estimulem os dois entes em benefício de estudantes, trabalhadores e usuários também com foco na construção e desenvolvimento das competências e seus elementos;
- Criação de cultura de devolutivas aos cenários de aprendizagem e, se possível, por escrito e disponível aos interessados.

Desta forma, entendemos que a utilização das competências como estratégias de formação para a graduação é um grande passo para a enfermagem

na busca da cientificidade da profissão, pois considera o ser como um complexo de conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser estimuladas na formação e continuamente desenvolvidas no ambiente laboral.

A ideia e a busca de uma formação que prime pelo cuidar, fortaleça o ser, considerando toda a complexidade que o envolve, além de estimular o trabalho em equipe e a valorização do processo e não apenas do resultado que obtemos no labor cotidiano.

Esta é apenas uma gota no oceano do saber que envolve as competências. Novos estudos devem ser realizados nesse sentido, pois temos muitas dificuldades em delimitar e compreender cada elemento da competência, além de como estimular, especialmente, as atitudes, que são tão importantes e tão difíceis em função da intimidade e especificidade do ser humano.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. B.; Costa, R. S. B.; Weirich, C. F.; Bezerra, A. L. Q. Gerência dos serviços de Enfermagem: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia v. 07, n. 03, p. 319-327, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso: 2 fev. 2016.
- Aguiar, A. C.; Ribeiro, C. O. Conceito e avaliação de Habilidades e Competência na Educação Médica: Percepções atuais dos especialistas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 371-378, 2010.
- Almeida, M. L.; Peres, A. M. Conhecimentos, habilidades e atitudes sobre a gestão dos formados de Enfermagem de uma universidade pública brasileira. *Invest. Educ. Enferm. Paraná*, v. 30, n.1, p. 0-0, 2012.
- Alves, C. N.; Corrêa, A. C. L.; Soares, M. C.; Meincke, S. M. K. O Cuidado de Enfermagem e sua evolução histórica: uma revisão integrativa. *Cultura de los cuidados*. (Edición digital). Pelotas, Rio Grande do Sul, Ano XIX, n. 43, p. 0-0, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.43.08>>. Acesso em: 15 mar. 2016.
- Alves, J. A. C.; Ribeiro, C; Campos, S. A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série. Portugues, Viceu, n. 7. p. 33-42, jul. 2012.
- Amora, A. S. *Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa*. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.
- Andrade, D. M. C. *A Formação de Professores para a Educação Profissional e Tecnológica mediada pela Metodologia por Competências no Brasil a partir dos anos 70*. 2015. 268f. Dissertação de Mestrado – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Amazonas, Manaus, 2015.
- Antunes, J. Marx e as noções de progresso, liberdade e sujeito. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*. Maringá, v. 31, n. 1, p. 85-95, 2009.
- Araujo, S. H. R. D.; Albuquerque, A. H. D. Q.; Lima, J. H. S.; Rodrigues, N. N. C. Sistematização da assistência de Enfermagem: visando a melhoria na qualidade da assistência. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. Teresina, Piauí, v.18, n. 2, p.130-135, mar./maio 2017.
- Assad, L. G; Viana, L. O. Saberes práticos na formação do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília,DF, v. 56, n. 1, p. 44-47. 2003.
- Aued, G. K.; Bernardino, E.; Peres, A. M.; Lacerda, M. R.; Dallaire, C.; Ribas, E. N. Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. *Rev. Bras Enferm.* Curitiba, v. 69, n. 1, p.130-137. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672016000100142&script=sci_

arttext&tlng=en>. Acesso em: 11 ago. 2017.

Baião, B. S.; Oliveira, R. A.; Lima, V. V. P. C.; Matos, M. V.; Alves, K. A. P. Atendimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. *Revista de Atenção Primária à Saúde*. Brasília, v. 17, n.3, p. 291 – 302, jul./set. 2014.

Balsanelli, A. P.; Cunha, I. C. K. O.; Feldman, L. B.; Ruthes, R. M. *Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro*. São Paulo: Martinari, 2008.

Barbosa, L. R.; Melo, M. R. A. D. C. Relações entre qualidade da assistência de Enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* Cidade São Paulo, v. 61, n. 3, p. 366-70. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

Barbosa, W. Marxismo: história, política e método. Disponível em: <https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/934138/mod_resource/content/1/elementos%20básicos1.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2017.

Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Edição revisada e actualizada. Tradução de Luís Antero e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, LDA, 2009.

Behar, P. A.; Silva, K. K. A. Mapeamento de competências: um foco no aluno da educação a distância. *CINTED-UFRGS Novas Tecnologias na Educação*. Porto Alegre, v. 10, n. 3, dez., 2012.

Belfort, R. M.; Santos, E. F. M. S.; Tadeucci, M. S. R. Gestão por competências: um novo modelo de gerenciamento. *Revista UNI*. Imperatriz, MA, ano 2, n. 2, p.39-53, jan./jul., 2012.

Berbel, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*. Londrina, PR, v. 2, n. 2, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

Bíblia Sagrada: nova tradução na linguagem de hoje. Paulinas Editora, 2005.

Boff, L. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008.

Bonazina, M. C. R. As competências e o mundo do trabalho. *Contrapontos*, Itajaí, v. 6, n. 1, p. 29-47, jan./abr. 2006.

Borba, J. S.; Martins, L. M.; Silva, R. M. M.; Junior, E. R. F. A definição dos conhecimentos, habilidades e atitudes na formação de administradores na percepção de gestores, acadêmicos e legal. In: VIII CONVIBRA ADMINISTRAÇÃO – CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO, 8., 2011. Anais..., 2011. Disponível em: <www.convibra.com.br>. Acesso em: 24 dez. 2016.

Bottomore, T. (Org.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2543654/mod_resource/content/2/Bottomore_dicion%C3%A1rio_pensamento_marxista.pdf>. Acesso em: 2 set. 2015.

Brandão, H. P. *Aprendizagem, contexto, competência e desempenho: um estudo multinível*. 2009. 345 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações), Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

_____. *Competências no trabalho: uma análise da produção científica brasileira. Estudos de Psicologia*, Brasília, v. 12, n. 2, p. 149-158, 2007.

_____. *Gestão baseada nas competências: um estudo sobre competências profissionais na indústria bancária*. 2010. 158 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Departamento de Administração, Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

_____. *Mapeamento de competências: métodos, técnicas e aplicações em gestão de pessoas*. São Paulo: Atlas, 2012.

Brandão, H. P.; Babry, C. P. Gestão por competências: métodos e técnicas para mapeamento de competências. *Revista do Serviço Público Brasília*, Brasília, v. 56, n. 2, p. 179-194, abr/jun. 2005.

Brandão, H. P.; Guimarães, T. A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo? *RAE - Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v.41 n. 1. p. 8-15, Jan./Mar. 2001.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN 311/2007*. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução N° 389, de 18 de outubro de 2011*. Atualiza, no âmbito do Sistema COFEN / Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de títulos de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n° 466, 2012*. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1. p. 59.

Brasil. Decreto n° 36.918, de 26/11/2015, publicado no DODF: n. 228, de 27/11/2015; republicado no DODF. n. 11, de 18/01/2016.

Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem (2001). *Diário Oficial da República Federativa da União*, 09 nov. 2001; Seção 1, p. 37.

Brasil. Lei n°. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, 23 dez. 1996; Seção 1:27833-41.

Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Portaria nº 1.721, de 15 dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 dez. 1994. Seção I, p.19.801.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem*. Fundação Oswaldo Cruz. Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem: núcleo integrador: imergindo na ação pedagógica em saúde, Enfermagem 9 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, Fundação Oswaldo Cruz; Milta Neide Freire Barron Torrez (Coord.), Maria Regina Araújo Reicherte Pimentel, Regina Aurora Trino Romano, Valéria Morgana Penzin Goulart. – 2. ed. rev. e ampliada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasília, Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Plano Distrital de Saúde 2016-2019*. Parte I e II, Brasília, março de 2016.

Brasília, Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Portaria conjunta SGA/SE, N. 08, de 18 de julho de 2006*. Estabelece nos anexos I e II, as atribuições das especialidades dos cargos das carreiras: assistência pública à saúde do DF, cirurgião dentista, enfermeiro e médica. Maria Cecília Landim/ José Geraldo Maciel (p. 21 do Diário oficial do DF de 08/07/2006). – ANEXO A

Brasília, Escola Superior de Ciências da Saúde. *Resolução N. 5/2017^a* do colegiado de ensino, pesquisa e extensão/CEPE/ESCS. Dispõe sobre as avaliações de desempenho dos estudantes no programa educacional - módulos temáticos dos cursos de graduação da Escola Superior de Ciências da Saúde/ESCS. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/arquivos/resolucoes/2017/05avaliaMODulostematicos2017.pdf>>. Acesso em: 6 dez. 2017.

Bruno-Faria, M. F.; Brandão, H. P. Competências Relevantes a profissionais da área de T&D de uma organização pública do Distrito Federal. *RAC*, Brasília, v. 7, n. 3, p. 35-56, jul./set. 2003.

Budó, M. L. D; Schimith, M. D; Alves, C. N. et al. Cuidado e cultura: uma interface na produção do conhecimento de Enfermagem. Revisão integrative de literature. *J. res.: fundam. Care*. Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 3691-3704, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/52595/1/Cult_Cuid_43_09.pdf>. Acesso em: 28 out. 2016.

Camelo, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. São Paulo. v. 20, n. 1:[9 telas], jan./fev. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 26 dez. 2017.

Camelo, S. H. H.; Angerami, E. L. S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 552-60, abr./jun. 2013.

Campos, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*, Campinas, São Paulo, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

Campos, P. F. S.; Oguisso, T; Freitas, G. F. Memória e identidade profissional: primeiro simpósio ibero-americano de história da Enfermagem (Brasil, outubro-2007). *Cultura de los cuidados*. 2 semestre, 2007, ano XI, n. 22. p. 5-7.

Carbone, P. P.; Brandão, H. P.; Leite, J. B. D.; Vilhena, R. M. P. *Gestão por competência e gestão do conhecimento*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

Cardoso, A. C. C. A organização do trabalho em equipe nos serviços de saúde: uma reflexão sobre as relações de hierarquia e poder entre profissionais. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Salvador, Bahia, v. 3, n. 2, p. 98-103, dez. 2014.

Castro, F. S. O conceito de Trabalho e Psicologia Histórico-cultural. *Revista Urutágua, acadêmica multidisciplinar – DCS/UEM*. Maringá, n. 28, p. 123-128-maio/out., 2013.

Chaves, S. E. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos no ensino de graduação em Enfermagem. *Interface. Comunicação Saúde Educação*. Botucatu, 2014, v. 18, n. 49, p. 325-36.

Chiavenato, I. *Introdução à teoria geral da administração*. 9. Ed, Barueri: Manole, 2014.

_____. *Gerenciando com as pessoas: transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas*. 5 ed. Barueri: Manole, 2015.

Christófar, M. A. C. Currículo Mínimo para a formação do enfermeiro: na ordem do dia. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 44, n. 2/3, p. 7-9, abril/set. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v44n2-3/v44n2-3a02.pdf> >. Acesso em: 15 dez. 2017.

Colossi, N.; Consentino, A.; Queiroz, E. G. Mudanças no contexto do ensino superior no Brasil: uma tendência ao ensino colaborativo. *Rev. FAE*, Curitiba, v. 4, n. 1, p.49-58, jan./abr. 2001. Disponível em: <http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v4_n1/mudancas_no_conte_xto_do_ensino.pdf>. Acesso em: 2 maio 2015.

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). *Áreas do conhecimento*. Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/documents/11871/24930/TabeladeAreasdoConhecimento.pdf/d192ff6b-3e0a-4074-a74d-c280521bd5f7>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior (Brasil). Resolução CNE/CES, n. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa da União*, 09 nov. 2001; Seção 1, p. 37. – Anexo B

Correia, L. M.; Viana, L. O.; Rafael, R. M. R.; Teixeira, E.; Cardoso, M. M. V. N. Retrato dos cursos de graduação em Enfermagem no estado do Rio de Janeiro. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 28358, p. 1-7, 2017. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiSr6GmxcvYAhWKIJAKHUIGAaYQFggvMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.e-publicacoes.uerj.br%2Findex.php%2FEnfermagemuerj%2Farticle%2Fdownload%2F28358%2F22072&usq=AOvVaw1acHIAZGhyaTEJi4giofu>>. Acesso em: dez. 2017.

Correio, R. A. P. P. V.; Vargas, M. A. O.; Carmagnani, M. I. S.; Ferreira, M. L.; Luz, K. R. Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. *Enferm. Foco*, Brasília, v. 6, n. 1/4, p. 46-50, 2015.

Costa, L. M. C.; Santos, T. C. F. S.; Santos, R. M.; Coelho, M. J. C.; Porto, I. S. Contribuição de estudos históricos sobre escolas de Enfermagem para a memória e identidade da profissão: uma revisão integrativa. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, Maceió, Alagoas, 2016, v. 20, n. 46. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.46.10>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

Costa, R. R. O.; Medeiros, S. M.; Santos, V. E. P.; Feijão, A. R.; Filho, J. B.; Araújo, M. S. Positivismo e complexidade: interfaces e influências no contexto do ensino na graduação em Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 31, n. 1, p. 1-9, jan./mar. 2017.

Cunha, I. C. K. O.; Neto, F. R. G. X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 479-82, jul/set. 2006.

Cunha, K. C. *Gerenciamento na Enfermagem: novas práticas e competências*. São Paulo: Martinari, 2005.

Damasceno, C.; Silvino, Z. R.; Christovan, B. P.; Vidigal, P. D. Competências gerenciais do enfermeiro: a visão dos professores de administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. *Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, 2. ed. supl., p. 1003-1011, out./dez., 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750987139>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

Deutsch, S. Atitude de trabalhadores quanto à prática da atividade física no tempo livre. *Motriz*, São Paulo, v. 5, n. 2, dez. 1999.

Dias, I. S. Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 73-78, jan./jun. 2010.

Dicionário Eletrônico “Origem da Palavra” site de etimologia. Disponível em: <http://origemdapalavra.com.br/site/?s=compet%C3%A2ncia>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2015 / Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal*. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2016. 185 p.

Dolmans, D.; Snellen-Balendong, H. Problem construction. Construção de Problemas 1. *Series Problem-Based Medical Education*, Maastrich, p. 17-40, 2000-2009. (Tradução disponibilizada aos Docentes da Enfermagem Escola Superior de Ciências da Saúde pela Gerência de Educação e Avaliação – Síntese do texto sobre Construção de Problemas).

Drucker, P. F. *Administrando para o futuro: os anos 90 e a virada do século*. Tradução de Nivaldo Montingelli Jr. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
Durant, T. L'alchimie de la compétence. *Revue Française de Gestion*, Paris, v. 127, p. 84-102, Janvier-Février, 2000.

Dutra, J. S.; Fleury, M. T. L.; Ruas, R. *Competências: conceitos, método e experiências*. 2ª reimp. São Paulo: Atlas, 2010.

Dyniewicz, A. M. *Metodologia da pesquisa em saúde para Iniciantes – São Caetano do Sul*: Difusão Editora, 2007.

Elias, M. A.; Navarro, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de Enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem [en linea]*, Uberlândia, v. 14, jul./ago., 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421863008>>. Acesso em: 1 jul. 2017.

Engels, F. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. 1952. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/1876/mes/macaco.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

Escola Superior de Ciências da Saúde. *Website*. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/index.php/sisu>>. Acesso em 05 dez. 2017.

Espanhol, G. C. *A contribuição da administração de recursos humanos como ferramenta de gestão para a organização: um estudo de caso em uma empresa de ferragens do município de Criciúmas*. 2013. 93 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Ciências Contábeis) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/handle/1/1824>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

Faria, H. P.; Werneck, M. A. F.; Santos, M. A.; Teixeira, P. F. *Processo de trabalho em saúde*. 2. ed., Belo Horizonte: Nescon / UFMG, Coopmed, 2009.

Figueiredo, M. D.; Campos, G. W. S. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface*, Botucatu, 18 Supl., v. 1, p. 931-943.

Fleury, A. C. C.; Fleury, M. T. L. *Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

_____. Construindo o Conceito de Competência. *RAC*, Curitiba, Edição Especial, p. 183-196, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

Fleury, M. T. L. A gestão de competência e a estratégia organizacional. In: FLEURY, M. T. (Org.). *As pessoas na organização*. São Paulo: Gente, 2002. p. 51-62.

Fonseca, A. F.; Stauffer, A. B. *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Fracolli, L. A.; Castro, D. F. A. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36, n.3, p. 427-432, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/1391216/Searches/competencia_enfermeiro_atencao_basica_foco.pdf>. Acesso em: 5 out. 2017.

Fragelli, T. B. O.; Shimizu, H. E. Competências profissionais em saúde pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 65, n. 4, p. 667-674, 2012.

_____. *Análise das Competências Profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. 2013. 176 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

França, F. C. V.; Melo, M. C.; Monteiro, S. N. C.; Guilhem, D. *O processo de ensino e aprendizagem de profissionais de saúde: a metodologia da problematização por meio do Arco de Maguerez*. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdades de Ciências da Saúde, 2016.

Francisco, L. D.; Hungare, J. V. O administrador enfermeiro. *Revista UNINGÁ Review.*, [S.I.], Maringá, v. 8, n. 2, p. 89-97, out. 2011. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/580>>. Acesso em: 9 set. 2017.

Freire, N. P. Trajetória: fatos e fotos da pesquisa perfil da Enfermagem. *Enferm. Foco*, v. 7 (ESP), p. 81-86, 2016.

Frizzo, G. Trabalho Pedagógico: conceito central no trato do conhecimento da pesquisa em educação. *Trabalho necessário*, ano 6, n. 6, 2008. Disponível em:

<<http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN06FRIZZO,G.pdf>>. Acesso em 28 jun. 2017.

Furukawa, P. O.; Cunha, I. C. K. O. Perfil e competências de gerentes de Enfermagem de hospitais acreditados. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1: [09 telas], jan./fev. 2011. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

Geovanini, T. *História da Enfermagem - Versões e interpretações*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

Gil, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Gomes, L. A.; Brito, D. S. Desafios na implantação da sistematização da assistência de Enfermagem: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar UNINOVAFAP*, Teresina, v. 5, n. 3, p. 64-70, jul./ago./set. 2012.

Gramigna, M. R. *Modelo de competência e gestão de talentos*. 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

Grenzel, J. C. M.; Cavaleiro, D. J.; Lazzari, B.; Ambrósio, S.; Mersserchmidt, E.; Brito, L. O enfermeiro em suas diversas áreas de atuação. In: XVI MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA. IX MOSTRA DE EXTENSÃO. SEMINÁRIO INTERINSTITUCIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 16, 2011, Cruz Alta, RS. *Anais...* Cruz Alta, RS. Unicruz, 2011. Disponível em <www.unicruz.ed.br/seminário>. Acesso em: 2 mar. 2017.

Heidemann, M.; Gomes, M. L. B.; Sanchez, M. C. O. O pensamento de Antônio Gramsci como referencial teórico na pesquisa em História da Enfermagem. *Rev. Eletr. Enf. Goiás*, v. 10, n. 4, p. 1159-1164. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a29.htm>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

Hirano, S. Política e economia como formas de dominação: o trabalho intelectual em Marx. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 1-20, nov. 2001.

Holanda, F. L.; Marra, C. C.; Cunha, I. C. K. O. Perfil de competência profissional do enfermeiro em emergências. *Acta Paul Enferm.* v. 28, n. 4, 308-314, 2015.

Houaiss, A. *Dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. Disponível em: <<https://www.unicruz.edu.br/seminario/artigos/saude/O%20ENFERMEIRO%20EM%20SUAS%20DIVERSAS%20ÁREAS%20DE%20ATUAÇÃO.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

Jareño, B. J. O mercado de trabalho e o mercado de recursos humanos em Uberlândia. In: XII SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 2008, Uberlândia-MG. *Anais...* Uberlândia-MG, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/viewFile/4196/3141>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

Jorge, M. A. C.; Bastos, F. C. P. Trabalho e capitalismo: uma visão psicanalítica. *Trivium*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 21-33, 2009. Disponível em: <<http://www.uva.br/trivium/edicao1/artigos-tematicos/2-trabalho-e-capitalismo.pdf>>. Acesso: 17 jun. 2017.

Junior, F. A. R.; Vieira, L. J. E. S.; Barros, N. D. Entrevistas com gestores como método pedagógico para o gerenciamento na Enfermagem: conhecer para ser. *Rev. Enfermeria Global*, Campinas, São Paulo n. 27, p. 115-123, jul., 2012.

Júnior, F. G. P.; Guerra, J. R. F.; Oliveira, M. A. F.; Alves, V. S. A contribuição das competências empreendedoras para a formação de dirigentes em sistemas de incubação. In: XXVI ENEGEP, 26, 2006, Fortaleza, *Anais*. Fortaleza: Editora, 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr530361_7919.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

Laccort, A. A.; Oliveira, G. B. A importância do trabalho em equipe no contexto da Enfermagem. *Revista UNINGÁ Review*, Cidade Maringá, Paraná v. 29, n. 3, p. 06-10, jan./mar. 2017.

Le Boterf, G. *Compétence et navigation professionnelle*. Paris: Éditions d'Organisation, 1999.

Leal, L. A.; Camelo, S.H.H.; Soares, M.I.; Santos, F. C.; Correa, R.; Chaves, L. D. P. Competências profissionais para enfermeiros: a visão de discentes de graduação em Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-12, jul./set. 2016.

Leonello, V. M.; Oliveira, M. A. C. Competências para ação educativa da enfermeira. *Rev. Latino-am. Ribeirão Preto, São Paulo. Enfermagem*, v. 16, n. 2, mar/abr., 2008. Disponível em: <www.eerp.usp.br/riae>. Acesso em: 3 ago. 2016.

Lins, E. T. T. Teorias de Administração I Administração. Centro Universitário Católica Salesiano, *Auxilium*, Araçatuba, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/salaEstudo/materiais/p521d5103/material1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

Lorenzetti, J; Gelbcke, F. L; Vandresen, L. Tecnologia para gestão de unidades de internação hospitalares. *Texto Contexto Enferm*, Santa Catarina, v. 25, n. 2, p. 1-11, 2016.

Lourenção, D. C. A.; Benito, G. A. V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 63, n. 1, p. 91-97, jan./fev. 2010.

Lunardi, V. L; Filho, W. D; Silveira, R. S; Silva, P. A; Mancia, J. R. Gestão de Enfermagem e construção de ambientes éticos. *Enferm. Foco*, Brasília, v. 7, n. 3/4, p. 41-45, 2016.

Machado, M. H; Filho, W. A; Lacerda, W. F; Oliveira, E; Lemos, W; Wermelinger, M; Vieira, M; Santos, M. R; Junior, P. B. S.; Justino, E.; Barbosa, C. Características

gerais da Enfermagem: O Perfil Sócio Demográfico. *Enferm. Foco*, v. 7 (ESP), p. 09-14, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/Enfermagem/article/view/686>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

Malagutti, W. *Gestão do serviço de Enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

Marx, K. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Livro I: O processo de produção do capital. Tradução de Rubens Enderle. v.I, T.1. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013, Coleção os economistas). Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547757/mod_resource/content/1/MARX%2C%20Karl.%20O%20Capital.%20vol%20I.%20Boitempo..pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

_____. *Manuscritos econômico-filosóficos*. Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2010.

Medeiros, I. B. O. Competências individuais: um estudo de caso da gestão por competência em sua dimensão humana em pequena empresa. In: III SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA. 3. 2006, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos...* Rio Grande do Sul: UFSM, 2006. p. 1-11. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos06/715_Artigo%20Competencias%20Individuais%20-%20Igor%20Medeiros.pdf>. Acesso em: 2 out. 2017.

Merhy, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

Merhy, E. E.; Feuerwerker, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

Merhy, E. E; Franco, T. B. *Trabalho em saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 5 de nov. 2015.

Minayo, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Mixoczky, M. C.; Flores, R. K. A práxis-crítica na tradição do pensamento social brasileiro. *Cadernos Ebape. BR*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, artigo 9, set. 2009.

Morin, E. M. Os sentidos do trabalho. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 08-19, jun./set. 2001.

Nascimento, S. M. *As funções gerenciais do enfermeiro no cotidiano da assistência hospitalar*. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Nery, A. (Org.). *Gestão de RH por competência e a empregabilidade* (livro eletrônico). Campinas: Papyrus, 2013.

Neves, R. S.; Shimizu, H. E. S. A. E. *Sistematização da Assistência de Enfermagem: implementação e avaliação*. Curitiba: Editora CRV, 2015.

Oguisso, T. (Org.). *Trajetória histórica da Enfermagem*. Barueri: Manole, 2014 (Série Enfermagem).

Oguisso, T.; Campos, P. F. S.; Freitas, G. F. *Pesquisa em História da Enfermagem*. Série Enfermagem e saúde. 2. ed. Barueri: Manole, 2011.

Oliveira, D. C.; Ramos, F. R. S.; Barros, A. L. B. L.; Nóbrega, M. M. L. Classificação das áreas de conhecimento do CNPq e o campo da Enfermagem: possibilidades e limites. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, 2013, v. 66 (esp), p. 60-65, 2013.

Oliveira, N. B.; Costa e Silva, F. V.; Assad, L. G. Competências do enfermeiro especialista em nefrologia. *Rev. enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 375-380. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/Enfermagemuerj/article/view/9789>>. Acesso em: nov. 2017.

Oliveira, R. G. *Blackbook – Enfermagem*. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

Oxford University Press. *Dicionário Oxford Escolar para estudantes brasileiros de inglês, português-inglês, inglês-português*. Edição atualizada, conforme o novo acordo ortográfico da língua Portuguesa. 2013.

Padilha, M. I. C. S.; Mancina, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, 2005, v. 58, n. 6, p. 723-726.

Pereira, R. Desenvolvendo a competência em informação: resultados da prática no ensino fundamental. Rio de Janeiro: Interciência, 2015.

Peres, A. M.; Ciampone, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set. 2006.

Peres, M. I. L. Competência: uma noção plástica, polissêmica e polimorfa. *Práxis Educacional*, Vitória da Conquista, n. 1, p. 57-65, 2005. Disponível em: <<http://periodicos.uesb.br/index.php/praxis/article/viewFile/400/430>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

Perrenoud, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Petrini, J. C. Mudanças sociais e familiares na atualidade: reflexões à luz da história social e da 20 sociologia. *Memorandum*, Belo Horizonte, UFMG, v. 8, p. 20-37. 2005. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos08/petrini01.html>>. Acesso em: 2 maio 2015.

Pinho, D. L. M.; Abrahão, J. I.; Ferreira, M. C. As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de Enfermagem, no contexto hospitalar. *Rev Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, São Paulo v. 11, n. 2, p. 168-76, mar./abr., 2003. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

Pires, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a Educação. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, Cidade, Botucatu, SP, v.1, n.1, 1997.

Porto, I. S. Identidade da Enfermagem e identidade profissional da enfermeira: tendências encontradas em produções científicas desenvolvidas no Brasil. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 92-100, 2004.

Porto, C.; Régnier, K. O Ensino Superior no mundo e no Brasil – Condicionantes, Tendências e Cenários para o Horizonte 2003-2025. Uma Abordagem Exploratória. *Portal MEC*, Brasília, 2003. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/ensinosuperiormundobrasiltendenciascenarios2003-2025.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2015.

Potter, P.; Perry, Anne Griffin. *Fundamentos de Enfermagem*. Tradução de Mayza Ritomy. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Queirós, P. J. P. Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de los Cuidados. (Edición digital)*, Coimbra, Portugal, v. 20, n. 45, p. 137-147, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.15>>. Acesso em: 29 out. 2017.

Quirino, D. D.; Collet, N. “Fácies” do trabalho de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiás, v. 11, n. 3, p. 681-687. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a28.htm>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

Ramos, M. Concepção do Ensino Médio Integrado. Baseado no texto: Concepção de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional. In: SEMINÁRIO PROMOVIDO PELA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DO PARÁ, 2008. Disponível em: <<https://tecnicadmiwj.files.wordpress.com/2008/09/texto-concepcao-do-ensino-medio-integrado-marise-ramos1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. *Currículo integrado*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/curintv.html>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

Ribeiro, E. R.; Costa, E. R. *Serviços de assistência à saúde*. Curitiba: InterSaberes, (Série Princípios da Gestão Hospitalar), PDF, 2017.

Ribeiro, O. M. P. L.; Martins, M. M. F. P. S.; Tronchin, D. M. R. Modelos de Prática Profissional de Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista De Enfermagem Referência*. Coimbra, Série IV, n. 10, p.125-133, jul./ago./set. 2016.

Rocha, S. M. M.; Almeida, M. C. P. O processo de trabalho da Enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto,

v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354>>. Acesso em: 2 jul. 2017.

Rodrigues, R. A. P.; Erdmann, A. L.; Fernandes, J. D.; Araújo, T. L. Pós-graduação em Enfermagem no Brasil e no Nordeste. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 28, n. 1, p. 70-78, 2007.

Romero, S. M. T.; Costa e Silva, S. F.; Kops, L. M. *Gestão de pessoas: conceitos e estratégias* (livro eletrônico). Curitiba: Intersaberes, Série Gestão em Foco, 2013.

Ruas, R. Mestrado Modalidade Profissional: em busca da identidade. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 55- 63, 2003.

Ruthes, R. M.; Cunha, I. C. K. O. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 62, n. 6, p. 901-905, nov./dez., 2009.

Sade, P. M. C.; Peres, A. M.; Wolff, L. D. G. A formação das competências gerenciais do enfermeiro: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFPE online*, Recife, v. 8, n. 6, p. 1739-1745, jun., 2014. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaEnfermagem/article/viewFile/13649/16515>> . Acesso em: 14 dez. 2017.

Sanna, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n. 60, mar./abr., 2007. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019613018>>. Acesso em: 1 jul. 2017.

Santos, A. E.; Sanna, M. C. “Calor Humano”: Origens e perpetuação desse valor em uma instituição hospitalar modelo-referência do município de São Paulo, Brasil. *Pensar em Enfermagem*, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 89-99, 2014.

Santos, J. L. G. *A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência* [manuscrito]. 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2010.

Santos, N. A. L. Sala de informática: ensino e aprendizagem interdisciplinar em uma escola bem-sucedida da rede municipal de ensino. *Colabor@ - Revista Digital da CVA - Ricesu*, Porto Alegre v. 6, n. 21, out. 2009. Disponível em:

<<http://pead.ucpel.tche.br/revistas/index.php/colabora/article/viewFile/124/108>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

Scherer, M. D. A.; Pires, D.; Schwartz, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), 2017, *site oficial*, Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/dados-estatisticos.html>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). *Diagnóstico de Saúde da Regional de Taguatinga para construção do Plano de Saúde do DF 2012 – 2015*, Brasília, 2011.

Severino, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. 23. ed. Revisada e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

Shimizu, H. E.; Martins, T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal. *Interface*, Botucatu, 18 Supl., n. 1, p. 1077-1087, 2014.

Silva, L. K.; Sena, R. R.; Rezende, S. M.; Silva, T. T.; Moraes, S. P. Desafios da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 380-387, abr./jun., 2012.

Silva, M. A.; Erdmann, A. L.; Cardoso, R. S. O sistema de Enfermagem hospitalar: visualizando o cenário das políticas gerenciais. *Rev. eletrônica da Enfermagem*, Goiás, v. 10, n. 2, p. 448-459, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a16.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2016.

Silva; M. G. M.; Silva, R. C. R. Educação e produção do conhecimento na realidade social: uma análise a partir do materialismo histórico-dialético. *Práxis Educativa*, Ponta Grossa, v. 5, n. 1, p. 79-87, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.uepg.br>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

Sindicato das empresas mantenedoras de ensino superior (Semesp). *Mapa do ensino superior no Brasil*, 2015. Disponível em: <<http://convergenciacom.net/pdf/mapa-ensino-superior-brasil-2015.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

Sistemas organizacionais [livro eletrônico]. [organização da Editora]. Curitiba: Editora InterSaberes, 2014.

Sobral, F. *Administração: teoria e prática no contexto brasileiro*. AlketaPeci. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

Souza, D. O.; Mendonça, H. P. F. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. *Interface Comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 543-552, 2017.

Souza, I. F. M. *Avaliação do programa de desenvolvimento gerencial de um Call Center*. 2015. 60 f. Monografia (Graduação em Administração) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Ciências Administrativas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

Souza, N. V. D. O.; Correia, L. M.; Cunha, L. S.; Eccard, J.; Patrício, R. A.; Antunes, T. C. S. O egresso de Enfermagem da FENF/UERJ no mundo do trabalho. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, 2011, v. 45, n. 1, p. 250-257. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em: 23 de set. 2017.

Takahashi, A. R. W. *Competências, aprendizagem organizacional e gestão do conhecimento* [livro eletrônico]. Curitiba: InterSaberes, 2015.

Tannure, M. C.; Pinheiro, A. M. S. A. E.: *Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Teixeira, E. Em tempos de novas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para o curso de graduação em Enfermagem. *Rev. Enferm. UFSM*, Santa Maria, RS, v. 7, n. 2, p. iii-iv, abr./jun., 2017.

Teixeira, E. et al. Enfermagem: a trajetória dos cursos de graduação na saúde. In: HADDAD, A. E. et al. (Orgs.). *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 15 v. p. 531.

Traesel, E. S.; Merlo, A. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de Enfermagem. *Psico*, Porto Alegre v. 40, n. 1, p. 102-109, jan./mar. 2009.

Ubeda, C. L.; Santos, F. C. A. Os principais desafios da gestão de competências humanas em um instituto público de pesquisa. *Gest. Prod.* São Carlos, v. 15, n.1, p. 189-199, jan.abr. 2008.

Vaitsman, J. Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 29-47, jan./fev. 2001.

Vandresen, L. *Gestão de unidades de internação hospitalares: contribuições de uma tecnologia*. 2016. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Waldow, V. R. *Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. *Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

Weirich, C. F.; Munari, D. B.; Mishima, S. M.; Bezerra, A. L. Q. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 249-257, Florianópolis, Santa Catarina, 2009. Disponível em: <<http://producao.usp.br/handle/BDPI/2888>>. Acesso em: 17 dez. 2017.

Zabala, A.; Arnau, L. *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Zarifian, P. *O modelo de competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. Tradução de Eric Roland, René Heneault. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2003.

_____. *Objectif compétence*. Paris: Liaisons, 1999.

_____. *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2001.

_____. *Objetivo Competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2008.

APÊNDICE A – Roteiro para Análise Documental.

- 1) Nome do Documento.
- 2) Objetivo do Documento.
- 3) Existe citação sobre o termo competência no conteúdo do documento?
- 4) Existe citação sobre o termo habilidades no conteúdo do documento?
- 5) Existe citação sobre o termo conhecimento no conteúdo do documento?
- 6) Existe citação sobre o termo atitudes no conteúdo do documento?
- 7) O documento exhibe o conceito de competência?
- 8) O Documento exhibe o conceito de atitudes?
- 9) O Documento exhibe o conceito de conhecimento?
- 10) Este documento exhibe articulação entre as políticas públicas de saúde vigentes e a Enfermagem?
- 11) Este documento exhibe articulação entre as políticas pedagógicas de saúde vigentes e a Enfermagem?
- 12) Impressões sobre o documento.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE - Entrevistas

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa cujo nome é: “O Desenho de Competências para o enfermeiro: promovendo a integração do ensino da graduação em Enfermagem às necessidades do serviço a partir do olhar dos supervisores de Enfermagem de Unidades Clínicas em um hospital público do Distrito Federal”.

O nosso objetivo é contribuir para a integração do ensino - serviço por meio do uso das competências do enfermeiro.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será por meio de entrevistas que ocorrerão no seu setor de trabalho, na data combinada, com um tempo estimado de trinta a noventa minutos. Informamos que a senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que eventualmente lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na CGST por meio do Núcleo de Educação em Saúde (NEPS) e na Escola Superior de Ciências da saúde (ESCS), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a Sra. Elisangela Andrade Silva Motta, na instituição ESCS/SES-DF ou NEPS/HRT pelos números 3358.4208 ou 33531007, no horário comercial.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF sob o número 43098715.9.0000.5553. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser sanadas por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias; uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Brasília, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura

Pesquisador responsável

Nome e assinatura

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista de coleta de dados para avaliação das competências necessárias ao enfermeiro para atuar em Unidades clínicas - Adaptado de BRANDÃO (2012)

Orientações para a aplicação da entrevista

- Deve ser lida antes de cada entrevista
 - A resposta às perguntas não é obrigatória, podendo o entrevistado desistir da entrevista a qualquer momento
 - As informações prestadas neste instrumento não serão divulgadas de forma a identificar o entrevistado
 - Qualquer dúvida relacionada ao roteiro ou às questões poderá ser solucionada pelo entrevistador, assim que esse for solicitado
- Desde já, agradecemos sua colaboração!

Perfil dos entrevistados

- 1) Setor de trabalho
- 2) Sexo feminino ou masculino
- 3) Idade
- 4) Tempo de exercício no cargo de supervisor de Enfermagem
- 5) Tempo de formação como enfermeiro (a)
- 6) Clínica de atuação
- 7) Escolaridade
 - a) Pós-graduação incompleta / Área
 - b) Pós-graduação completa / Área
 - c) Mestrado incompleto / Área
 - d) Mestrado completo / Área
 - e) Doutorado incompleto / Área
 - f) Doutorado completo / Área
- 8) Instituição onde se graduou?
- 9) Como chegou à supervisão de Enfermagem?
- 10) Teve preparação para o cargo?

Áreas de atuação do enfermeiro

11) Em sua opinião, quais são grandes áreas de atuação do enfermeiro?

Conceitos

12) Como você define o termo competência?

13) Que competências individuais o enfermeiro deve ter, na sua opinião, para a consecução dos objetivos da sua clínica?

14) Como você define o termo habilidade?

15) Cite exemplos de habilidades que o enfermeiro deve ter para que o trabalho seja bem-feito (assistente - e como gestor?)

16) Como você define o termo conhecimento?

17) Cite exemplos de conhecimentos necessários para que o enfermeiro saiba prestar um bom atendimento na sua clínica? (assistente - e como gestor?)

18) Como você define o termo atitude?

19) Cite exemplos de atitudes no trabalho que são valorizados por você como supervisor? (assistente - e como gestor?)

APÊNDICE D – Termo de concordância

Sr(a). Dr(a). Enfermeiro(a) _____,
 _____(Cargo) da Coordenação Geral de Saúde de
 Taguatinga, está de acordo com a realização, neste hospital, da pesquisa “O
 Desenho de Competências para o enfermeiro: promovendo a integração do ensino
 da graduação em Enfermagem às necessidades do serviço a partir do olhar dos
 supervisores de Enfermagem de Unidades Clínicas em um hospital público do
 Distrito Federal” de responsabilidade da pesquisadora Elisangela Andrade Silva
 Motta e sob a orientação da Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza para o
 Curso de especialização em ensino na saúde após aprovação pelo Comitê de Ética
 em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP –
 SES/DF.

O estudo envolve aplicações de entrevistas aos profissionais e supervisoras
 de Enfermagem, análise de documentos, realização de reuniões, grupos de trabalho
 (focais) e oficinas. Tem duração de oito meses com previsão de início para o mês de
 Março de 2015.

Brasília, ____ de _____ de 2015.

Gerente de Enfermagem responsável pela CGST

 Assinatura/carimbo

Pesquisador responsável pelo protocolo de pesquisa

 Assinatura

ANEXO A – Portaria conjunta SGA/SES sobre as atribuições da especialidade do cargo de carreira: Assistência Pública à Saúde do Distrito Federal, Enfermeiro (página 21 do DODF, 08/07/2006)

CONJUNTA SGA/SES No 08, DE 18 DE JULHO DE 2006. A SECRETÁRIA DE ESTADO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA DO DISTRITO FEDERAL e o SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições regimentais, tendo em vista o disposto no Art. 2º, inciso II, do Decreto no 23.212, de 06 de setembro de 2002, alterado pelo Decreto no 25.625, de 02 de março de 2005, e acatando proposta apresentada pelo Grupo de Trabalho de que trata a Portaria no 142-SGA, de 02 de agosto de 2005, e ainda, tendo em vista o disposto no art. 1º, § 1º da Lei no 3.870, de 16 de junho de 2006, resolvem: I – ESTABELECER, nos termos dos Anexos I e II desta Portaria, as atribuições das Especialidades dos Cargos das Carreiras: Assistência Pública à Saúde do Distrito Federal, Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médica.

MARIA CECÍLIA LANDIM JOSÉ GERALDO MACIEL

No 137. Quarta-feira, 19 de julho de 2006, p. 21.

ENFERMEIRO - CARGO – ENFERMEIRO – ESPECIALIDADE – 1 – ENFERMEIRO - CÓDIGO 7110. ÁREA DE COMPETÊNCIA: Assistencial. DESCRIÇÃO SUMÁRIA: planejar, coordenar; supervisionar e avaliar atividades e ações de Enfermagem no âmbito da assistência, pesquisa e docência, nos diferentes níveis de complexidade das ações de saúde, observando Código de Ética e a Legislação de Enfermagem; participar de programas de treinamentos; executar outras atividades de interesse da área. DESCRIÇÃO DETALHADA: aplicar, divulgar e disponibilizar normas de biossegurança; assistir ao paciente internado, no ambulatório e/ou no Setor de Emergência, realizando atividades como: sondagens em geral, lavagens gástricas, troca de cânulas de traqueostomia, curativos simples e/ou com debridamento, instalação e controle de pvc, verificação de sinais vitais; assistir ao paciente nas unidades hospitalares, ambulatoriais e de atenção básica, em suas necessidades; assistir intensivamente ao paciente internado, que se encontre em estado grave e, em casos de urgência e/ou emergência; avaliar a organização e o funcionamento dos serviços de Enfermagem, elaborando

diagnóstico em sua área de coordenação/atuação; avaliar e consolidar os dados estatísticos dos diversos programas e atividades desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem na Unidade de Saúde; coletar material para a citologia e outros previstos nos Programas de Saúde Pública e rotinas aprovadas pela Instituição; coordenar, avaliar e executar atividades de treinamento e educação em serviço do pessoal da Enfermagem; coordenar e/ou participar de atividades de grupo com usuários, familiares, técnicos em saúde, coordenar e/ou participar de atividades de oficinas terapêuticas de capacitação e produção; coordenar, administrar, supervisionar e executar atividades nos Bancos de Leite Humano; cumprir e fazer cumprir as normas da Instituição, o Código de Ética e a Legislação de Enfermagem; elaborar, padronizar, executar e orientar técnicas e rotinas nos diversos setores de atendimentos de Enfermagem da Unidade de Saúde; elaborar e implantar rotinas para as unidades de saúde da Instituição, em consonância com as normas vigentes e a legislação que regulamenta a profissão, os programas de saúde e a realidade local; elaborar recomendações técnico-científicas de interesse para a prevenção e controle das infecções hospitalares; elaborar e confeccionar material didático-pedagógico e de ensino aprendizagem; estabelecer o quadro quantitativo e qualitativo de profissionais de Enfermagem necessário para a prestação da assistência de Enfermagem da Instituição; estimular/proporcionar vínculos afetivos entre o binômio mãe/filho e favorecer o aleitamento materno precoce, sob livre demanda e doação; executar as atividades gerenciais do pessoal de Enfermagem; executar e colaborar nas atividades de pesquisa em Enfermagem e de interesse na área de saúde; executar e/ou supervisionar a administração de drogas quimioterápicas e antineoplásicas, nutrição enteral e parenteral; executar, participar e coordenar a equipe de Enfermagem nos procedimentos de urgência e emergência de maior complexidade; executar, supervisionar e coordenar as atribuições técnicas de Enfermagem pertinentes ao serviço, garantindo a funcionalidade e a qualidade da assistência prestada; identificar e caracterizar extensão, profundidade e gravidade de queimaduras, prestando os cuidados necessários ao paciente; instalar, testar e supervisionar o funcionamento de aparelhos como: respiradores, cardio-monitores, bombas infusoras, aspiradores, esfigmomanômetros e outros; observar medidas de segurança contra acidentes de trabalho; orientar sobre a instalação dos materiais e equipamentos de uso na Unidade de Saúde; organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de Enfermagem lotado e em exercício na regional de saúde,

encaminhando-os semestralmente à Gerência de Enfermagem da Instituição; orientar e/ou transportar pacientes graves e com risco de morte; participar e estabelecer critérios técnicos na elaboração e implantação de projetos arquitetônicos que visem a criação, reformas, adaptações e ampliação da unidade de saúde; planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades didático-pedagógicas, teórico-práticas e de estágio, dos cursos de formação de graduação e de nível médio, de treinamento e aperfeiçoamento da instituição de ensino; planejar, coordenar, administrar, executar, supervisionar e avaliar atividades e ações da assistência de Enfermagem; participar das políticas de saúde da instituição; participar de bancas examinadoras nos concursos e provas seletivas para provimentos de cargos ou contratação de pessoal de Enfermagem; participar de comissões e coordenações da Gerência de Enfermagem para estudos e definições técnicas, normas e rotinas de Enfermagem e outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente; participar de comissões e/ou reuniões administrativas, multiprofissionais e/ou multidisciplinares, para planejamento, execução e avaliação de cursos, seminários, pesquisas e outros eventos culturais e científicos, no âmbito da instituição, de outras instituições e da comunidade; planejar as ações para execução dos programas de assistência à saúde nos Centros, Postos de Saúde e Unidades Mistas, de acordo com as metas estabelecidas; planejar e ministrar cursos e palestras sobre saúde, para equipes de Enfermagem, áreas afins e comunidade em geral; planejar, coordenar e prestar assistência de Enfermagem à população em situações de emergência, agravos coletivos à saúde e implementar medidas de controle; prescrever medicamentos estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotinas aprovadas pela instituição; prestar assistência obstétrica, acompanhando a evolução do trabalho de parto e realizar o parto sem distocia; prever e supervisionar a requisição de material de consumo à farmácia e almoxarifado; promover e participar de consultorias e auditorias na emissão de pareceres técnicos que versam sobre a Enfermagem; realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente – SAE; solicitar exames de rotina e complementares nos Programas de Saúde Pública e em protocolos aprovados pela instituição; testar materiais e equipamentos emitindo parecer técnico a fim de subsidiar a aquisição de produtos médico-hospitalares na instituição; utilizar, orientar e supervisionar o uso de equipamentos de proteção individual (EPI); zelar pelo bom uso dos materiais de consumo e equipamentos, evitando desperdício e utilização inadequada; zelar pelos

bens patrimoniais da instituição; executar outras atividades de mesma natureza e mesmo nível de complexidade e responsabilidade, correlatas com os trabalhos desenvolvidos na instituição, contidas no Manual de Atribuições da Equipe de Enfermagem-SES. **COMPETÊNCIAS PESSOAIS:** prestar assistência humanizada; agir com ética profissional; saber ouvir; demonstrar flexibilidade, organização e autocontrole; observar com atenção e critério; demonstrar destreza manual; trabalhar em equipe interdisciplinar. **FORMA DE PROVIMENTO:** Concurso Público. **REQUISITOS:** Diploma, devidamente registrado, de conclusão de curso de graduação em Enfermagem, expedido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, e registro no Conselho de Classe.

ANEXO B – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem

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.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9o, do § 2o, alínea “c”, da Lei no 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1o de outubro de 2001, RESOLVE:

Art. 1o A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2o As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3o O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

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; e

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

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; e

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.

Art. 5o A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;

III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;

VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;

VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;

IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;

X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;

XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de Enfermagem;

XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de Enfermagem;

XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;

XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;

XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de Enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

XIX – coordenar o processo de cuidar em Enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;

XX – prestar cuidados de Enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;

XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de Enfermagem às diferentes demandas dos usuários;

XXII – integrar as ações de Enfermagem às ações multiprofissionais;

XXIII – gerenciar o processo de trabalho em Enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;

XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de Enfermagem e de saúde;

XXV – planejar e implementar programas de Educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;

XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;

XXIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;

XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de Enfermagem e da assistência à saúde;

XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde; XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;

XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e

XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos

determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se:

a) Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;

b) Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;

c) Administração de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de Enfermagem e da assistência de Enfermagem; e

d) Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

§ 1º Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

§ 2º Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

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.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicas da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;

III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;

VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade;

e

IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

Art. 15. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanente mente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2o O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo Presidente da Câmara de Educação Superior