

Mestrado Profissional
Enfermagem
Assistencial



VISÃO DOS ENFERMEIROS GESTORES DO SISTEMA DE SAÚDE SOBRE A
AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES GERENCIAIS NA
FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM
PESQUISA EXPLORATÓRIA DE CAMPO

Autora: Cláudia Aarestrup

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Mara de Melo Tavares

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense / UFF como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Niterói, 17 de abril de 2008.



Rua Dr. Celestino, 74
24020-091- RJ – Brasil
Tel (21) 2629-9484
e-mail:
www.uff.br/eeaac/mestrado.htm



**Título do texto: VISÃO DOS ENFERMEIROS GESTORES DO SISTEMA DE
SAÚDE SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES GERENCIAIS
NA FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM**

Aluna: Cláudia Aarestrup

Orientadora: Profª Drª Cláudia Mara de Melo Tavares

Abril, 2008



Rua Dr. Celestino, 74
24020-091- RJ – Brasil
Tel (21) 2629-9484
e-mail:
www.uff.br/eeaac/mestrado.htm



EAAAC

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
MESTRADO PROFISSIONAL ENFERMAGEM ASSISTENCIAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**VISÃO DOS ENFERMEIROS GESTORES DO SISTEMA DE SAÚDE SOBRE A
AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES GERENCIAIS NA
FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM**

PESQUISA EXPLORATÓRIA DE CAMPO

Linha de Pesquisa: o contexto do cuidar em saúde

Autora: Cláudia Aarestrup

Orientadora: Cláudia Mara de Melo Tavares

**VISÃO DOS ENFERMEIROS GESTORES DO SISTEMA DE SAÚDE SOBRE A
AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES GERENCIAIS NA
FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM**

PESQUISA EXPLORATÓRIA DE CAMPO

Autora: Cláudia Aarestrup

Orientadora: Cláudia Mara de Melo Tavares

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Cláudia Mara de Melo Tavares

Profª Drª Iraci dos Santos

Profª Drª Sônia Mara Faria Simões

Niterói, 17 de Abril de 2008

Aarestrup, Cláudia.

Visão dos Enfermeiros Gestores do Sistema de Saúde sobre a aquisição de competências e habilidades gerenciais na formação de enfermagem. Pesquisa exploratória de campo / Cláudia Aarestrup. –

Rio de Janeiro: UFF / Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial, 2008.

lxxiv, 74 f. : il. ; 31 cm.

Orientadora: Cláudia Mara de Melo Tavares
Dissertação (mestrado) – UFF / Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, 2008.

Referências Bibliográficas: f. 70-75

1- Enfermagem. 2. Gestão em saúde. 3. Sistema de Saúde. 4. Educação. Tese. I. Tavares, Cláudia Mara de Melo. II. Universidade Federal Fluminense, Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Assistencial. III. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Berenice Monteiro Aarestrup por sempre ter acreditado em mim e pela enorme ajuda nos momentos mais difíceis da minha vida.

À minha filha e companheira Tamara Aarestrup de Freitas pela dedicação, compreensão e força para superar a distância e pelo incentivo que dá a minha vida pelo simples fato de existir.

À minha tia Maria e irmãos, sempre presentes e solidários.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar condições de empreender as ações de execução da dissertação de mestrado;

Aos meus familiares pela compreensão e a abnegação, motivadas pelas minhas ausências e pelo estímulo à minha luta;

À minha orientadora Claudia Mara de Melo Tavares pelo apoio, competência, dedicação, paciência e, sobretudo a amizade e o carinho sempre presentes nas nossas reuniões;

Aos nobres colegas que colaboraram permitindo a realização das entrevistas que subsidiaram esta dissertação;

À minha mãe Berenice Monteiro Aarestrup que sempre esteve ao meu lado e em nenhum momento deixou de me amar e de acreditar em mim;

Ao meu irmão Fernando Monteiro Aarestrup pela oportunidade de desenvolver este trabalho e pela confiança em mim depositada;

Aos colegas de trabalho da GRS/Manhumirim pela colaboração, amizade e companheirismo;

Aos amigos mais próximos que me incentivaram quando esmorecia perante a jornada de confecção da dissertação;

Aos professores do mestrado pelo incentivo e amizade conquistada através dos anos que compartilhamos idéias e experiências profissionais;

Aos amigos Raquel, Tiago e Karla pelos préstimos de computação, paciência, amizade e apreço;

A Prof^a. Maria dos Anjos Fidélis pelo apoio na revisão gramatical e amizade;

A todos os colegas de mestrado pelo maravilhoso tempo que convivemos, trocando experiências e, sobretudo criando laços de amizade;

A todos que direta e indiretamente colaboraram no complemento deste trabalho;

A DEUS, por tudo.

Trabalho de Pesquisa patrocinado por

Órgão Financiador do Projeto: CSP – Comércio de Produtos Hospitalares Ltda

RESUMO

As novas diretrizes curriculares para a formação do enfermeiro incluem competências para atuar e gerenciar diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, na perspectiva da integralidade. A enfermagem tem demonstrado nos últimos anos, potencial para implantação, manutenção e desenvolvimento das políticas de saúde, atuando em qualquer política de saúde que tenha como objetivo a assistência de qualidade. Tem-se observado que a enfermagem vem desempenhando diferentes atividades no atendimento individual e coletivo, tornando-se profissional de referência para o bom funcionamento do sistema. O presente estudo analisa os modos de atuação do enfermeiro nos diferentes campos da gestão do sistema de saúde, identifica aspectos relacionados à formação que interferem na prática da gestão e discute experiências precedentes necessárias ao desempenho do papel de gestor na atualidade. Foi desenvolvida uma pesquisa exploratória de campo no período de maio a agosto de 2007. Os dados foram obtidos por meio de grupo focal realizado com onze enfermeiros da Gerência Regional de Saúde de Manhumirim/MG. Com base na análise de conteúdo os depoimentos foram agrupados em três categorias analíticas: o enfermeiro é uma “célula tronco”: O valor da formação generalista; competências e habilidades adquiridas durante a graduação e conhecimentos oriundos da prática; habilidades e competências desenvolvidas no cotidiano. Os resultados demonstram a pertinência da formação do enfermeiro para a construção do papel de gestor de sistema de saúde. O currículo de graduação em enfermagem desenvolve competências essenciais relacionadas à gestão, as quais são lapidadas pelos enfermeiros no cotidiano do trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS). Conclui-se que parte das competências necessárias para atuar como gestor de sistema de saúde é adquirida pelos enfermeiros durante o curso de graduação. Contudo, o modelo clássico de gestão ainda é o mais utilizado pelos enfermeiros em detrimento do modelo de gestão participativa e em rede.

ABSTRACT

The new curricular lines of direction for the nurse's academic formation include abilities to act and to manage different levels of attention of the process health-illness, in the perspective of the completeness. The nursing has demonstrated in the last years, potential for implantation, maintenance and development of the health politics, acting in any health politics that has as objective the quality assistance. It has been observed that the nursing comes playing different activities in the individual and collective attendance, becoming professional of reference for the good functioning of the system. The present study analyzes the ways of performance of the nurse in the different fields of the management of the health system, identifies related aspects to the formation that intervene with the practical one of the management and argues necessary preceding experiences to the performance of the roler of manager in the present time. The August of 2007 was developed a exploratory field research in the period of May. The data had been gotten by means of carried through focal group with eleven nurses of the Regional Management of Health of Manhumirim/MG. On the basis of the content analysis the depositions had been grouped in three analytical categories: the nurse is a "cell trunk": the value of the generalist formation; abilities and abilities acquired during the graduation and deriving knowledge of the practical one: abilities and abilities developed in the daily one. The results demonstrate the relevancy of the formation of the nurse for the construction of the role of manager of health system. The resume of graduation in nursing develops related essential abilities to the management, which are stoned by the nurses in the daily one of the work of the "Sistema Único de Saúde" (SUS). One concludes that it has left of the abilities necessary to act as manager of health system is acquired by the nurses during the graduation course. However, the classic model of management still is used by the nurses in detriment of the model of participative management and in a network.

LISTAS

	Página
Lista de	
Quadro 1- População dos municípios que integram a Gerência Regional de Saúde de Manhumirim/MG selecionados para estudo, 2005.	34
Tabela I - Faixa etária, sexo e estado civil dos sujeitos da pesquisa. Manhumirim/MG, 2007.	36
Tabela II - Característica da instituição formadora e tempo de conclusão de curso dos sujeitos. Manhumirim/MG, 2007.	37
Tabela III - Sujeitos da pesquisa conforme titulação em pós-graduação <i>Latu sensu</i> , 2007.	38
Tabela IV - Número de sujeitos da pesquisa em relação à pós-graduação, à instituição formada e tempo de conclusão de curso. Manhumirim/MG, 2007.	38
Tabela V - Número de sujeitos da pesquisa em relação ao tipo de contratação e vínculo empregatício. Manhumirim/MG, 2007.	39
Tabela VI - Percepção dos enfermeiros – gestores sobre o direcionamento da formação do enfermeiro para o desenvolvimento do papel de gestor. Manhumirim/MG, 2007.	60
Figura 1 – Tempo de conclusão da graduação dos sujeitos da pesquisa, 2007.	37
Figura 2- Número de participantes da pesquisa estudada em relação ao tipo de contratação e vínculo empregatício, 2007.	39

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública é uma construção social e histórica que sofre interferências de valores, que podem ser contraditórios, acarretando o conflito de valores. Trabalhar com autonomia relativa em relação ao Estado, partidos políticos, ideologias são produtos da busca da construção de condições sociais para se trabalhar em saúde coletiva ⁽¹⁾.

Quando ocorre alteração de valores, ressalta-se a inadequação social e histórica de estruturas ultrapassadas, aumentando as possibilidades de mudanças⁽¹⁾.

A tentativa de mudança das condições precárias em que se encontrava a saúde pública no Brasil orientaram a elaboração de dispositivos constitucionais que consagraram a construção do Sistema Único de Saúde.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrentes de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizavam os serviços não são frutos apenas do momento atual. Ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas⁽²⁾.

A Constituição Federal de 5 de outubro de 1988 institucionalizou o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo lema “Saúde direito de todos, dever do Estado”, rege os preceitos que nortearam a política setorial nos anos seguintes. Com a Lei 8.142, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), a Norma Operacional Básica de Saúde (NOBs) ; a estrutura do SUS vai sendo delineada e papéis e funções vão surgindo em meio ao caminho tortuoso em busca da qualidade e melhoria das condições de saúde da população. Neste sentido desencadeia-se o processo de descentralização política e administrativa, observa-se progressiva municipalização do sistema e desenvolvimento de organismos colegiados e controle social⁽³⁾.

O Brasil está num processo de construção do sistema de saúde, onde os gestores caminham juntos neste processo, buscando um sistema de saúde mais democrático e eficiente, no qual a competência política, a inteligência técnica e a capacidade de articulação tornam-se um processo global da sociedade brasileira⁽⁴⁾.

Reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, essencialmente conflitivo, conforme os atores coletivos em cena,

requer a compreensão de que qualquer tentativa de receita para a gestão em saúde terá de enfrentar a tensão constitutiva deste campo nos terrenos da política e do processo de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, onde se opera cotidianamente a produção de modelos de atenção⁽⁵⁾.

O que se espera de uma gestão é assegurar o cumprimento do objetivo primário da organização em produzir saúde, educar, e ao mesmo tempo, dar condições e estimular os trabalhadores para realização profissional e pessoal ampliando sua capacidade de reflexão e participação, explicitando os graus de compromisso e competência de cada trabalhador. O gestor teria como função, proporcionar elos de comunicação com o exterior, estabelecer contato com outras unidades, com os usuários e, para que isso aconteça, é necessário alterar a cultura organizacional da instituição⁽⁶⁾.

Um grande desafio que os gestores enfrentam se refere às questões da organização do trabalho na perspectiva das intenções de satisfação das necessidades da população, de aspiração por qualidade de vida, para os quais o trabalho profissional é um dos instrumentos de realização⁽⁴⁾.

Tem-se observado que a enfermagem vem desempenhando diferentes atividades entre as quais o trabalho administrativo e supervisão setorial, como também, tarefas referentes ao atendimento individual e coletivo, implementação ao acolhimento, capacitação em serviço e participação no planejamento das atividades das equipes de trabalho tornando-se fundamental para o bom funcionamento das mesmas⁽⁷⁾.

Neste sentido a enfermagem tem demonstrado nos, últimos anos, potencial para implantação, manutenção e desenvolvimento das políticas de saúde, atuando em qualquer política de saúde que tenha como objetivo a assistência de qualidade⁽⁸⁾.

Ainda na formação se configura críticas, tais como: descontextualização em relação às realidades regionais e às práticas que realiza, desconsideração do trabalho como princípio pedagógico, contato tardio do aluno com a futura prática profissional, valorização do domínio de habilidades técnicas voltadas para um sistema de alta complexidade, reduzida ênfase no trabalho multiprofissional,

currículos pouco flexíveis, dicotomia teoria/prática, pensar/fazer, cuidar/administrar; sendo necessária uma lapidação no sentido do gerenciamento, pois os órgãos formadores ainda não proporcionam capacitação aos enfermeiros para torná-los aptos para desempenharem a função de gestores de saúde⁽⁹⁾.

Assim, o objetivo geral deste estudo é caracterizar, na formação do enfermeiro, elementos e habilidades que conformam o perfil de gestor de sistema de saúde, entendendo sistema de saúde como um conjunto de ações e serviços de atenção organizada de forma regionalizada e hierarquizada, voltada ao atendimento integral da população⁽³⁾.

Para compreendermos a amplitude desse objetivo, pontuamos os termos gestão e gerência, considerados sinônimos conforme os dicionários de língua portuguesa. De acordo com as Normas Operacionais Básicas/96 podemos conceituar gerência como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema; e gestão como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria⁽¹⁰⁾.

Fazendo articulação desses conceitos com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem - Parecer Nº CNE/CES 1.133/2001, selecionamos algumas competências específicas da profissão, as quais se relacionam com esse estudo, são elas: administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem; gerenciar o processo de trabalho em saúde com princípios de ética/bioética, com resolutividade tanto no individual como no coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional; reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde⁽¹¹⁾.

Há um amplo debate no Brasil sobre qual seria o modelo de atenção ideal para organizar a denominada rede básica (atenção primária), viabilizando, na prática, as diretrizes do Sistema Único de Saúde⁽⁷⁾.

Diversas experiências direcionadas a ampliar a democracia em instituições de saúde surgiram em meio ao processo de implantação do SUS no Brasil, como a descentralização do poder, a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde, com o intuito de alterar o funcionamento democrático do Estado. Porém, essas medidas parecem insuficientes para alcançar os objetivos do SUS e diminuir o alto grau de alienação que se observa entre a maioria dos trabalhadores⁽⁶⁾.

Os serviços de saúde devem se apoiar em processos gerenciais autogestores, publicamente balizados a partir de contratos globais, centrados em resultados e na lógica dos usuários, e dirigidos colegiadamente, pelo conjunto dos seus trabalhadores⁽¹²⁾; articulados a uma rede de serviços de saúde, regulada pelo Estado e implicados com a produção do cuidado de modo centrado no usuário⁽⁵⁾.

Críticas ao modelo biologista, médico-centrado e a fragmentação das práticas em saúde direcionaram a formulação de propostas como Cidade Saudável, Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Defesa da Vida.

Nesta pesquisa cabe ressaltarmos o modelo em Defesa da Vida, pois está pautado nas defesas das diretrizes do SUS, procurando constituir dispositivos e arranjos institucionais com o objetivo de garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidade⁽⁷⁾.

O novo modelo partiria do princípio de que não haveria poder nem dominação absolutos, mas sempre relativos em relação com outros graus de poder e de dominação⁽⁶⁾.

No universo de ação de atores sociais, que agem para produzir certa conformação das necessidades como foco de políticas de saúde, a multiplicidade dos atores envolvidos tem mostrado a impossibilidade de se ter, nas políticas instituídas, o abarcamento do conjunto dos interesses construtivos do setor saúde, a não ser a pactuação social, expressa das formas mais distintas por mecanismos, mais amplos de envolvimento e negociação, ou mesmo por práticas mais impositivas e excludentes⁽⁵⁾.

Retomando a implementação efetiva da gestão local do SUS podemos dizer que sua viabilidade depende da interação do poder executivo municipal representado pela Secretaria Municipal de Saúde com os gestores intermediários, outros gestores municipais, outras secretarias, outros municípios, o estado e representantes da sociedade civil organizada que incorporados à gestão do SUS podem ser designados como co-gestores. Esta interação ocorre através dos Conselhos de Saúde almejando assim, o cumprimento dos princípios do SUS⁽¹³⁾.

Assim podemos dizer que a gestão do SUS é por natureza compartilhada e exercida por gestores e co-gestores. Nesse caso os conceitos de gestão e gerência definidos na NOB/96 tornam-se equivalentes, ampliando o conceito de gestão, pois se nos detivermos aos conceitos diferenciados estaremos descaracterizando o compartilhamento da gestão. Nesta pesquisa foi tomado como referência o conceito de gestor como o “responsável pela gerência e coordenação de algum programa, serviço, atividade, ou do próprio sistema de saúde”. Mediante essa visão, compreendemos que o exercício da gestão vinculada ao SUS compreende as funções gerenciais, colocando também, os gerentes como co-gestores do sistema. Com a expansão do conceito de gestão e de gerência, detectamos novos atores que atuam como co-gestores, dentre eles destacamos a enfermeira devido a cada dia ocupar cada vez mais cargos chave na gestão do SUS⁽¹³⁾.

Frente a essas questões delimita-se como objeto de estudo a pertinência da formação do enfermeiro para a atuação do papel do enfermeiro gestor do sistema de saúde.

O presente estudo tem como objetivos específicos: analisar os modos de atuação do enfermeiro nos diferentes campos da gestão do sistema de saúde; identificar aspectos relacionados à formação que interferem na prática da gestão e discutir as experiências necessárias ao desempenho do papel de gestor na atualidade.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1- Primórdios da gestão

Para melhor entendimento do momento atual e do significado do SUS faz-se necessário o caminhar pelos marcos históricos da política de saúde no Brasil⁽²⁾.

O papel das políticas e instituições de saúde pode ser analisado e percebido ao longo dos períodos que marcaram as principais conjunturas de nossa história, desde a Proclamação da República, em novembro de 1888, até a restauração dos direitos políticos e civis cassados. Na primeira república (1889-1930), foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional. Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil, adotando o modelo das “campanhas sanitárias” para combater as epidemias e endemias, urbanas e rurais.

Nas décadas de 20 e 30 desenvolveu-se o modelo médico-assistencialista a partir da urbanização e da industrialização que ocorreram no Brasil, modificando a postura liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social. É o nascimento da legislação trabalhista brasileira⁽²⁾.

Em 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, que marca o início da Previdência Social no Brasil. Criam-se as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Elas eram organizadas por empresas de natureza civil e privada, financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas por representantes das empresas e dos empregados. Ao poder público cabia apenas a resolução dos conflitos.

Com relação à saúde coletiva, o período é marcado pela Reforma Carlos Chagas, que pautava por uma visão de combate às doenças de massa. Surge, então, o Departamento Nacional de Saúde Pública, responsável por estas ações⁽²⁾.

O período de 30 a 45, marcados como a era Vargas, caracterizou-se pela criação de órgãos e instrumentos que legitimaram a ação sindical em moldes corporativos. Foi criado o Ministério do Trabalho e aprofundou-se a legislação trabalhista. Em relação à Previdência Social, houve grandes modificações no que se refere à organização e concepção. Do ponto de vista da concepção ela é definida como seguro, privilegiando os beneficiários e reduzindo a prestação de

serviços de saúde, o que provoca um grande corte na assistência médico-hospitalar⁽²⁾.

Do ponto de vista organizativo, o momento é marcado pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), entidades organizadas não por empresas, mas por categorias profissionais e administradas pelo governo federal, cujo presidente era indicado diretamente pelo Presidente da República.

A Lei Orgânica da Previdência Social, promulgada em 1960, uniformiza direitos dos segurados de diferentes institutos, o que agrava as dificuldades financeiras crescentes na Previdência. A uniformização dos benefícios da previdência foi estendida aos trabalhadores rurais, por meio do Estatuto do Trabalhador Rural, aprovado no governo João Goulart. Neste período destacamos dois marcos importantes: o primeiro foi a criação da Comissão de Planejamento e Controle das Atividades Médico-Sanitárias, com a função de elaborar o plano plurianual, integrando as atividades de saúde ao Plano Nacional de Desenvolvimento; o segundo a realização da III Conferência Nacional de Saúde, que discutiu as propostas elaboradas pela comissão e sistematizou as propostas de descentralização e municipalização da saúde. Em 1956, criou-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), com a finalidade de organizar e executar serviços de investigação e combate às principais patologias (malária, leishmaniose, doença de Chagas, brucelose, febre amarela, peste, esquistossomose e outras)⁽²⁾.

Com o golpe de 1964 e o discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro, ocorre a fusão dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

No período de 66 a 73, ocorre o acirramento da crise e privatização da assistência médica. O rompimento com a política populista não significou alteração em relação à política anterior (assistencialista), e o estado amplia a cobertura da Previdência aos trabalhadores domésticos e rurais. Em relação à assistência médica o movimento de ampliação de cobertura foi ainda mais expressivo. Os gastos totais do INPS, em 1976 chegaram a representar mais de 30%. O descaso com as ações coletivas e de prevenção se configura na diminuição do orçamento do Ministério de Saúde, que chega a menos de 1% dos

recursos da União. Em contrapartida, o desenvolvimento do complexo industrial, nas áreas de medicamentos e equipamentos cresceu consideravelmente ⁽²⁾.

Ao mesmo tempo, o INPS dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços próprios (cerca de 90% da despesa do INPS). As alterações na conjuntura política forçaram o Estado a fortalecer a Seguridade Social como forma de buscar legitimidade, aumentando a cobertura e ampliação dos benefícios. Foram, então, criados o Ministério da Previdência e Ação Social (MPAS) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). O ministério significou o fortalecimento das ações de Previdência no interior do aparelho estatal. O FAS proporcionou a remodelação e a ampliação dos hospitais da rede privada, por meio de empréstimos com juros subsidiados. Para controlar a corrupção sobre os serviços contratados, foram definidos mecanismos de controle do setor, por intermédio da criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), da ampliação dos convênios com sindicatos, universidades, prefeituras, governos estaduais e outros, e da normatização e criação de mecanismos institucionais de relação público-privado e entre esferas de governo. Dentre estes, merecem destaque o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS). O PPA tem importância em virtude do início da universalização do atendimento com recursos previdenciários e por remunerar instituições estatais ⁽²⁾.

A criação do SINPAS tinha como objetivo disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da Previdência. Foram criados o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPS), além de se integrarem aos órgãos existentes. A criação do SINPAS pode ser compreendida no processo de crescente tendência à universalização e à adoção do modelo de Seguridade Social.

Na década de 80 ocorreu a eclosão da crise estrutural e consolidação das propostas reformadoras.

Nesse período o Brasil vivia um quadro político e econômico difícil devido a um processo inflacionário e uma crise fiscal sem controle. O país vivia um processo de redemocratização.

Os anos de 80 a 83 foram marcados pela eclosão de três crises: ideológica, financeira e político-institucional ⁽²⁾.

A necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde caracteriza a crise ideológica. A Conferência de Alma Ata reconhece a atenção primária e a participação comunitária como estratégias para a conquista da meta

“saúde para todos no ano 2000”, inspirando a formulação do PREV-SAÚDE cujo projeto incorpora os pressupostos de hierarquização, participação comunitária, integração dos serviços, regionalização e extensão de cobertura. A discussão sobre o projeto divide opiniões e faz com que ele não chegue a ser implantado⁽²⁾.

A crise financeira é decorrente do crescente déficit desde 1980, com privilegiamento dos produtos privados. A crise político-institucional marca a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981. Era composto por representantes de diferentes ministérios, da sociedade civil e dos prestadores de serviços de saúde contratados e conveniados. O CONASP recupera propostas apresentadas anteriormente, pelo PREV-SAÚDE como a hierarquização, regionalização, descentralização e integração dos serviços e propõe mudanças de ordem financeira quanto ao pagamento, auditoria e plena utilização da capacidade instalada dos serviços públicos. É a partir do plano CONASP que se inicia a implementação de Ações Integradas de Saúde (AIS) as quais passaram a ser uma estratégia setorial para a reforma da política de saúde. Ocorreu o aumento de transferência de recursos destinados ao setor público, como também, a universalização do uso de recursos previdenciários. A proposta das AIS é fortalecida na Nova República, valorizando as instâncias de gestão colegiada, com a participação de usuários dos serviços de saúde⁽²⁾.

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária. Outra iniciativa de reformulação do sistema foi implementada, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), considerado como estratégia de transição em direção ao SUS. O SUDS propunha a transferência dos serviços do INAMPS para os estados e municípios. Seu objetivo foi contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS, antecipando um conjunto de inovações descentralizantes que viriam a ser consolidadas na Constituição de 1988⁽³⁾.

Nesta fase, vislumbramos a crise e a instabilidade própria do momento de transição. O universo vivido e representado pelo serviço público de saúde, no país perde a segurança sustentada pela tradição tornando-se fragmentado, cujas

partes se oferecem às várias tentativas de reconstrução; onde o universo institucional absorve propostas de mudanças e se abre a várias interpretações adquirindo assim, um contorno inevitavelmente politizado. Nesses períodos de transição e mudanças no sistema de saúde no país, o confronto de múltiplos valores decorrentes de situação vivida individual ou coletivamente pelos atores sociais faz com que os valores existentes percam a sua condição de absolutos e a realidade passa a ser construída, interpretada, manipulada, destruída e construída⁽¹⁴⁾.

Para refletirmos sobre a gestão do SUS, primeiramente precisamos conceituar SUS. De acordo com a Lei 8080 de 19/09/1990, em seu artigo 4º, a definição de SUS - Sistema Único de Saúde - é a seguinte: “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”⁽¹⁵⁾.

De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal as diretrizes do SUS são: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A Lei 8080 complementa as diretrizes e através de seu artigo 7º explicita: “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios”.

- universalidade entendida como acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- equidade, tendo como objetivo diminuir as desigualdades. As pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. É um princípio de justiça social;

- integralidade entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;

- regionalização e hierarquização, significando que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade, buscando formas de acesso a serviços

planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida, no limite dos recursos disponíveis em cada região;

- descentralização e comando único considerado como a distribuição do poder e responsabilidades entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal). É uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e responsabilizar o município pela saúde de seus cidadãos;

- participação popular consiste na participação de vários seguimentos sociais, com o objetivo de traçar diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde⁽¹⁵⁾.

Os princípios e diretrizes do SUS são válidos para compor imaginários utópicos e indicar novos rumos e objetivos para as políticas, interagindo, na prática realmente existente, nos sistemas de saúde⁽¹⁶⁾.

2.2 - A profissão, a liderança e o conhecimento gerado

Historicamente, a prática da enfermagem brasileira, desde a década de 40, quando ocorre um aumento de trabalho nas instituições hospitalares, até os dias atuais, defronta-se com o enfermeiro desempenhando, predominantemente, a função de gerente de serviços de Enfermagem, ou seja, administrando os serviços de Enfermagem. Ressalta-se que em muitas instituições, a estrutura diretiva da profissão apresenta um enfermeiro com carga na formação gerencial, para atuar como líder da equipe, responsável pela unidade e concomitantemente, intermediando ações entre a direção e a equipe de enfermagem. Nas instituições de ensino, docentes enfatizam a importância do desenvolvimento da liderança, com o objetivo de formar profissionais capazes de tomar decisões em situações complexas que lhe sejam submetida durante a sua vida profissional⁽¹⁷⁾.

Conforme assinala Barbosa et al⁽⁸⁾, a profissão proporciona aos enfermeiros um campo vasto de experiências, principalmente quanto à liderança, comunicação, pesquisa, organização, promoção e prevenção à saúde; porém, em todas, o enfermeiro ocupa a liderança dentro das instituições direcionando grupos a um objetivo comum⁽¹⁸⁾.

A liderança para alguns teóricos, a exemplo de Motta (2000), é vista como uma arte, a arte de influenciar pessoas para atingirem objetivos, sejam eles pessoais, profissionais, organizacionais e/ou sociais. Assim sendo, espera-se que os líderes sejam agentes de mudança na prática do grupo com o qual está envolvido e/ou gerencia.

O enfermeiro, enquanto gerente de saúde, ao colocar-se no papel de instituído, estabelece relações profissionais, pessoais e/ou sociais no grupo de liderados e na organização. Eles passam a reproduzir, conscientemente ou não, relações de poder instituídas em nossa cultura organizacional e social, em função da posição que passaram a ocupar⁽¹⁹⁾.

Esta característica de liderar comunga com o gerenciamento de serviços e a razão de ser da profissão, pois o enfermeiro possui um perfil gerencial que é delineado pela sua formação acadêmica, ou seja, o seu grau de

conhecimento técnico e por suas características/ qualidades pessoais e profissionais⁽¹⁹⁾.

A enfermagem a cada dia amplia seu campo de ação, com isto, os órgãos formadores estão atentos às transformações em sua práxis, buscando assim, um redirecionamento do ensino, pautado em valores da profissão e na amplitude do cuidado como premissa da profissão. A enfermagem atua em vários campos, dentre eles podemos citar o hospitalar, a rede básica, a área de pesquisa, administrativa e a de educação.

Com os anos de trabalho, ora na área hospitalar, ora na administração, ora na rede básica, ora na educação, o enfermeiro adquire um grande conhecimento que o privilegia entre as demais profissões, visto que são inúmeras suas possibilidades de atuação; pois a cada dia vai conquistando novos espaços através da aquisição de conhecimentos técnicos científicos, como também em relação à qualidade de assistência prestada, interagindo o conhecimento à ação, ao social e ao bem estar da comunidade.

Em todos os cenários, a profissão por si, exige que o enfermeiro se intere das políticas de saúde, do desenvolvimento do processo de saúde do município, Estado e Nação⁽¹⁸⁾. Para o melhor desempenho de suas funções é necessário o conhecimento das leis, diretrizes e portarias que regem a saúde no país. Em decorrência da precariedade do número de profissionais nos campos de atuação, na maioria das vezes, os enfermeiros possuem dois ou mais vínculos institucionais trabalhistas, sendo quase sempre um deles, voltado para a educação, o que requer maior conhecimento da atual estrutura do sistema de saúde sobre os pressupostos que norteiam o funcionamento adequado dos sistemas de saúde.

O conhecimento técnico do sistema de saúde, suas leis, diretrizes associado à vivência profissional enriquece e amplia a atuação do enfermeiro, aumentando assim, as possibilidades de desempenhar com êxito a gestão do sistema de saúde. A figura do enfermeiro se destaca em detrimento a outro profissional em relação à vivência, devido o enfermeiro estar mais próximo e mais acessível à

clientela; e por apresentar um perfil de líder direcionando o grupo a um objetivo comum⁽⁸⁾.

Em vários contextos observamos que a enfermagem ocupa o lugar de liderança nas equipes e nos serviços, visto a sua capacidade holística na gerência dos serviços, o desempenho das ações desde um simples procedimento a ações complexas; desde os resultados alcançados ao provimento de insumos necessários para se chegar à conclusão das ações; desde a preconização de técnicas adequadas à seleção e capacitação de recursos humanos para o desempenho eficaz de ações propostas. Como vimos, a enfermagem apresenta uma visão global das unidades e dos serviços nos quais atua, dirigindo as ações em busca da melhoria dos indicadores de saúde⁽⁸⁻¹⁸⁾.

No campo da saúde coletiva, o enfermeiro possui maior interligação com a comunidade, detectando seus problemas, objetivando ações para o controle e prosperidade da qualidade de vida. O enfermeiro em saúde pública possui uma visão da realidade que contribui para a criação de estratégias em busca da resolução de problemas⁽⁸⁾.

A figura do enfermeiro representa um elo entre as categorias profissionais e a população como também, entre setores independentes, porém, interligados, tornando seu desempenho essencial para o desenvolvimento de ações e conseqüentemente o gerenciamento dos sistemas de saúde.

A melhoria da qualidade do serviço de enfermagem se situa no compartilhamento das informações e do conhecimento buscando uma transformação que possibilite a obtenção de competências através de processos concretos de práticas de saúde diferenciados nos serviços de saúde⁽²⁰⁾.

A comunicação e o relacionamento interpessoal, no futuro, assumirão diferentes posturas no desenvolvimento das funções dos líderes destacando o papel de professor e guia potencializador, propiciando o trabalho em grupo⁽²¹⁾. Liderar é sinônimo de capacidade; um líder para demonstrar segurança a um grupo é necessário ser firme, decidido e capaz de transmitir confiança aos seus subordinados⁽²²⁾.

A profissão enfermagem por si favorece o exercício da liderança, devido à suas sistematizações através de leis e normas sempre direcionando grupos a um propósito ou objetivo comum⁽¹⁸⁾.

O conhecimento científico necessita de uma organização, de uma gestão e de uma enfermagem que se situa na interseção dos fluxos de

informação contribuindo, com uma melhoria das práticas de saúde através de uma cultura de compartilhamento do conhecimento. Nesse sentido, o enfermeiro ocupa o papel de liderança na integração e criação do conhecimento⁽²⁰⁾. O enfermeiro desenvolve o papel de elo entre a equipe, população, administração com vista ao desenvolvimento da aprendizagem e gestão do conhecimento. Atua como intermediário no fluxo de informações, desempenhando o papel de fazer gerir conhecimento em todos os níveis de atendimento com vistas à prática de saúde e enfermagem⁽²⁰⁾.

A relevância da qualidade e desempenho do enfermeiro demonstra a importância do seu papel e responsabilidade em suas funções⁽⁸⁾.

A enfermagem estabelece a cada dia maior relevância na atuação nos sistemas de saúde, sendo valorizada pela qualidade do desempenho profissional e o reconhecimento de seu papel enquanto conscientizador, sempre em busca da melhoria da qualidade de vida, como também, sua valiosa contribuição na implantação e manutenção da política de saúde, e conseqüentemente em gestão de sistema de saúde⁽⁸⁾. Após estas abordagens, percebemos que a atuação do enfermeiro como gestor depende, primeiramente, do conhecimento que este tem do processo de gestão em saúde, dos caminhos e da possibilidade de abertura ou desencadeamento de processos sociais e intersubjetivos de criação e recriação constante de acordos, pactos, projetos coletivos, como também de criar planos diretores com aplicação coordenada de recursos e atividades capazes de integrar ações sobre o meio ambiente, sobre a coletividade, sobre serviços assistenciais, público e privado, os conselhos municipais de saúde, os sistemas de informação de interesse em saúde, sua análise, interpretação e avaliação de resultados⁽²³⁾. A gestão tem que saber articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde.

2.3- Concepções educacionais na formação do enfermeiro e a gestão de sistemas de saúde

A formação do profissional enfermeiro tem sido motivo de preocupação dos estudiosos da área ao longo da história da enfermagem brasileira⁽²⁴⁾.

Nos dias de hoje, devido às grandes mudanças, como a globalização, torna-se necessário a avaliação e a revisão do modelo de ensino de enfermagem no Brasil⁽²⁵⁾.

A formação dos profissionais tem merecido discussões e análises, no sentido de compreender o projeto político, pedagógico e filosófico que a educação tem assumido na nossa sociedade⁽²⁵⁾, em particular pela urgente necessidade de buscarmos modelos mais adequados que possam nutrir e instrumentalizar profissionais que sejam capazes de transformar suas ações nesse contexto do trabalho⁽²⁶⁾.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde afirmam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integrada à saúde. Falam de formação crítica e reflexiva, visando à capacitação do enfermeiro para atuar em diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, na perspectiva da integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento, o que não se consegue em uma formação hospitalocêntrica⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Consiste em reverter as teorias biologicistas da educação na saúde para uma teoria da integralidade na educação dos profissionais de saúde⁽²⁸⁾.

Um dos pontos da reforma sanitária brasileira foi de formular políticas de formação para a área da saúde. Se o dever do Estado para com a saúde afirma como atribuição do SUS o ordenamento da formação para a área, esse deve intervir pela orientação da formação em coerência com as diretrizes constitucionais da saúde. A própria legislação infraconstitucional determina o cumprimento do objetivo de contribuir para a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino e, ainda, a constituição de serviços públicos que integram o SUS como campos de prática para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional. O dever do Estado para com a educação afirma como atribuição do sistema educacional nacional a garantia dos padrões de qualidade do ensino, a

vinculação entre a formação, o trabalho e as práticas sociais e, ainda, a integração das ações do poder público que conduzam à melhoria da qualidade do ensino, à formação para o trabalho e à promoção humanística, científica e tecnológica do país⁽²⁹⁻³⁰⁻¹⁵⁾.

A construção e análises dos currículos de formação profissional discutem a inclusão de alguns componentes: integralidade no currículo, ética, ideologia, informática e métodos para avaliação do processo de mudanças⁽²⁷⁾.

O apoio à mudança no ensino pode e deveria ter como objetivo o engendramento de novas relações de compromisso e responsabilidade entre as instituições formadoras e o SUS⁽³¹⁾.

A formação não pode estar atrelada aos valores tradicionais, mas ao movimento de transformações na sociedade, e ser capaz de sofisticada escuta aos valores em mutação. Nesse sentido, a autonomia deve buscar, sempre, atender a interesses coletivos e a construção de novidade em saberes e em práticas⁽³¹⁾.

Houve aumento significativo dos postos de trabalho para as profissões relacionadas à saúde, políticas de interiorização dos trabalhadores de saúde e recomposição dos desenhos organizativos da atenção que implicariam mudanças nas expectativas de impacto sobre os indicadores de saúde com valorização das ações de promoção e acompanhamento do processo saúde-doença nas mesmas bases territoriais em que cada usuário ou família vive e não mais notabilizando apenas os resultados hospitalares diante dos processos de adoecimento e morte⁽³¹⁾.

A tendência atual do ensino de enfermagem leva em conta as experiências prévias concretas dos estudantes, suas formas de apreender a realidade, respeitando o seu ritmo de aprendizagem. Neste processo, também são estimulados o diálogo e a capacidade de propor questionamentos relevantes. A aprendizagem se dá coletivamente, buscando-se a participação de todo o grupo. A metodologia em questão se propõe a desenvolver a capacidade de comunicação, observação, análise e dedução e ainda, a refletir, compreender e criticar, tomando como objeto problemas emanados da realidade⁽³²⁾.

O desenvolvimento de uma consciência crítica que permite ao homem transformar a realidade se faz cada vez mais urgente. Na medida em que os homens, dentro de sua sociedade, vão respondendo aos desafios do mundo, vão

temporalizando os espaços geográficos e vão fazendo história pela sua própria atividade criadora⁽³³⁾.

Algumas experiências de mudança na formação de profissionais de saúde revelam que o mais potente eixo integrador dos processos educativos são as práticas profissionais organizadas a partir das necessidades de saúde da população⁽²⁸⁾.

Confirmamos que o método tradicional de ensino, ainda predominante entre os professores, não favorece o desenvolvimento do pensamento crítico por que não permite a participação ativa do aluno, condição fundamental para tal desenvolvimento⁽³⁴⁾.

Fica claro que, educar para atuar em gestão de sistema de saúde é muito mais abrangente do que uma formação tecnicista, mecânica, biologicista e hospitalocêntrica. A evolução do processo de educação para a formação de profissionais em saúde se ampliou a partir da implantação do SUS e a visão de atendimento integral e integralidade de ações. Os resultados obtidos com o processo educacional tradicional não surtiram efeito na promoção de saúde da população, não contemplou a coletividade, foram sim, eficientes em situações pontuais, individuais e onerosas.

A formação era direcionada para tratar, curar doenças e não para cultivar a vida com saúde. Esta nova visão de saúde direcionou a mudança na formação profissional em saúde.

Atualmente os profissionais de enfermagem têm se esforçado para a prática do cuidado numa visão holística, objetivando a valorização do homem como ser total tanto no campo da saúde como quando exercem funções de ensino, pesquisa e extensão, considerando as mudanças no sistema educacional. Contudo, o próprio processo de enfermagem tende a persistir hierárquico, disciplinar, ou seja, verticalizado⁽²⁴⁾.

O desenvolvimento do pensamento crítico é sem dúvida um desafio aos professores e alunos porque exige mais que o uso de técnicas de ensino diferentes da aula expositiva, exige participação⁽³⁴⁾.

As mudanças no ensino de enfermagem tornar-se-ão viáveis e aceleradas se os enfermeiros educadores reformularem sua visão do processo de ensino e de aprendizagem, dando ênfase ao desenvolvimento efetivo do espírito crítico,

isto é, permitam ao aluno desenvolver sua capacidade de analisar, avaliar, questionar, investigar, divergir, argumentar e experimentar⁽³⁴⁾.

A mudança não é trabalho exclusivo de alguns homens, mas dos homens que a escolhem. O trabalhador social tem que lembrar a esses homens que são tão sujeitos como ele do processo de transformação⁽³⁵⁾.

Até o momento em que uma realidade for vista como algo imutável, superior às forças de resistência dos indivíduos que assim a vêem, a tendência destes será adotar uma postura fatalista e sem esperança. Ainda mais, e por isso mesmo, sua tendência é procurar fora da própria realidade a explicação para a sua impossibilidade de atuar⁽³⁵⁾.

Tentar a conscientização dos indivíduos com quem se trabalha, enquanto com eles também se conscientiza, este e não outro nos parece ser o papel do trabalhador social que optou pela mudança⁽³⁵⁾.

Os indivíduos que vivem em uma democracia não só entendem que sua sociedade se encontra em permanente mudança como entendem, também, que essa mudança é o produto de suas atividades, sentem que a sociedade “cresce por dentro” como expressão de conduta criadora de seus membros⁽³⁶⁾.

Apesar das iniciativas de discussão e construção do projeto político – pedagógico para a enfermagem virem ocorrendo há mais de duas décadas, ainda hoje, enfrentam políticas econômicas, de ensino e de saúde nem sempre favoráveis aos processos de transformação nos serviços de saúde e na enfermagem⁽²⁴⁾.

A transformação do projeto político pedagógico institucional é uma mudança muito complexa cuja efetivação só será possível com a participação de todos os atores envolvidos e do aprofundamento do debate político conceitual⁽²⁷⁾.

A mudança na formação em saúde tem como desafio à implementação da humanização e uma maior integração com o estabelecimento de compromissos entre os atores, gestores, instituições de ensino, estudantes e usuários dos sistemas de saúde para aprender a trabalhar com as diferenças e estabelecer acordos para o desenvolvimento de ações pactuadas, visando ao alcance dos interesses comuns⁽²⁷⁾.

A palavra transformação nos remete aos princípios da pedagogia de Paulo Freire, pois todo o seu pensamento está relacionado à realidade a ser

transformada como também a sua produção científica possui como característica marcante a dimensão política⁽⁴⁰⁾.

Paulo Freire defende a educação como prática da liberdade e cria o conceito de pedagogia do oprimido⁽³⁷⁾. Suas reflexões traduzem o respeito a grupos de pessoas que, mesmo vivendo em países situados na periferia do sistema capitalista, são excluídos socialmente e destituídas dos direitos de cidadania. Para Paulo Freire:

“O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros”(38,p.66);

“Saber que devo respeito à autonomia e à identidade do educando exige de mim uma prática em tudo coerente com este saber.” (38,p.67)

O pensamento de Freire tem colaborado de forma significativa na construção de uma educação reflexiva na enfermagem, incorporando uma educação crítica e problematizadora, tendo como foco o diálogo com seus educandos; compreendendo o que é e para que serve a educação; indo de encontro à proposta pedagógica ainda hegemônica do monólogo, batendo de frente com aqueles conteúdos prontos e preestabelecidos. Entende quem é o aluno, que ser é esse que está no mundo e com o mundo, e como ele pode ser mais. Valoriza sua cultura, sua palavra, criando uma pedagogia cheia de existência e amor - a pedagogia da liberdade - instituindo uma vivência solidária, com relações sociais e humanas, buscando, com o educando, consciência crítica através de um processo “práxico”, ético e interdisciplinar⁽³⁹⁾.

A educação direciona a libertação, para que homens e mulheres possam ser reconhecidos como sujeitos históricos. A educação deve abrir caminhos para a leitura crítica do mundo objetivando a transformação da realidade ⁽⁴⁰⁾. A educação como prática de liberdade, como exercício de construção da vida, do mundo ao redor e de um conhecimento libertador, é necessário conhecer o educando como sujeito de sua vida, do seu mundo, e por consequência do seu conhecimento, como relata Paulo Freire:

“Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria construção” (38, p.52)

Brandão vê no trabalho educativo uma forma de luta possível, entre outras práticas sociais, para a transformação da sociedade, dialeticamente articulada⁽⁴¹⁾.

Freire propõe a possibilidade de uma pedagogia fundamentada na práxis, inserida numa política de esperança, de luta revolucionária, de amor e de fé no ser humano ⁽³⁹⁾.

Com a implantação do SUS e a necessidade da formulação de novas políticas educacionais, a saúde e a educação passam por um processo de transformação ao qual nos leva a reflexão histórica desses processos para a construção de novas realidades ⁽⁴⁰⁾.

O Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu, como ação para efetiva implantação de uma Política de Recursos Humanos para o SUS, a revisão dos currículos profissionais, ajustando-os às realidades sociais, étnico-culturais e ao quadro epidemiológico da população, defendendo a formação de profissionais com visão integral, com base de cultura geral e compromisso social ⁽³²⁾.

Os serviços de saúde não apresentam situações ideais, caracterizando-se por alto grau de subjetividade e complexidade de processos, imperceptíveis sob o prisma de uma racionalidade instrumental, e apresentando insuficientes respostas às demandas em saúde ⁽⁴²⁾.

O Sistema Único de Saúde procura romper a lógica produtivista dos serviços e implantar práticas fundamentadas no conceito ampliado de saúde, exigindo novas abordagens para a produção do conhecimento e para a intervenção na prática ⁽⁴³⁾.

O SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender sem que, entretanto, se tenha formulado uma forte política aos modos de fazer a formação. No máximo se interpuseram fatores críticos, ao se revelar a necessidade de se re-formar os profissionais para atuar no SUS ⁽³¹⁾.

Os processos de capacitação de pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, visando à transformação das práticas profissionais e à organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde ⁽⁴⁴⁾.

A educação está presente no cotidiano do trabalhador, pois com o trabalho ocorre o crescimento intelectual e profissional direcionando a uma melhor

qualidade de vida. O trabalho da enfermagem é entendido como central para a melhoria da performance e da atenção prestada pelos serviços de saúde ⁽⁴⁴⁾.

Transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde, e principalmente, nas pessoas⁽³¹⁾.

A prática educativa mais apropriada à saúde vincula-se a pedagogia da problematização por promover a valorização do saber do educando, instrumentalizando-o para a transformação da realidade e de si mesmo. Essa prática possibilita a efetivação do direito da clientela às informações, de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas no trabalhador de saúde, fazendo com que este exerça um trabalho criativo⁽⁴⁵⁾.

A pedagogia da problematização caminha ao encontro dos princípios e diretrizes da Promoção da Saúde em busca de uma sociedade mais democrática em prol do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e da coletividade⁽⁴⁵⁾.

Educar não significa simplesmente transmitir/ adquirir conhecimentos. Existe, no processo educativo, um arcabouço de representações de sociedade e de homem que se quer formar. Através da educação as novas gerações adquirem os valores culturais e reproduzem ou transformam os códigos sociais de cada sociedade. Assim, não há um processo educativo asséptico de ideologias dominantes, sendo necessária a reflexão sobre o próprio sentido no sentido e valor da educação, na e para a sociedade⁽⁴⁵⁾.

Há hoje uma tendência na enfermagem de reconhecer como parte do seu papel profissional pensar na responsabilidade social para alocação de recursos, garantir o direito à saúde da população e promover processos participativos que estimulem a organização popular. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem reforçam essa tendência ao incorporar o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do SUS⁽⁴³⁾.

Foram diversas as mudanças ocorridas no currículo do curso de graduação em enfermagem decorrentes da implantação do SUS e essas ações buscam cultivar na formação a aplicabilidade dos princípios e diretrizes da política de saúde vigente. O currículo atualmente, elege algumas ações as quais os profissionais graduados devem possuir para se tornarem aptos a praticar o exercício da enfermagem. Dentre elas

podemos citar: resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo e que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico; possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada; liderança com vista o bem estar da comunidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; administração e gerenciamento; educação permanente; incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência; trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança; reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem; integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais; gerenciar o processo de trabalho em enfermagem, com princípios de ética/bioética; interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo; participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde; reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde⁽¹¹⁾.

A formação da enfermeira passa a exigir programas interdisciplinares de ensino que possibilitem análises mais integradas dos problemas de saúde⁽⁴⁴⁾.

Identificamos que uma das formas de oferecermos novas possibilidades à abordagem do cliente e de formarmos profissionais comprometidos com uma atenção mais integradora é através do investimento no desenvolvimento do potencial da pessoa que habita o profissional. Trabalhar o desenvolvimento de suas habilidades interpessoais é na verdade o grande desafio das instituições formadoras⁽²⁶⁾.

Salientam que as escolas de enfermagem devam seguir uma filosofia de ensino a fim de formar pessoas capacitadas para atender às demandas locais e regionais, com compromisso social de mudança. Assim, a formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integridade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento⁽²⁴⁾.

A atualização constante do profissional de saúde através de um processo de formação contínua que contemple a aquisição de habilidades técnicas e o desenvolvimento de suas potencialidades no mundo do trabalho e no meio social se faz necessária em decorrência da crescente acumulação de conhecimentos⁽⁴⁵⁾.

Apenas com a possibilidade de desenvolvimento de habilidades que valorizem e utilizem a realidade de saúde do país e as relações entre profissionais

de saúde e usuários como base na estruturação do cuidado é que será possível uma assistência mais humanizada que não se restrinja apenas a mudanças de fachada ou de infra-estrutura⁽²⁶⁾ mas sim, a responsabilização dos profissionais com problemas de saúde sob seus cuidados.

Esse processo não deve ignorar as novas condições impostas pelas mudanças políticas, econômicas, tecnológicas e sociais mundiais, mas deve privilegiar, fundamentar e fomentar uma formação profissional numa perspectiva crítico-reflexiva e contextualizada, onde a educação assume papel de mediadora de uma prática social global que atende as necessidades da maioria da população⁽²⁵⁾.

Conhecer os movimentos de expansão das escolas de enfermagem se faz oportuno, uma vez que a compreensão de qualquer área do conhecimento se encontra estritamente relacionada com suas origens, sua raízes, tornando-se pertinente à busca da compreensão dos fatos atuais a partir da sua história⁽²⁴⁾.

Bagnato descreve como as fases da educação/ensino de enfermagem no Brasil, a religiosa, a vocacional, a funcionalista, a da organização dos princípios científicos e a da construção das teorias de enfermagem⁽²⁵⁾.

Os processos educativos desenvolvem-se tendo como base uma determinada pedagogia, fundamentada por sua vez, em uma teoria do conhecimento⁽²⁵⁾. O modelo religioso caracteriza a fase pré-profissional e apresenta-se pelos ideais de fraternidade, caridade, serventia, auto-sacrifício, desprendimento, amor ao próximo devido à Influência da igreja, dando uma conotação de um trabalho espiritualizado, não possibilitando a estes indivíduos reivindicar ou ter direitos⁽²⁵⁾.

O modelo vocacional é aquele onde ocorre a institucionalização da profissão valorizando o trabalho. Essa fase tem como característica a elevação moral, abnegação, altruísmo, pureza, sacrifício, humildade, falta de ambição profissional, conformismo, fidelidade e responsabilidade, valorizando a disciplina na conduta dos profissionais⁽²⁵⁾.

O modelo ou fase funcional se caracteriza pelo desempenho das tarefas e procedimentos. Essa fase apresenta características como: a padronização do desempenho, a supervisão minuciosa das atividades, a impessoalidade nas relações de trabalho, a disciplina, a rigidez no treinamento, a exigência da

humildade, devoção e servilismo com o objetivo de formar um profissional dócil, obediente e controlável⁽²⁵⁾.

Fase da organização dos princípios científicos que norteiam a prática da enfermagem - nessa fase há uma preocupação em identificar e utilizar os princípios científicos na prática de enfermagem, centrando as atividades nas necessidades do paciente e com uma ênfase no trabalho em equipe. Reforça-se a autoridade da enfermeira e a hierarquização na equipe. As normas disciplinares de conduta se manifestam em relação ao vestuário, gestos, atitudes e posturas dos profissionais da área⁽²⁵⁾.

Na fase de construção das teorias de enfermagem há uma grande preocupação em construir um corpo de conhecimentos que confira à enfermagem o “status de ciências”, uma vez que o saber que fundamenta os princípios científicos era dependente de outros. Nesse período, foi elaborado e caracterizado no nível de assistência em enfermagem, o trabalho em equipe multidisciplinar com finalidade de dar cientificidade ao trabalho e humanizá-lo. Essa fase é criticada por desconsiderar o contexto, por não questionar as relações sociais presentes na prática da enfermagem, contribuindo para ocultar e/ ou legitimar práticas que reproduzem características que mantêm a profissão submissa e dependente⁽²⁵⁾.

Há ainda um predomínio de características das tendências liberais, particularmente, da tradicional, referente à metodologia de ensino utilizada nos cursos de enfermagem, tais como: relação professor/aluno verticalizada, autoritarismo, fala centrada dos professores, cobrança do comportamento ético e moral dos alunos e outros⁽²⁵⁾.

Não se questionam estes procedimentos, estas cobranças, é a exigência, é a conduta, é a norma pela norma que por muitas vezes desfocam os verdadeiros valores, objetivos e finalidades da educação/ensino de enfermagem, tais como: a busca da autonomia profissional, de elaboração de uma proposta de formação que enfatize/ valorize características de análise, de reflexão, de crítica e de superação de paradigmas para concepções que sustentam uma formação profissional comprometida com um projeto pedagógico-histórico-político-filosófico e social que subsidie ações, práticas de saúde voltadas para a maioria da população atendida por estes profissionais⁽²⁵⁾.

As mudanças na educação buscam gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações de sua prática que aproximem

os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade e equidade⁽⁴²⁾.

A organização das relações intrainstitucionais demarca a necessidade de uma horizontalização das relações, implicando a participação da população, dos usuários, da equipe multiprofissional no processo de tomada de decisão, assegurando uma forma de autogestão e co-gestão do trabalho⁽⁴³⁾.

Nas últimas décadas, a interdisciplinaridade tem sido invocada para a consolidação de princípios assistenciais do SUS que fortaleceram o enfoque do cuidar em saúde⁽⁴³⁾. Dessa forma os cursos da área de saúde precisam estimular a formação de competências profissionais de natureza coletiva.

A atuação interdisciplinar nas equipes de saúde e enfermagem implica em construção deste conhecimento, como aquisição de competências, uma prática de inter-relação e interação entre as diversas disciplinas, articulação dos conhecimentos, num constante ir e vir para a resolução dos problemas ou alcance dos objetivos e, conseqüentemente, a ampliação das fronteiras disciplinares. Implica em reflexão-ação-reflexão. Esse constante construir, desconstruir e reconstruir pode contribuir para a evolução e inovação da enfermagem como conhecimento e profissão⁽⁴⁶⁾.

A interdisciplinaridade tem sido considerada por diversos atores como alternativa para se alcançar o desenvolvimento de um pensamento complexo nas questões relativas à saúde, uma vez que grande parte do que se demanda em termos de sua força de trabalho nos atuais serviços públicos de saúde está relacionado a conhecimentos mais abrangentes do processo saúde-doença, a ênfase nas práticas de saúde e a operação de novos modos de cuidar⁽⁴³⁾.

Surge uma nova ética e um modelo de intervenção baseado numa prática criativa, solidária e multidimensional que privilegia o intercâmbio entre vida e idéias⁽⁴³⁾.

Entende-se a formação como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interativos⁽⁴⁷⁾.

A enfermagem como disciplina profissional visa à construção do conhecimento entendido como gestão em enfermagem, que pode ser expresso pelo processo de trabalho, ou seja, um conjunto de atitudes do enfermeiro para manter a coerência entre o discurso e ação⁽⁴⁸⁾.

Entretanto, os enfermeiros assumem atitude e linguagem que tornam suas ações pouco integradoras, impositivas e pouco reflexivas⁽²⁶⁾.

Resgatando os compromissos do profissional enfermeiro junto à sociedade, refletimos sobre o significado e a importância da profissão Enfermagem, questionando com que valores ela tem trabalhado.

Nesse sentido, torna-se imprescindível a revalorização do trabalho como sítio privilegiado de aprendizagem, viabilizando o desenvolvimento de estratégias educativas nas quais, a reflexão crítica e a atitude problematizadora sejam valorizadas⁽²⁷⁾.

As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira⁽³¹⁾.

Ter competência é saber mobilizar saberes ao clarificar que a competência é a capacidade de utilizar os saberes para agir em situação. Competência é o saber em uso. Ser competente significa saber o que fazer em cada situação concreta⁽⁴⁷⁾.

Na relação e na prática observa-se que a enfermeira ainda busca a definição de seu papel profissional⁽⁴³⁾.

A atuação profissional do enfermeiro experiente está para além das disciplinas, embora parte do seu saber tenha uma sustentação disciplinar⁽⁴⁷⁾. As enfermeiras precisam reconhecer suas ferramentas de trabalho, suas teorias e seus meios de intervenção na realidade⁽⁴³⁾.

O sistema passa a exigir que a formação seja direcionada aos anseios da política pública em saúde, da nova visão de saúde refletida pela reforma sanitária e as diretrizes constitucionais da saúde. A formação do profissional não se encerra no conhecimento tecnicista e biologicista, torna-se necessário o compromisso e responsabilidade com a gestão em saúde, buscando a integralidade, participação popular, promoção à saúde e o atendimento a interesses coletivos.

3. METODOLOGIA

3.1- Diretrizes Metodológicas

O caminho metodológico utilizado foi a Pesquisa Qualitativa com vista a desvendar os verdadeiros significados e intencionalidade inerentes às relações, aos atos e as estruturas sociais propriamente ditas, como também, quanto as suas transformações nas construções humanas significativas⁽⁴⁹⁾.

A pesquisa Qualitativa em Saúde segundo Minayo:

“..trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização da variável”^(50:22).

A linha filosófica que norteia o processo metodológico deste estudo é a dialética baseada no processo do conhecimento construído através da relação dinâmica entre sujeito e objeto. Para Minayo a abordagem dialética:

“Se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói, o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo de significados (...) Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especialidade e com as diferenciações que os problemas e/ou objetos sociais apresentam”^(50:24-25).

Partindo destes conceitos, podemos dizer que a pesquisa social trata-se de uma relação dinâmica entre pessoas, atores sociais e/ou grupos específicos a serem investigados, tornando-se objeto de estudo; os quais interagem com o pesquisador, surgindo um novo produto que, por vezes, se confronta com a realidade concreta, com as hipóteses e pressupostos teóricos, ampliando assim o processo de construção de conhecimentos⁽⁴⁹⁾.

3.2- Procedimentos éticos da pesquisa

Conforme preconizado pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foram seguidos todos os passos dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, sendo aprovado sem restrições de acordo com o Parecer CEP CMM/HUAP nº 115/06 de 04/08/2006 (ANEXO A).

Foram coletados junto aos enfermeiros dos municípios em estudo, os consentimentos para o desenvolvimento da pesquisa, sendo esses devidamente informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa (APÊNDICE A).

3.3 - Estratégias de coleta de dados

3.3.1- Grupo focal

Nesta pesquisa optou-se pela técnica da entrevista para coleta de dados por ser a que mais adequada ao objeto proposto e seguramente a mais flexível de todas as técnicas de coleta de dados⁽⁵¹⁾.

A entrevista é conceituada como a técnica em que o investigador se apresenta a frente do investigado e lhe formula perguntas, é uma forma de interação social, de um diálogo assimétrico em que uma das partes busca a coleta dos dados e a outra se apresenta como fonte de informação, tendo como objetivo a obtenção dos dados que interessam a investigação⁽⁵¹⁾.

A entrevista pode oferecer dados concretos, objetivos que o pesquisador pode conseguir através de estatísticas, censos, declaração de nascidos vivos etc, como também dados subjetivos, os quais o pesquisador consegue através da contribuição dos atores sociais envolvidos, mediante atitudes, valores e opiniões do entrevistado⁽⁵⁰⁾.

De acordo com a forma que se estrutura, uma entrevista pode ser classificada em estruturada e não estruturada. Nesta pesquisa utilizamos a entrevista não estruturada.

A entrevista não estruturada explora mais amplamente uma questão; o entrevistador tem a liberdade de direcionar a entrevista de forma a adequá-la ao

tema proposto e o entrevistado discorre livremente sobre o tema ⁽⁵²⁾. Dentre as ramificações da entrevista não estruturada identificamos, como forma mais adequada para atingir os objetivos de nossa pesquisa, a *entrevista focalizada* ou *grupo focal*, por ser útil para obtenção de opinião e atitudes a respeito de políticas, serviços, instituições, produtos etc, bem como para se identificar percepções e representações sociais⁽⁵³⁾.

O grupo focal, técnica de pesquisa qualitativa é usada internacionalmente, visando a estruturar as ações em saúde pública considerando o entendimento das mudanças de comportamento, seus significados e sua importância perante os atores sociais. Por vezes, as mudanças de comportamento e seus significados associam-se a comportamentos particulares e pessoais, porém, existem contextos em que essas mudanças e significados são culturalmente moldados e socialmente construídos ⁽⁵⁴⁾.

O objetivo do grupo focal é explorar com profundidade alguma experiência vivida em condições precisas com grupos de pessoas que passaram por uma experiência específica ⁽⁴⁸⁾, propiciando ao entrevistado uma ampla liberdade para expressar-se sobre o assunto como também, a interação com o grupo, desencadeando um alto nível de envolvimento nos debates. A finalidade de um grupo focal é obter a fala em debate propiciando a construção de conceitos, impressões e concepções sobre o tema proposto entre os participantes do grupo⁽⁵⁰⁾.

3.3.2 - Preparo para formação do grupo

Para o início dos trabalhos procurei pessoalmente, a Diretora da Gerência Regional de Saúde de Manhumirim/MG, expus o projeto de pesquisa e solicitei a permissão para desenvolvê-lo na região. A Diretora Regional mostrou-se interessada na pesquisa e assinou o termo de consentimento para desenvolver a pesquisa na área de jurisdição da GRS/Manhumirim (APÊNDICE B).

Em uma reunião da CIB microrregional de Carangola (Comissão Intergestores Bipartite) ocorrida em setembro de 2006, participei aos secretários municipais o projeto de pesquisa que seria desenvolvido em seus municípios e que já havia o consentimento da Diretora Regional para o desenvolvimento do projeto e solicitei apoio dos mesmos que se mostraram acessíveis.

Após procedi a um contato pessoal com cada enfermeiro gestor dos municípios em estudo, sendo o município sede, o município de maior população, o município de menor população e os municípios da microrregião de Carangola pertencentes à GRS/Manhumirim com o intuito de expor a proposta da pesquisa e averiguar o interesse em participar da mesma. Neste primeiro contato, dois municípios da microrregião de Carangola não se interessaram em participar da pesquisa por serem muito distantes e um município não teve acesso ao profissional. Os demais enfermeiros dos municípios aceitaram participar da pesquisa. Em seguida providenciei ofício aos secretários municipais dos referidos municípios em estudo, expondo o projeto de pesquisa e solicitando a permissão para o deslocamento dos enfermeiros para participarem do grupo focal (APÊNDICE C).

Também, foi redigido um ofício aos enfermeiros gestores dos municípios em estudo, marcando local e data para a aplicação do grupo focal (APÊNDICE D).

Concomitante, fiz contacto com o gerente de um hotel em Manhumirim, o qual me disponibilizou uma sala de reunião. Foi acordado que durante o desenvolvimento dos trabalhos não poderia ocorrer nenhum tipo de interrupção. Ao final, seria servido um lanche para todos os participantes e que a sala de reunião estaria disponível na parte da manhã para o preparo da mesma, visto que os trabalhos se desenvolveriam à tarde.

Foi formada a equipe de auxiliares da pesquisa para desenvolver as seguintes atividades: um auxiliar na filmagem, um nas fotografias, um no data-show, um na gravação e um assistente de pesquisa. Todos receberam orientações sobre o projeto de pesquisa e como seria seu desenvolvimento.

3.4- Sujeitos da pesquisa

3.4.1- Universo da pesquisa

A pesquisa foi exploratória de campo e se desenvolveu na área de jurisdição da Gerência Regional de Saúde de Manhumirim/MG, composta por 36 municípios, localizada na região leste de Minas Gerais (ANEXO B) .

Foram selecionados 11 municípios da Gerência Regional de Saúde de Manhumirim/MG (GRS/ Manhumirim) conforme os seguintes critérios:

- ➔ município de maior população (Manhuaçu);
- ➔ município de menor população (Pedra Dourada);
- ➔ município sede da GRS (Manhumirim);
- ➔ município pólo da microrregião que motivou o estudo (Carangola)
- ➔ sete municípios pertencentes ao pólo de Carangola.(Caiana, Espera Feliz, Divino, Tombos, Fervedouro, Caparaó e Orizânia).

A amostra constou com 46,1% do universo populacional da GRS de Manhumirim e 30,5% em relação ao número de municípios que compõem a GRS de Manhumirim. Segue no quadro abaixo a relação dos municípios com suas respectivas populações.

Quadro 1- População dos municípios que integram a Gerência Regional de Saúde de Manhumirim/MG selecionados para estudo, 2005.

Município	População/2005
Manhuaçu	72.542
Pedra Dourada	1.944
Carangola	32.485
Manhumirim	21.739
Caiana	4.232
Espera Feliz	21.145
Divino	19.693
Tombos	12.833
Fervedouro	10.071
Caparaó	5.457

Orizânia	7.139
TOTAL	209280

Fonte: IBGE, 2005.

Estes municípios foram selecionados por ter trabalhado junto a eles como gerente através da SES/MG, um período de 14 anos coordenando-os em epidemiologia, imunização, auditoria e gestão municipal. Ainda porque fui gestora municipal do município de Carangola, sendo este referência para os demais municípios da microrregião. Nesse período observei várias gestões devido ao cargo de gestor municipal ser um cargo em comissão de indicação política, conforme os resultados eleitorais, portanto de 4 em 4 anos geralmente, ocorria a troca de gestor municipal devido à característica mais política do que técnica das indicações. Com isso trabalhei com vários gestores de diferentes formações nesse período.

Foi utilizado como critério de inclusão de sujeitos da pesquisa: ser enfermeiro, trabalhar na área de jurisdição da Gerência Regional de Saúde de Manhumirim, estar em exercício na gestão de sistemas de saúde e lotado nos municípios selecionados. Como critérios para exclusão foram consideradas as seguintes características: não ter disponibilidade para participar da pesquisa, estar afastado de suas funções por motivos particulares, não conseguir estabelecer contato.

3.4.2- Perfil dos sujeitos

Para investigar o perfil dos sujeitos, utilizou-se análise retrospectiva na ficha cadastral. Os dados quantitativos registrados no cadastro dos participantes foram transformados em tabelas, buscando, assim, a interpretação dos mesmos, complementando a análise da pesquisa qualitativa. Foram investigados os seguintes atributos dos sujeitos: faixa etária, sexo, estado civil, instituição formadora, tempo de formado, realização de pós-graduação, tipo de instituição pagadora, tipo de acesso ao

exercício profissional, tempo de ocupação do cargo, função desempenhada e vínculo trabalhista.

Tabela I - Faixa etária, sexo e estado civil dos sujeitos da pesquisa. Manhumirim/MG, 2007.

FAIXA ETÁRIA	SEXO / ESTADO CIVIL						TOTAL GERAL
	FEMININO		TOTAL FEM	MASCULINO		TOTAL MASC.	
	SOLT	CASADO		SOLT.	CASADO		
20 - 30	1	3	4	1	0	1	5
30 - 40	3	2	5	0	0	0	5
> 40	0	1	1	0	0	0	1
TOTAL	4	6	10	1	0	1	11

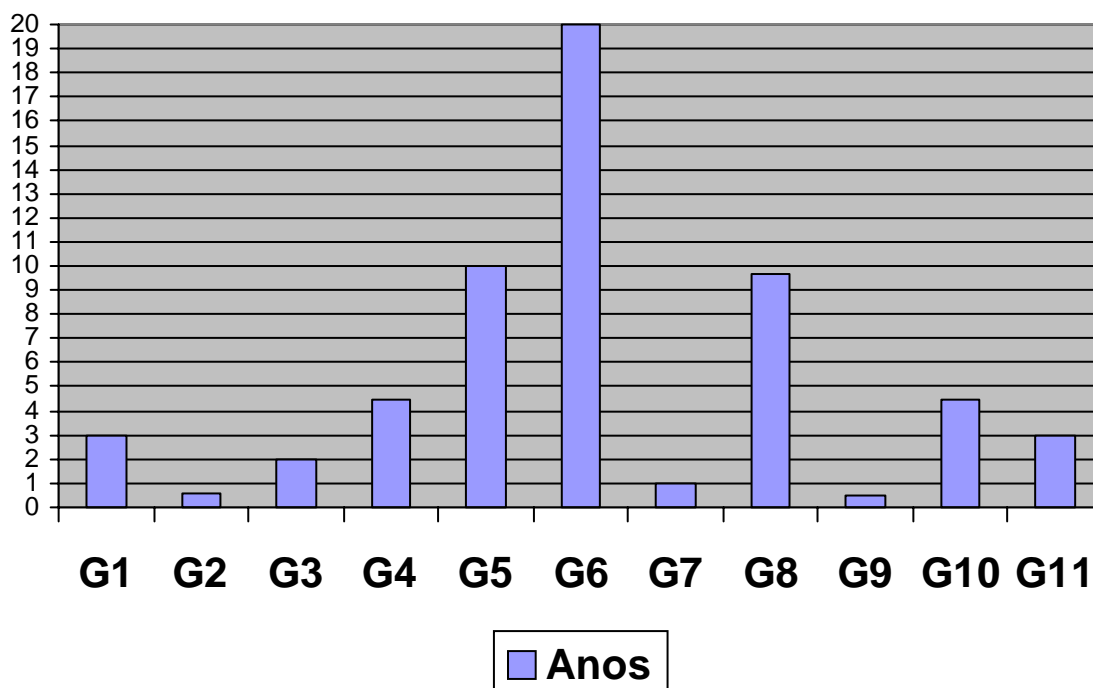
Observamos um predomínio do sexo feminino, correspondendo a 90,9% do universo da pesquisa, ou seja, 10 enfermeiros em contraposição com 9,01%, correspondendo a 1 enfermeiro, para o sexo masculino. A proporção em relação ao estado civil foi em torno de 54,5% de casado (6 enfermeiros) para 45,5% de solteiro(5 enfermeiros) com predomínio do sexo feminino casado. A faixa etária predominante foi de 20 a 39 anos, sendo caracterizada como adulto jovem devido à introdução do profissional enfermeiro na região ser mais recente ou seja, a interiorização da mão de obra cresceu concomitante, com a abertura de faculdades privadas na região, formando profissionais oriundos da própria região que se mantiveram em seus municípios de origem ou próximo a eles como podemos observar através da pesquisa nas fichas cadastrais.

Em relação ao tempo de conclusão da graduação, denota-se que todos os profissionais que se formaram há mais de cinco anos são da rede pública equivalendo a 27,2% do universo de enfermeiros (3 enfermeiros) e 72,7% (8 enfermeiros) formaram-se através da rede privada a menos de cinco anos. Também, por este ângulo, observamos a introdução da rede privada, interiorizando o profissional, como podemos visualizar pela tabela II.

Tabela II - Característica da instituição formadora e tempo de conclusão de curso dos sujeitos. Manhumirim/MG, 2007.

INSTITUIÇÃO FORMADORA	TEMPO DE CONCLUSÃO			
	< 1	1 - 5	> 5	Total
Pública	0	0	3	3
Privada	2	6	0	8
TOTAL	2	6	3	11

Figura 1 – Tempo de conclusão da graduação dos sujeitos da pesquisa, 2007.



Nota: os gestores estão representados por G1, G2,G3,G4,G5,G6, G7, G8, G9,G10, G11.

Da mesma forma nota-se que nos últimos cinco anos ocorreu uma expansão nos cursos de pós-graduação, contemplando um índice de 83,3% (10 cursos), mas, em relação às instituições públicas e privadas os índices são respectivamente, 41,7% (4 cursos) e 58,3%(6 cursos) designando assim, a expansão dos cursos de pós-graduação tanto na rede pública como na privada,

provavelmente, esta característica é em decorrência da necessidade de aperfeiçoamento e disputa de mercado. Segue-se a Tabela III e IV.

Tabela III - Sujeitos da pesquisa conforme titulação em pós-graduação *Latu sensu*, 2007.

LATU SENSU	GESTORES	TOTAL
Obstetrícia	G1	01
PSF	G3, G7, G10 e G11	04
UTI	G4	01
Saúde Pública	G6	01
Educação	G1, G5 e G8	03
Estomoterapia	G5	01
Total	09	11

Obs.: * os gestores G1 e G5 possuem 02 cursos de pós-graduação.

* os gestores G2 e G9 não possuem nenhum curso de pós-graduação.

Tabela IV - Número de sujeitos da pesquisa em relação à pós-graduação, à instituição formada e tempo de conclusão de curso. Manhumirim/MG, 2007.

TEMPO DE FORMAÇÃO PÓS-GRADUAÇÃO	INSTITUIÇÃO		
	PÚBLICA	PRIVADA	TOTAL
< 1	1	1	2
1 – 5	3	5	8
> 5	1	1	2
Total	5	7	12

Obs.: Na tabela IV cabe uma ressalva, existem enfermeiros com mais de um curso de pós-graduação.

Tabela V - Número de sujeitos da pesquisa em relação ao tipo de contratação e vínculo empregatício. Manhumirim/MG, 2007.

MODO DE CONTRATAÇÃO	VÍNCULO		
	EFETIVO	CONTRATADO	TOTAL
Concurso	4	0	4
Indicação	1	3	4
Outros	0	3	3
Total	5	6	11

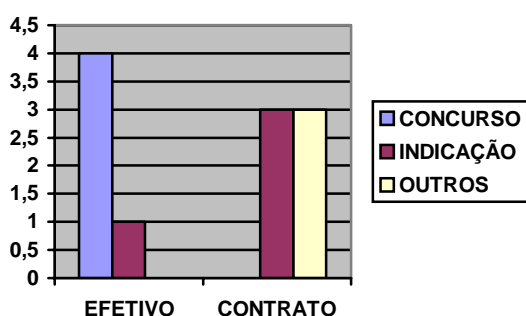


Figura 2- Número de participantes da pesquisa estudada em relação ao tipo de contratação e vínculo empregatício, 2007.

Quanto ao tipo de contratação temos: 36,3% (4 enfermeiros) por concurso, 36,3% (4 enfermeiros) por indicação e 27,2% (3 enfermeiros) outros. O item, outros neste caso, basicamente, referiu-se a municípios que necessitavam do profissional ou por exigência do COREN ou para constituição de equipes do PSF. Profissionais fixos na instituição são em número reduzido, pois, por indicação e outros totaliza 63,6% (7enfermeiros) o que está sujeito à interferência política, conforme os resultados eleitorais, o que compromete o desempenho da instituição devido ao rodízio e mudanças no quadro de pessoal. Da mesma forma, o vínculo empregatício acompanha o modo de contratação com pequena diferença.

Fazendo uma junção dos itens analisados, podemos perceber que o perfil do profissional da região em estudo caracteriza-se pelo predomínio do sexo feminino, na faixa etária de 20 a 39 anos, graduados e pós-graduados em instituições privadas, com expansão nos últimos anos, todos direta ou

indiretamente, ligados à gestão de sistemas e sujeitos às interferências políticas regionais.

3.5 - Desenvolvimento do processo de coleta de dados

A estratégia para a realização do grupo focal foi previamente planejada e testada com intuito de minimizar falhas no desenvolvimento dos trabalhos. Para o desenvolvimento do processo de produção de dados através do grupo focal, estabeleceram-se os seguintes passos:

1- Etapa Preparatória:

- ➔ na escolha dos participantes observei se não pertenciam ao mesmo grupo de amizades ou trabalho;
- ➔ os participantes são homogêneos, pois exercem as mesmas atividades em municípios diferentes;
- ➔ o local escolhido para a realização do grupo focal foi neutro, acessível, quieto, não movimentado e composto por uma sala grande, com mesas retangulares, cadeiras, data-show, papel A3, recorte de palavras, cola, tesoura, filmadora e gravador para registrar as falas, isto é, uma sala de reunião de um hotel da região;
- ➔ o assistente da pesquisa foi orientado previamente, quanto ao desenvolvimento da pesquisa e treinado pelo pesquisador;

2- Etapa de realização do grupo focal:

- ➔ os participantes foram recebidos cordialmente, propiciando um ambiente agradável de espera com assuntos neutros a serem abordados, evitando assim que o tema proposto seja discutido precocemente. Foram utilizados temas como: violência das cidades, exposições agropecuárias da região e outros;
- ➔ foi feita a distribuição da ficha de identificação (APÊNDICE E) com informações básicas sobre o participante, a ficha de autorização para fotografar, filmar e gravar (APÊNDICE F) e a

- ficha de consentimento, solicitado o preenchimento das mesmas (APÊNDICE A);
- em seguida, dei boas-vindas aos participantes e expôs os objetivos da pesquisa de modo honesto e genérico;
 - inicialmente, ressalttei que estava ali para aprender com o grupo, enriquecendo o conhecimento;
 - expliquei o funcionamento do grupo focal, e que este não busca o consenso na discussão, sendo a divergência de perspectivas e experiências muito enriquecedora;
 - solicitei que os participantes se apresentassem e após, admiti que não mais permitiria a entrada de retardatários;
 - a condução do grupo focal se deu a partir dos seguintes tópicos: gestão e formação;
 - apresentei no data-show os conceitos de Sistema de Saúde, Gerência, Gestão, Habilidade e Competências, e concomitante, distribuí a cada participante, estes conceitos impressos (ANEXO C);
 - em seguida, ocorreu a validação dos conceitos de sistema de saúde, gestão, gerência, competências e habilidades. Houve consenso em todos os conceitos, com exceção, nos conceitos de competências e habilidades em relação ao Parecer nº CNE/CES 1133/2001 (Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem). Neste último foi solicitado alteração no texto lendo-se: -“as competências e habilidades DEVEM SER inseparáveis da ação, mas exigem domínio do conhecimento” em substituição a: “as competências e habilidades são inseparáveis da ação, mas exigem domínio do conhecimento”;
 - após, a validação dos conceitos, foi solicitado aos participantes que comentassem algo ou descrevessem sua experiência como gestor;
 - em seguida foi disponibilizado recorte de palavras, de revistas, jornais e papel A3 para que construíssem as idéias referentes ao seguinte questionamento: Quais as competências, habilidades e

experiências que sua formação lhe proporcionou para atuar em gerência de sistemas de saúde?

- cada participante foi orientado a confeccionar um cartaz com liberdade para criar suas frases isoladamente ou em pequenos grupos, através da técnica da colagem;
- após a confecção, os cartazes foram expostos em quadro branco coletivo e cada participante fez seu próprio relato;
- posteriormente, todos os participantes apresentaram suas opiniões interagindo entre si;
- depois que todos apresentaram suas opiniões, o grupo interagido iniciou os questionamentos e debates entre eles;
- durante o debate e as discussões, foi solicitado esclarecimentos, direcionando o grupo para outros tópicos ainda não explorados, estimulando a fala dos participantes, desestimulando os participantes dominadores, para que os outros tivessem oportunidade para emitirem suas opiniões;
- em seguida, foi dada abertura para novos comentários e opiniões para estabelecimento de consenso e senso em relação ao tema tratado, na qual os dados foram validados com o grupo em estudo;
- posteriormente, foi feita uma breve avaliação sobre a aplicação do grupo focal. Finalizando com agradecimentos, a participação dos presentes e informando o encaminhamento de uma cópia da pesquisa a todos;
- para o encerramento dos trabalhos foi projetada uma mensagem com paisagens e sonoridade acolhedoras, como forma de agradecimento pela presença, seguido de um lanche para os presentes.

3.6- Procedimentos de análise de dados

3.6.1- Análise das implicações

Para proceder à análise dos resultados, com vista a desvendar os verdadeiros significados, intencionalidade e percepções sobre como a formação e a experiência do enfermeiro se relacionam com a gestão dos sistemas de saúde, analisei, inicialmente, minhas próprias implicações com a temática em estudo.

Como enfermeira, iniciei minha atividade na década de 80, anterior à Constituição de 1988. Naquele período, a formação em enfermagem era mais voltada para a gerência de hospitais. O espaço em saúde pública se limitava a postos e centros de saúde, desenvolvendo ações mínimas como consultas, vacinas e curativos. Primeiramente, trabalhei na gerência de um hospital de pequeno porte em minha cidade, por 2 anos e meio. Em seguida, fui convidada a trabalhar na Diretoria Regional de Saúde de Manhumirim como Coordenadora de Epidemiologia, exercendo as ações em saúde pública de 38 municípios. O quadro de enfermeiros dessa região se restringia a 4 profissionais, portanto em 34 municípios as referências de enfermagem se equivaliam a alguns auxiliares e na maioria atendente de enfermagem. Nesse mesmo período, com a promulgação da Constituição de 1988, os caminhos da saúde no país tornaram-se confusos. A saúde pública começa a surgir meio a crise estrutural e consolidação de propostas reformadoras como a criação do SUS e formalização do conceito de saúde.

Concomitante, eram em pequeno número, as escolas formadoras de enfermeiros, tendo como consequência a dificuldade de interiorização desses profissionais no Estado. Aos poucos, a saúde pública foi expandindo seu campo de ação e demonstrando a sua importância no cenário do país. Após 7 anos de trabalho na GRS/ Manhumirim me deparei com um novo quadro de profissionais. Contávamos 57 enfermeiros nas 38 cidades sob nossa jurisdição e após a implantação do Programa de Saúde da Família esse número cresceu muito. Cabe ressaltar que, paralelamente surgiram, na região, assim como em todo o país inúmeras faculdades de enfermagem, tanto públicas, como privadas.

A enfermagem torna-se uma profissão cobiçada, onde os profissionais buscavam ascensão profissional, status e poder perante as instituições. Tive o privilégio de acompanhar o desenvolvimento histórico da saúde e da enfermagem na região, pois me mantinha como Coordenadora de Epidemiologia durante todos esses anos. Em 2001 fui convidada a ser Secretária Municipal de Saúde em Carangola, posteriormente, fui enfermeira do PSF de Faria Lemos, a seguir, assessora técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Carangola e

coordenadora das equipes de PSF no município. Atualmente, após o concurso de Autoridade Sanitária em Vigilância Epidemiológica Ambiental me tornei novamente Coordenadora de Epidemiologia e Meio Ambiente da Gerência Regional de Saúde de Manhumirim.

No momento contamos com 36 municípios sob nossa jurisdição. A saúde pública expandiu muito nesses anos, o crescimento foi visível tanto quanto a ampliação do serviço como em complexidade. No decorrer da minha carreira, ocupei vários cargos, trabalhei em todos os estratos de gestão e gerência de serviços de saúde e foi crescente o meu desenvolvimento intelectual.

A formação me forneceu as competências básicas para ingressar na profissão, porém, o trabalho do dia-a-dia, propriamente dito exige mais estudos, dedicação para desenvolver as habilidades através da prática. Foi um crescer diário a cada situação nova enfrentada, porém a formação sempre foi a base para desenvolver o raciocínio lógico e adequado para a prática, tanto na parte administrativa, ética como também assistencial. Atualmente, na gerência de 36 municípios em vigilância epidemiológica, imunização e meio ambiente, vejo a importância de gerenciar sistemas, ser referência técnica dessas ações, dar respostas, orientar condutas e buscar resultados. Tudo isso, me deu uma representatividade social e um respeito profissional na região e na capital que sinto que somos capazes, o que me faz perceber sermos aptos para gerenciar sistemas de saúde sendo o trabalho reconhecido e valorizado por todas as categorias profissionais. O que me fascina na gestão de sistema é a diversidade de situações a serem solucionadas e, para tal, necessitam de uma junção de competências, experiências, habilidades, conduta ética profissional e caráter. O ato de gerenciar nos coloca diante de diversas situações e cada resolução é própria, é característica de cada uma, não tendo uma receita pronta a ser desenvolvida. No caminhar de minha vida profissional, aprendi que gerenciar é criar a receita, a conduta adequada é só através da prática diária, com base nas competências da formação consegui desenvolver as habilidades para o ato de gerenciar.

Com base na minha experiência e através da observação do desempenho de profissionais enfermeiros nos diversos municípios, surgiu o questionamento se os profissionais eram capacitados em sua formação para desenvolver o papel de gerentes de sistema.

3.6.2- Análise dos resultados

Trata-se de uma pesquisa exploratória de campo, cuja preocupação central é a interferência da formação do enfermeiro na gestão de sistemas de saúde, com objetivos ligados à competência, a habilidades, experiências e à formação profissional. O objetivo da investigação centra-se na compreensão dos significados atribuídos pelos enfermeiros gestores às ações que desenvolvem em gerência dos sistemas de saúde⁽⁴⁹⁾.

Na análise de dados foi utilizada a técnica de análise temática, de conteúdo que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado através da mensuração de freqüência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso e qualitativamente da presença de determinados temas, os quais denotem os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no texto⁽⁴⁹⁾.

Seguiram-se as seguintes etapas na análise temática: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁴⁹⁾.

Na primeira etapa, pré-análise, o material a ser analisado foi selecionado, se reportando aos objetivos iniciais e as hipóteses da pesquisa. Esta etapa se subdividiu em leitura flutuante e constituição do corpus. Foi realizada a leitura flutuante do material selecionado, deixando-se impregnar pelo conteúdo, observando a dinâmica existente entre a hipótese inicial e as hipóteses emergentes, complementando-as com a leitura de textos teóricos relacionados ao tema⁽⁴⁹⁾.

Posteriormente, organizaram-se os dados de modo a responder às normas de validade (exaustividade, homogeneidade, representatividade, pertinência), constituindo-se assim o corpus do trabalho.

Na segunda etapa da análise, exploração do material foi realizada a codificação, buscando a compreensão do texto. Em seguida o texto foi recortado originando unidades de registro, através de frases. Os dados quantificáveis foram agrupados em tabelas, procedendo-se à análise estatística simples.

Depois se realizou a classificação e a agregação dos dados, estabelecendo categorias empíricas para a especificação temática.

Na terceira fase de análise, procederam-se ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos, buscando por meio de inferências e comparações com leitura pertinente, os significados do tema em análise.

“o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.”^(49:105)

O uso de dados quantitativos permite trabalhar com informações objetivas levando a algumas generalizações. O pesquisador, através das descobertas estatísticas, pode obter significado imediato; enquanto os qualitativos possibilitam a captação das nuances da complexidade da realidade estudada.

As metodologias de pesquisa qualitativa são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, considerando os aspectos subjetivos no processo de construção de conhecimento⁽⁴⁹⁾.

Proponho investigar aspectos que possam interferir nesse processo, tais como: os enfermeiros são preparados nos cursos de graduação para atuarem na perspectiva do modelo de gestão proposto pelo SUS? Quais as competências que um enfermeiro deve ter para atuar como gestor de sistema de saúde? Qual a contribuição dos enfermeiros gestores para a gestão de sistemas?

4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados coletados através do grupo focal, por serem de natureza qualitativa foram organizados de modo que revelassem como os participantes percebem e se relacionam com o objeto da pesquisa.

Para apresentarmos as citações textuais dos participantes e preservar seu anonimato foi utilizado como códigos: gestor 1-G1, gestor 2-G2, gestor 3-G3, gestor 4-G4, gestor 5-G5, gestor 6-G6, gestor 7-G7, gestor 8-G8, gestor 9-G gestor 10-G10 e gestor 11-G11. Os depoimentos em sua íntegra estão colocados no apêndice G.

Os trechos da discussão em grupo foram divididos em temas similares identificando-se as seguintes categorias de análise: o enfermeiro é uma célula-tronco - o valor da formação generalista; competências e habilidades adquiridas durante a graduação; e conhecimento oriundo da prática - habilidades e competências desenvolvidas no cotidiano.

4.1 - O enfermeiro é uma célula tronco: o valor da formação generalista

Esta categoria se refere à potencialidade da formação generalista do enfermeiro para a gestão de sistemas, analisando o potencial e as impotências dos enfermeiros em estudo no ato de gerenciar sistemas. O surgimento desta categoria deu-se em meio ao depoimento do Gestor 10. Quando falava de gerenciamento, habilidade e competência, ele destacou que diversas ações e programas do sistema de saúde são implantados e desenvolvidos pelo enfermeiro.

O surgimento do termo “célula tronco” nos depoimentos resultou num debate bastante enriquecedor. Ao analisarmos os possíveis significados ou sentidos simbólicos para o termo “célula tronco”, constatamos que se refere a uma célula primária, base de todo um processo de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento e a regeneração. Seguem-se depoimentos relativos ao termo que merecem destaque:

“Na verdade a gente é uma célula-tronco, porque a gente é um pouquinho de todos os outros órgãos, a gente faz um pouquinho de médico, um pouquinho de nutricionista, um pouquinho de fisioterapeuta então, por que não, eu acho realmente que pela formação técnica, nós somos os mais capacitados para estar gerenciando. A gente desempenha até a parte de pessoal...” (G8).

Nesse depoimento, percebe-se a multiplicidade de papéis desenvolvidos pelo enfermeiro que pode ser compreendido como compromisso social, mas também da falta de um foco profissional ou da dificuldade de trabalhar em equipe e também do preparo diversificado durante a formação.

“Eu acho o enfermeiro, o profissional mais habilitado para esta função. Como todo mundo comentou, na realidade na nossa profissão, a gente acaba sendo multiprofissional, porque a gente é um pouquinho de cada um e é o que tem o contato direto tanto com a população como os outros profissionais que trabalham com a gente” (G2).

Analisando, nota-se que o gestor precisa ter conhecimentos gerais sobre diferentes áreas profissionais.

“ Eu acho que a gente é até uma célula tronco” (G10).

Quando os entrevistados comparam o enfermeiro à célula tronco resgatamos em seus depoimentos um significado que vislumbra a proximidade da profissão na atuação de gestão de sistema com a capacidade de manter vivo, significando ativo, regenerar, perpetuar através de vários segmentos que se regeneram, aperfeiçoam e especializam. Em outras palavras, o enfermeiro se diversifica em vários segmentos, se regenera ou faz regenerar os degenerados para adaptar-se às necessidades do meio com vistas à obtenção de resultados, ou seja, o gerenciamento dos sistemas de saúde.

Comparando o enfermeiro à célula tronco podemos interpretar que o significado atribuído por eles nessa fala é que o enfermeiro é o profissional fundamental no processo de implantação e efetivação da política de saúde no país. Em outras palavras, para o gerenciamento das ações em saúde, almejando sua eficácia e eficiência, pois, se preocupam com o produto final (responsabilidade social), com a tomada de decisões e com a resolutividade das ações. Fazendo uma junção das características da enfermagem, como a dedicação extremada, o compartilhamento de conhecimento, da característica nata da profissão direcionada à gerência, da sua acessibilidade em todos os

níveis de convivência, do compromisso, da responsabilidade e seu empenho quanto a resolutividade, realmente, estas características culminam com a formação generalista que é ressaltada na formação do enfermeiro, originária de um foco primário capaz de adaptar-se a várias situações almejando alcançar amplitudes e pontos até mesmo não peculiares ao seu natural.

Almeida⁽⁵⁵⁾ destaca que o trabalho da enfermagem está inserido no processo de trabalho em saúde e na produção de serviços em nível coletivo.

Entretanto, nos depoimentos do nosso estudo percebe-se a característica centralizadora dos enfermeiros no processo de gestão, que chamam para si toda a responsabilidade de sua efetivação. Desta forma indagamos se de fato o enfermeiro atua em equipe multiprofissional, ou simplesmente, surgem ramificações e segmentos de uma célula-tronco que se mascaram e disfarçam?

Ainda na categoria “o enfermeiro é uma célula tronco” podemos dizer que o sujeito é resultado de múltiplas relações de poder que constroem sua subjetividade e identidade. Enfatizando a constituição de subjetividade no interior de uma variada gama de discursos heterogêneos e em constante movimento, acentua-se o caráter múltiplo e, por vezes, conflitante, implícito nas diferentes posições que o sujeito ocupa. Opera-se aqui, não apenas o descentramento do sujeito, mas também a fragmentação, introduzindo-se a noção de conflito entre posições do sujeito resultantes de múltiplas determinações⁽⁵⁶⁾.

“O enfermeiro cuida de tudo, de papel, de cliente, do chão, da faxineira, de tudo, eu acho que isso não está claro até hoje” (G5).

“Porque o enfermeiro é referência técnica para tudo: para a saúde mental, hanseníase, tuberculose, PNI, então tudo o enfermeiro tem que estar dando conta desses programas. Então, todos os programas do SUS são voltados para o enfermeiro, ele tem que dar conta de todos esses programas” (G11).

“Eu acho que é claramente a nossa formação que faz com que nos permitamos pegar tudo, a parte assistencial, burocrática, papelada, faxina, administração, encaminhamentos e outros até mesmo a parte de pessoal” (G5).

A enfermagem assimilou o exercício gerência ao significado da administração burocrática, que consiste no exercício da autoridade com base no saber, revestindo-se de um caráter racional⁽¹⁹⁾.

“Parecemos até uma ‘célula tronco’, eu estou juntando alguns pensamentos aqui. Estou pensando nessa questão. Veio-me este questionamento de por que a

formação de enfermagem para gerenciar sistema de saúde, aí eu perguntaria da seguinte forma: sobrou outro profissional?” (G8).

Nessa fala, nota-se que esta é uma área para qual existe uma lacuna na formação dos demais profissionais da saúde, com exceção da medicina que tem tradição em formar diretores dos serviços de saúde. Nesse sentido, podemos dizer que a formação é que faz com que o enfermeiro se direcione à gestão, pois resgatando as competências da profissão temos a administração e a formação generalista como objetivo da formação do enfermeiro.

“Por acaso eu sei, vão voltar com a pergunta:- por que é a enfermeira é que tem a competência para estar integrando com o programa nacional de imunização. Não existe outro profissional?” (G11).

Nos discursos emitidos pelos enfermeiros acerca do assunto, revelam posicionamentos contraditórios, como exemplificamos nas falas:

“Os outros profissionais não se dedicam como o enfermeiro, não se envolvem com o todo” (G8).

“O que eles não sabem fazer, a gente tem que fazer para eles” (G3).

Para que o sistema de saúde funcione é necessário que ocorra o processo de responsabilização – o dever de “cuidar” para que funcione, para que ele tenha resolutividade. O processo de gestão em saúde é assim marcado pelo compromisso social do enfermeiro.

“Tem outros profissionais, mas ninguém toma a decisão. A formação do enfermeiro nos direciona para você pegar tudo o que ninguém vai pegar, aí você se permite” (G5).

Nos depoimentos acima, percebe-se que a prática de gestão do enfermeiro é marcada por seu compromisso social, mas que seu estilo de gerência é centralizador, não operando voluntariamente por meio do trabalho em equipe interdisciplinar.

Entretanto, o fato de o enfermeiro assumir a responsabilidade, sozinho, por melhorar o nível de saúde da população, retirando desta a liberdade de ser sujeito da sua própria saúde, de tomar decisão pessoal de ação é no mínimo perigoso, pois, caso o enfermeiro não consiga atingir os objetivos propostos, já que as ações não dependem apenas de sua atuação, ele pode ser visto como incompetente⁽¹⁹⁾.

Em seus depoimentos, os enfermeiros expressam as seguintes idéias, sintetizados no quadro abaixo, para explicar a atuação do enfermeiro na gestão de sistemas.

Idéias relacionadas ao estilo de gerir do enfermeiro	Nº de depoimentos
Pouquinho de todos os outros.	6
Necessidade do sistema.	3
Dedicação do enfermeiro.	3
Herói, super-homem, salvar o mundo e pegar tudo.	4

Percebe-se que, as idéias referentes ao enfermeiro “ser um pouquinho de todos os outros” e a idéia de “herói, super homem, salvar o mundo, pegar tudo” estão presentes em 65% dos depoimentos, caracterizando ainda mais a centralidade de sua atuação.

O medo de perder o espaço conquistado e o desejo de aumentar ainda mais a amplitude do mesmo, faz com que o profissional assuma diversas funções, por outro lado, também, as outras categorias profissionais não querem assumir funções a elas não delegadas, contentando-se em cumprir somente o que lhe é de competência formal, como também, para evitar a possibilidade de conflitos e embates com outros profissionais.

Ainda, analisando esta fala, nos deparamos com uma falha comum no exercício da profissão, a questão de querer abraçar tudo numa instituição e puxar para si uma responsabilidade/função que é de outros profissionais. Esse fato altera o desenvolvimento do processo de trabalho na instituição, pois estimula aos outros profissionais a não cumprir com suas obrigações. O enfermeiro quando assume as funções de outra categoria profissional buscando encobrir as falhas no processo de trabalho, corre o risco de assumir responsabilidades e tomar decisões que podem, no futuro, interferir negativamente no trabalho da equipe multiprofissional, devido ao fato de não possuir qualificação específica para atuar em outras áreas profissionais.

Quando os enfermeiros assumem ações de outras categorias profissionais, corre o risco de deixar de cumprir satisfatoriamente, as ações específicas da própria profissão.

O poder exercido não deve ser visto como uma propriedade particular e individual, mas como uma estratégia, onde seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma apropriação, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos. Através do poder pode-se desvendar uma rede de relações sempre tensas, sempre em atividade, visto que esse poder não é privilégio que se possa deter⁽⁵⁷⁾.

Poder e saber estão diretamente relacionados, não há relação de poder que não constitua um campo de saber, assim como não há um saber que não constitua ao mesmo tempo relações de poder⁽⁵⁷⁾. Porém, poder não é simplesmente saber, poder é uma prática com competência social capaz de resolver os problemas que são postos pelo cotidiano.

Atendendo as expectativas políticas da saúde voltadas para a atenção primária, o Ministério da Educação e do Desporto, através da Portaria 1721 de 15/12/1994, propôs a mudança no currículo mínimo de enfermagem, enfatizando a formação de um profissional “generalista”, com uma visão holística para atuar nas áreas de assistência, gerência, ensino e pesquisa, com ênfase nos aspectos administrativos desenvolvidos nos serviços de saúde decorrente de uma reflexão crítica acerca do homem na sociedade, do processo saúde-doença através da abordagem multidisciplinar e no saber próprio da enfermagem⁽²⁴⁾.

Esta formação generalista referida na Portaria 1721 de 15/12/1994 não significa praticar ações referentes a outras categorias profissionais e sim as diversas ações que compõem as competências e habilidades da profissão. A profissão enfermagem possui um elenco enorme de ações a serem desenvolvidas.

Durante a formação, é inculcido nos enfermeiros um papel profissional idealizado, aprendendo a valorizar o cuidado individual dos pacientes⁽¹⁹⁾.

Quanto a formação, nota-se a idéia do exercício de enfermagem como sacerdócio, a dedicação extremada, através das faces da maternidade, a enfermeira traz das raízes da profissão e das raízes sociais, o excesso de dedicação que ultrapassa a real necessidade⁽¹⁹⁾, além da responsabilidade de apresentar solução para todo o problema. Ela se cobra pelo êxito nas ações como se exclusivamente dela dependesse o destino do cliente.

Observando por outro ângulo, percebe-se que o termo célula tronco também pode simbolizar o comportamento centralizador do enfermeiro e a

megalomania presente entre alguns profissionais desta área, como podemos observar nas falas, a seguir:

“Eu sou o herói, sou sim, parece que você é o dono do hospital, o dono do posto, que você saiu da faculdade, você tem que mudar a realidade. O “super-homem” tem que pegar tudo, e a gente pega isso, pega aquilo, pega administrativo e ainda acha que vai dar conta da assistência. Ninguém quer, aí eu pego, porque eu tenho que salvar o mundo, porque a minha formação acadêmica me colocou assim, na verdade eu sinto isso pelo menos da minha formação, eu percebo” (G5).

Diante desses depoimentos percebe-se o prazer do profissional enfermeiro em centralizar, em se tornar o centro das atenções, talvez para demonstrar sua importância, sua necessidade no serviço, a importância social da profissão que muitas vezes não tem o devido reconhecimento social.

Ele “pega tudo”, ele “faz de tudo”. As hipóteses possíveis para esse agir podem ser: age deste modo para manter cargo e posição na instituição; dificuldade para interagir com profissionais de outras áreas de modo democrático; falta de prática com o modo de gestão participativa e busca de reconhecimento social.

Ao tomarmos como referência à formação dos enfermeiros, podemos pressupor que, ainda hoje, as enfermeiras trazem para si a responsabilidade do atendimento das necessidades do paciente, a qual tem várias definições, como: algo imprescindível, inevitável, ou ainda, exigências mínimas para satisfazer condições materiais e morais da vida ⁽⁵⁸⁾.

Santos (1997) considera que um dos problemas que enfrenta o enfermeiro é o narcisismo, ou seja, sua idéia de que para ser bom e valorizado no seu trabalho, tem que ser perfeito. Ninguém é perfeito, porque senão seríamos máquinas e não seres humanos ⁽⁵⁹⁾.

Com os anos de serviço, surge um profissional que acredita ser realmente o “super-homem”, “a mãe de todos” e que impõe em sua vida profissional ser resolutivo, tomar decisões, fazer as coisas acontecerem e quem ganha neste jogo é o sistema de saúde. É lógico, que é um ganho parcial, pois não tem como substituir a gestão participativa num sistema de saúde por um único profissional que tenta ser um pouquinho de todos os outros. Mas, com o surgimento deste novo profissional o qual além de desempenhar as funções da profissão tenta

desempenhar funções de outras categorias profissionais, o que não é adequado, mas o próprio sistema e os interesses políticos o modelam, ocorre a implantação das ações propostas pelo Sistema Único de Saúde.

A enfermagem necessita construir uma identidade social em gestão de sistemas de saúde, não é necessário malabarismos, disfarces, máscaras para praticar gestão, as características e os campos da profissão direcionam à gestão como também, desenvolve a competência social, porém entendemos que a enfermeira, enquanto sujeito social do processo, necessita romper com as dificuldades acumuladas ao longo do tempo e apresentar-se a sociedade numa atitude de participação compartilhada para a construção de um novo modelo de saúde⁽⁶⁰⁾.

Concluindo esta categoria, registramos que mesmo com a conduta inadequada, centralizadora e pouco participativa do profissional enfermeiro gerente de sistemas de saúde, ocorre a implantação e manutenção das políticas de saúde do SUS, através da gestão em sistema praticada pelos enfermeiros, desencadeada pela própria cultura organizacional do sistema e pela efetivação das competências de administração, gerenciamento, tomada de decisões e resolutividade características da profissão, buscando o desenvolvimento de uma prática com competência social.

4.2 - Competências e habilidades adquiridas durante a graduação

Nos depoimentos obtidos nesta pesquisa, observa-se como o processo de mudança no setor saúde, no país interferiu significativamente na formação do(a) enfermeiro(a) no decorrer dos anos. Há diferença entre os enfermeiros que se formaram antes da Constituição de 1988, ou seja, antes da implantação do SUS, dos que se formaram em meio ao emaranhado de mudanças e transformações do setor saúde no país e os recém-formados.

Quando citamos os determinantes históricos do processo de mudança no setor saúde, não significa que a análise da pesquisa objetiva focar estas características, simplesmente, cabe uma ressalva, pois alguns atores da pesquisa se formaram antes da implantação do SUS, não tendo em sua formação profissional os impactos das diretrizes e princípios da gestão em sistemas de saúde, propostos nas diretrizes curriculares de 2001⁽¹¹⁾.

Seguem-se abaixo os depoimentos dos enfermeiros:

“Nós que somos mais velhos de casa, que pegamos essa mudança de tempo aí, do lançamento do Sistema Único de Saúde, junto à Constituição de 1988 foi muito mais difícil para nós. Nós saímos mais nus e cruas para gerenciar o sistema de saúde do que os recém-formados, até porque nós saímos com o Sistema Único de Saúde sendo implantado. Porque formação para isso nós não tivemos dentro da faculdade, talvez os formados mais recentemente, até tenha uma visão melhor do que a que nós tivemos” (G8).

Os depoimentos demonstram claramente, a confusão própria de um momento de mudanças, o surgimento de novos conceitos em saúde, novos princípios, novas diretrizes, e viver em meio a essas transformações significa crescer junto, enriquecer junto, romper com os obstáculos, construir junto a saúde no país. Tais transformações desencadearam mudanças também no processo de formação dos profissionais como também, no desempenho profissional dos mesmos.

“Acredito que a formação do enfermeiro não mudou muito, já na minha época era uma formação voltada para competências e habilidades para cuidar e gerenciar. Eu acho realmente que dada à formação profissional nós somos os mais capacitados para gerenciar” (G8).

“Em minha opinião, foi à disciplina de administração, e até mesmo as disciplinas assistenciais que nos mostravam, o tempo inteiro que nós tínhamos que planejar e gerenciar. A administração permeava todas as outras disciplinas o tempo inteiro” (G5).

“Acho que a graduação oferece uma base para a gente subir, ele é o primeiro degrau, acho que a gente só alcança o segundo andar se a gente quiser. Eu acho que ela dá suporte, a gente é que busca a caminhada” (G10).

“Tem mais gerenciamento que outra coisa na formação do enfermeiro”(G6).

“Acho que o ensino de enfermagem continua voltada para o gerenciamento”(G4).

“O enfermeiro era formado para trabalhar em hospitais, não tinha nem tanto a compreensão de gerenciamento de sistema, nem era preparado para assumir a gestão de uma unidade de saúde” (G9).

Ao tentar compreendermos a interferência da instituição formadora sobre os enfermeiros que gerenciam o sistema de saúde, percebemos que independente da época de formação e da instituição, todas se voltam para o gerenciamento. A formação caminha lado a lado com a gestão nas suas nuances do dia-a-dia, no gotejar diário da formação.

Nesta pesquisa quando nos referimos à “época”, não nos detivemos no processo histórico-sócio-político da saúde no país, referimo-nos ao ano de conclusão da formação acadêmica dos atores da pesquisa, direcionando o interesse para o conteúdo da formação acadêmica.

“Eu queria só abrir um parêntese, quanto às meninas que formaram ao mesmo tempo e você que formou há mais tempo, estava falando, eu fiz até uma anotação aqui da questão contexto histórico, eu acho que o contexto histórico-político-social do país influencia nessa questão da formação. Eu acho assim, da formação do Gestor 6, que é a que formou há mais tempo aqui, até a formação das meninas, eu pela fala, eu vi uma variação, ela está com 20 anos, eu, o Gestor 5 no meio com 10, o gestor 4, e tudo, e as mais fresquinhas, mais novinhas está neste intermédio que na verdade acaba sendo reflexo da nossa época, não havia tanto enfermeiro com formação voltada para sistema de saúde, era formado para hospital e mesmo assim, ela saiu como ela falou com a questão do gerenciamento. Quando nós formamos já havia o sistema de saúde, e a ênfase da profissão era para o sistema de saúde e nós saímos com a questão de

gerenciamento. Os mais novos agora, estão pegando o PSF, estão saindo com a questão do gerenciamento, então assim, para mim a capacidade de gestão é totalmente subjetiva e é nato na formação dos enfermeiros” (G8).

“Ser enfermeiro virou moda, então a gente não vê tanta qualidade na formação da faculdade, preocupada com a formação desses profissionais...” (G2).

“A parte de gerenciamento de liderança deixou muito a desejar para mim.” (G1).

Essas falas demonstram reconhecimento de limitações quanto à formação acadêmica dos enfermeiros. Apontam falhas advindas da graduação, especialmente o que se refere ao embasamento político. Geralmente, nos cursos de graduação em enfermagem, de forma geral, é dada uma ênfase maior no modelo biomédico, além de se priorizarem os procedimentos terapêuticos e tecnológicos ⁽⁵⁸⁾.

O próprio sistema de saúde não institucionalizou qualquer forma de interação permanente com os órgãos formadores com reflexo no ensino da graduação, como também na cultura da maioria dos cursos em saúde, especialmente no período da graduação, observa-se que a temática gestão do SUS apresenta pouca importância no contexto educacional das mesmas ⁽⁶¹⁾.

Para tanto, é preciso que a enfermeira se reconheça como sujeito dos acontecimentos e promova a democratização do poder através de uma participação consistente ⁽¹³⁾.

Em muitas instituições a formação direciona os profissionais para atuarem como líder da equipe; docentes enfatizam a importância do desenvolvimento da liderança, com o objetivo de formar profissionais capazes de tomar decisões em situações complexas que lhe sejam submetidos durante a sua vida profissional ⁽¹⁷⁾.

A existência de pensamentos contraditórios também, foi notada nas falas dos participantes. No debate em grupo notamos que a liderança é impregnada em nossa formação:

“A função do enfermeiro é gerenciar, você acaba tendo que liderar a equipe, a despeito de você ter ou não a liderança nata, mas nem que seja no tranco, você acaba adquirindo competência para liderar” (G2).

A eficiência da gerência depende em parte do exercício efetivo da liderança ⁽⁶²⁾.

Liderar é a arte de influenciar pessoas para que elas possam vir a ser agentes de mudança dentro da prática de um grupo. Para que isso ocorra, relações de poder são estabelecidas entre o líder e o grupo de liderados. O grupo funciona como um todo em interação⁽¹⁹⁾.

Os líderes devem deixar de se preocupar apenas com as obrigações do dia-a-dia para tornarem-se administradores comprometidos, visionários e capazes de distribuir responsabilidades ⁽¹⁹⁾.

A formação acadêmica, a parte gerencial e a experiência proporcionam aos enfermeiros desenvolvimento de competências e habilidades que lhe direciona a gestão de sistema. Dentre elas destacamos os depoimentos:

“Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, tomar decisões, reivindicar processos de trabalho, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constante mudança, e claro, reconhecer-se como coordenador do trabalho de equipe de enfermagem” (G8).

“Eu acho que já na faculdade, eles formam a gente para administrar e compreender que a atenção à saúde não se encerra só no ato técnico. Uma outra competência é a tomada de decisões, porque chega ali, tem outros profissionais, mais ninguém toma uma decisão, então fica para o enfermeiro tomar a decisão de chegar a uma conduta apropriada para melhor atendimento do paciente e até a melhor qualidade do sistema” (G2).

“Eu acho que não é só essa não. Acho também, compreender política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações, eu acho que esse é um. Eu acho impossível você compreender política de saúde e não atuar” (G8).

Na tabela a seguir, sintetizamos os depoimentos.

Tabela VI - Percepção dos enfermeiros – gestores sobre o direcionamento da formação do enfermeiro para o desenvolvimento do papel de gestor. Manhumirim/MG, 2007.

Percepção sobre o preparo durante a formação	Depoimentos	
	Nº	%
A formação não direciona para a gerência	5	26%
A formação direciona para a gerência	14	74%

Total	19	100%
--------------	-----------	-------------

Percebe-se que 74% dos depoentes afirmam que a formação profissional do enfermeiro lhe confere competências gerais para gerenciar.

As habilidades e competências aqui registradas pelos depoimentos, nos faz retornar à formação, pois elas desenvolvem a liderança com o objetivo de formar profissionais capazes de tomar decisões durante a sua vida profissional, como também, direciona ao gerenciamento, a administração direcionando um grupo ao objetivo comum⁽⁸⁾.

Os enfermeiros afirmam que o curso de graduação proporciona o desenvolvimento de competências fundamentais para a gestão do sistema de saúde.

Tal fato confirma o que diz o autor abaixo.

“É marcante a presença da profissão médica na organização e planejamento de sistemas e serviços de saúde, seguida da presença da profissão enfermagem na gerência de serviços, políticas e programas recorrendo-se aos estudos da área da administração para fazê-los corresponder às demandas do setor saúde como resposta à saúde coletiva”⁽⁶¹⁾.

O enfermeiro devido sua proximidade e acessibilidade a clientela, se destaca em relação a outras profissões no processo de gestão, dirigindo as ações em busca da melhoria dos indicadores de saúde, pois possui uma visão globalizada das unidades e dos serviços nos quais atua⁽⁸⁾.

Da mesma forma, o enfermeiro atua como intermediário no fluxo de informações, desempenhando o papel de fazer gerar conhecimentos em todos os níveis de atendimento com vistas à prática de saúde e enfermagem⁽²⁰⁾.

Os profissionais de saúde em diversos momentos de sua carreira exercem a função de gestão no sistema ou nos serviços de saúde. Contudo, reconhece-se o despreparo dos profissionais para executar essa função e a dificuldade dos gestores no exercício do cargo em decorrência da incoerência entre o processo de formação acadêmica e as necessidades dos serviços e ações desenvolvidas no SUS, como também, ao desconhecimento da administração do SUS⁽⁶¹⁾.

Ao nos referimos a profissionais de saúde, englobamos todas as profissões direcionadas à saúde, e constatamos que a afirmação acima é verdadeira. Porém, ao analisarmos e compararmos as outras categorias profissionais da área da saúde e a enfermagem percebe-se um diferencial que coloca a profissão em evidência para a gerência de sistemas.

Na profissão enfermagem, desde 1959 já se registrava a preocupação quanto à formação, direcionando-a à gerência. Era oferecida habilitação em saúde pública, como modalidade de aperfeiçoamento para enfermeiros, com o intuito de habilitar estes profissionais em área especializada de atuação no sistema de saúde, enfocando a participação na gerência dos serviços de saúde, administração dos programas de saúde pública, processos educativos nos serviços de saúde e controle das doenças transmissíveis ⁽⁶¹⁾.

As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem registram que, para a graduação, é necessário o desenvolvimento de competências e habilidades específicas da profissão e dentre elas temos a administração, o gerenciamento e a liderança. Portanto, mesmo com a incoerência entre o processo de formação acadêmica e as necessidades dos serviços do SUS, o currículo da enfermagem proporciona o básico de uma gestão, o gerenciamento, mesmo que seja em linhas gerais. Com a introdução desse profissional na prática de saúde, estas bases gerenciais vão sendo lapidadas, adequando-se às necessidades das ações desenvolvidas pelo SUS.

4.3 - Conhecimentos oriundo da prática: habilidades e competências desenvolvidas no cotidiano

Pode-se perceber que o curso de graduação em enfermagem fornece embasamento para o enfermeiro tornar-se gestor, porém, a consolidação da ação de gerenciamento só se efetiva com a experiência, no cotidiano da prática gerencial.

“Eu tenho para mim que saí com a competência para gerenciar do curso de graduação, ou seja, o conhecimento, foi a única coisa que ela me deu. As habilidades eu adquiri a partir do momento em que eu comecei a trabalhar, só adquiri minhas habilidades com o meu serviço, foi na pratica que eu adquiri as habilidades” (G6).

“A minha formação foi voltada para a parte administrativa, é claro que a gente tem que ter muita questão técnica, mas a parte administrativa foi muito cobrada. A experiência, mesmo, para administrar só adquiri na prática” (G8).

“A gerência, o desenvolvimento do pensamento crítico e a administração de problemas do serviço, a gente aprende mesmo é na prática” (G1).

“A educação e a avaliação precisam andar juntas o tempo inteiro e isso é o modelo administrativo que a faculdade colocava e que a gente hoje consegue ver na experiência. Com isso a gente vai aprimorando as habilidades do administrar no dia a dia” (G5).

“Então essa parte aí de gerência foi só na prática mesmo e no dia a dia” (G3).

“Que nenhuma formação acadêmica vai deixar a gente pronta, e cada faculdade vai ter o seu perfil sim, mas quando a gente falou nessa questão administrativa, ninguém saiu pronta para gerenciar nada não, a gente sai com a noção que você disse e que na verdade a gente sai meio indignada, a faculdade não me ensinou nada, na verdade ensinou sim. Deu para a gente o instrumento para a gente desenvolver, só que a gente através da busca, nosso próprio crescimento pessoal, profissional, a experiência, a necessidade do dia a dia é que vai dando as habilidades necessárias para a estarmos desenvolvendo aquela competência inicialmente proposta para o profissional” (G5).

Os enfermeiros têm um papel importante no processo decisório de saúde por sua experiência e saber administrativo e técnico, trazendo suas experiências e adaptando-as à realidade da instituição que hora representa ⁽¹⁹⁾.

Em todos os depoimentos a idéia de gerenciar se relaciona à habilidades desenvolvidas no cotidiano das práticas gerenciais. Evidencia-se que o curso de graduação sensibiliza e prepara teoricamente para a gerência, mas a consolidação dos conhecimentos, o desenvolvimento de “habilidades” para gerenciar, ocorre com a prática, com o exercício profissional.

Podemos comparar os profissionais de enfermagem ao educando, os quais estão num constante aprendizado em sua práxis, aprendendo com seus próprios desafios, centrando-se na ação–reação, na tentativa de erro-acerto, concordância-discordância. Como o aprendizado tem diferentes dimensões extraindo-se daí, a essência da prática, seu movimento permite mais do que a simples adaptação ou acomodação, ou seja, permite a transformação e a recriação da realidade instituída⁽⁶⁴⁾.

O trabalho em saúde promove processos de subjetivação, está além das práticas e saberes tecnológicos estruturados⁽³¹⁾.

A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho. A percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho, estimula a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de reproduzir transformações⁽⁶⁵⁾.

A partir dessas colocações, podemos dizer que o enfermeiro em sua formação possui, em maior grau, os requisitos necessários ao desenvolvimento da tarefa de ensinar questões relativas à saúde. Os cursos de graduação em enfermagem têm, entre seus objetivos, capacitá-los para tal, e a valorização das ciências humanas no currículo, bem como a abordagem de aspectos pedagógicos em diversas situações de ensino aprendizagem do curso, nos levam a afirmar que o enfermeiro é peça fundamental para desenvolver atividades de educação sanitária, visando tanto à saúde individual quanto à coletiva⁽⁵⁶⁾.

Para a gestão de sistemas de saúde, não existe uma receita de bolo pronta a ser seguida. A gestão de sistema de saúde é construída no dia-a-dia. A capacidade dos enfermeiros para gerenciar sistemas é adquirida com a formação através das competências, as habilidades através da prática e a vivência diária através das experiências. Essa junção é que torna a enfermagem sensível à gestão de sistemas.

A atuação profissional do enfermeiro experiente se situa a um nível que está além das disciplinas. Ao agir, já não pensa nas disciplinas, embora, parte de seu saber tenha uma sustentação disciplinar. O seu saber profissional resulta da fusão de saberes disciplinares e experienciais proporcionando uma visão ampla da realidade⁽⁴⁷⁾.

“Sem a convivência e sem o coletivo, não se pensa e não se sente. Sentir e pensar, é resultado do confronto com o estar de corpo presente, condição de qualquer aprendizagem”⁽⁶³⁾.

Portanto, a relação entre gestão de sistemas de saúde e a formação do enfermeiro só se consolida com a vivência, a prática, o desenvolvimento das habilidades em gerenciar, ou seja, a experiência profissional solidifica a capacidade em gerenciar. Por mais que os estágios na época da formação acadêmica em gerenciamento sejam produtivos, a realidade concreta, os erros e acertos, o crescimento intelectual, a experiência adquirida com a vivência profissional propicia ao enfermeiro aquisição e conhecimento com aplicabilidade e especificidade em gestão de sistemas de saúde.

5. CONCLUSÃO

Constatou-se que os enfermeiros atuam efetivamente na gestão do sistema de saúde e que grande parte das competências necessárias para esse feito foi adquirida durante a graduação. As características da profissão e o perfil profissional norteado pelas diretrizes curriculares do curso de enfermagem reforçam o compromisso social, a responsabilidade e a capacidade de resolutividade nas ações desenvolvidas pelos enfermeiros.

O enfermeiro quando se insere em sistemas de saúde é direcionado para a gestão, para a coordenação dos processos sociais, para a organização dos sistemas de informação em saúde, por ser sensível às questões sociais e coletivas, sendo estas competências estimuladas nos cursos de graduação em enfermagem. O enfermeiro articula com facilidade projetos que integrem ações sobre o meio ambiente, coletividade, serviços assistenciais e ainda participa em conselhos municipais de saúde, pactos pela saúde, questões epidemiológicas de sua área de abrangência, ações que favorecem a integralidade na assistência em saúde. O enfermeiro busca articular as questões políticas com as técnicas-assistenciais em prol da população, o que visualizamos através das campanhas de vacinação, do trabalho no PSF, no sistema de referência e contra-referência, nas CIBs (Comissões Intergestores Bipartite), no plano diretor de regionalização entre outros.

Alguns autores reforçam a característica de gerenciar dos enfermeiros na gestão de sistemas através da intermediação entre os diversos setores profissionais que atuam, como também, tornam-se peça fundamental numa equipe multiprofissional, ainda que os depoimentos obtidos em nosso estudo, demonstrem que o enfermeiro tem um estilo de liderança centralizador.

A contribuição dos enfermeiros gestores para a gestão de sistema de saúde é clara na implantação, desenvolvimento e consolidação das políticas de saúde do país direcionada aos sistemas de saúde. O enfermeiro implanta e mantém as políticas de saúde do SUS, através da gestão em sistema, desencadeada pela própria cultura organizacional do sistema e pelo conjunto de suas competências profissionais.

Houve consenso nos depoimentos, que independente do local e tempo de formação acadêmica o ato de gerenciar é estimulado na graduação em enfermagem.

Muitas vezes o gerenciar é compreendido como cuidar da população. O ato de cuidar neste sentido, deixa de ser restrito ao indivíduo para o cuidar de populações, posto que a prevenção e a promoção à saúde exigem maior controle gerencial. O cuidar para evitar o agravo e promover a saúde é complexo, envolve a comunicação, administração, a convivência, uma organização direcionada a cuidar para que não exista. Esse cuidar necessita ser atrelado à credibilidade do profissional, transmitida através da característica responsável e compromissada que se observa no perfil do enfermeiro.

O enfermeiro consolida a cada dia a posição de gestor de sistema de saúde com vistas à eficácia das ações propostas pela política de saúde. Ele simplesmente não passa incólume pelo sistema, ele o transforma, implanta, organiza, educa, desenvolve e cresce com ele. Mesmo com a incoerência entre o processo de formação acadêmica e as necessidades dos serviços SUS, o currículo da enfermagem proporciona o básico de uma gestão, gerenciamento, mesmo que seja em linhas gerais. Com a introdução deste profissional na prática de saúde, estas bases gerenciais vão sendo lapidadas adequando-se às necessidades das ações desenvolvidas pelo SUS.

Percebe-se que a formação fornece embasamento para o enfermeiro tornar-se gestor, porém, a consolidação da ação de gerenciamento só se efetiva com a experiência, no cotidiano da prática gerencial.

Para os enfermeiros atuarem como gestores do sistema de saúde é necessário o desenvolvimento de competências e habilidades específicas da profissão e dentre elas podemos destacar a administração, o gerenciamento, a comunicação, a liderança, a tomada de decisões, a resolutividade, a compreensão da política de saúde, a integração das ações de enfermagem às ações multiprofissionais, o reconhecimento do papel social do enfermeiro, como também, incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional reconhecendo a saúde como direito e condições dignas de vida atuando de forma a garantir a integridade da assistência.

O enfermeiro na gestão de sistema de saúde busca caminhos novos e maiores perspectivas para a melhoria da qualidade de vida da população.

O enfermeiro também se reafirma como profissional por meio da gestão. Ele procura manter por meio da gestão o controle e domínio do território, com vista a assegurar a importância de seu papel na instituição e conquista do reconhecimento social. Para isso, cria mecanismos para se manter no poder por meio da centralização de ações e gestão pouco participativa. A necessidade de poder, de controle e reconhecimento social dificulta o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, de modo que muitas vezes, o enfermeiro, deixa de perceber o valor de uma gestão compartilhada.

Conclui-se que parte das competências necessárias para atuar como gestor de sistema de saúde é adquirida pelos enfermeiros durante o curso de graduação. Contudo, o modelo clássico de gestão ainda é o mais utilizado pelos enfermeiros em detrimento do modelo de gestão participativa e em rede.

Torna-se, portanto, necessária o desenvolvimento de competências de natureza mais coletiva e interdisciplinar na profissão enfermagem, tendo em vista o desenvolvimento de um modelo de gestão participativo.

6- REFERÊNCIAS

1. Gastão WSC. Saúde Pública e Saúde coletiva: campo e núcleos de saberes e práticas. Ciências&Saúde, Rio de Janeiro, 2000, vol.5 nº2.
2. Cunha JPP, Cunha RE. Ministério da saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Sistema Único de Saúde: municípios. Rio de Janeiro. 2001: 285-298. falta
3. Carvalho AI, Melamed C, Ribeiro JM, Junior MD, Costa NR, Flores O. Gestão de Saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação a distância (BR). Unidade I: Formulação de políticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: Unb, 1998. p. 67-81.
4. Mota E. Desafios à gestão de sistemas locais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 1999;4(2): 254.
5. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciências &Saúde Coletiva 1999 jul-dez;4(2): 305-314.
6. Gastão WSC. O anti-Taylor: sobre a invenção de unir método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública 1998 oct/dec;14(4).
7. Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria municipal de saúde de Betim, Minas Gerais. Caderno de Saúde pública 2000 abr/jun;16(2): 507-515.
8. Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva. Revista Eletrônica Enfermagem, 2004 jan-abr;6(01): 09-15.
9. Paiva JS. Enfermagem Brasileira Contribuição da ABEn. Brasília: ABEn Nacional; 1999.
10. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Brasília (DF); 2001.
11. Brasil Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer Nº CNE/CES 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília (DF); 2001.
12. Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 334.

13. Melo CMM, Santos TA. A participação política das enfermeiras na gestão do Sistema único de saúde em nível municipal. *Texto & contexto enfermagem* 2007 jul/set;16(3): 426-432.
14. Queiroz MS, Campos GWS, Merhy EE. Rede Básica de serviços de saúde: médicos e suas manifestações sobre o serviço. *Revista saúde Pública* 1992 fev; 26(1).
15. Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
16. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface* 2005 mar/ago;9(17).
17. Marcon PM, Polak YNS, Méier MJ. The Bioethics in the management of nursing work process: a reflexion. *Online Brazilian Journal of Nursing* [periódico online] 2005 Aug [capturado 2006 jul 28];4(2): Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objnursing.htm>
18. Lourenço MR, Trevizan MA. Líderes da enfermagem brasileira – sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2001 maio; 9(3).
19. Christovan BP. A insituição da liderança dos Enfermeiros em Questões de Saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; 2001.
20. Shinyashiki GT, Trevizan MA, Mendes IAC. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2003 jul-ago;11(4).
21. Fernandes MS, Spagnol CA, Trevizan MA, hayashida M. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2003 mar-abr;11(2).
22. Santos SR, Moreira RC. The nurse's leadership: challenges of the practice. *Online Brazilian Journal of Nursing* [periódico online] 2004 dec [capturado 2006 set 25]; 3(3). Disponível em <http://www.uff.br/nepae/objn303santosetal.htm>
23. Sá MC. O mal estar nas organizações de saúde, planejamento e gestão como problemas ou soluções? *Ciência & Saúde Coletiva* 1999 jul-dez; 4(2): 255-258.
24. Scherer ZAP, Scherer EA, Carvalho AMP. Reflexões sobre o ensino de enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2006 março-abril; 14(2):285-91.
25. Bagnato MHS. Concepções pedagógicas no ensino de enfermagem no Brasil. *Texto Contexto Enfermagem* 1997 set/dez;6(3): 241-258.

26. Munari DB, Soares SM, Godoy MTH, Esperidião E. O uso do grupo na assistência em saúde: análise crítica e possibilidades. In: Santos I, David HSL, Silva D, Tavares CMM. (Org.). Enfermagem e campos da prática em saúde coletiva: realidade, questões e soluções. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, v. 4, p. 140-147.
27. Martins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004 [Resenha de Guillaume SM]. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2005 nov-dec; 21 (6): 1966-1967.
28. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública v.20, n.5. Rio de Janeiro set/out. 2004.
29. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1998.
30. Brasil. Lei nº 9.394. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União 1996; 20 dez.
31. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis v.14, n. 1, Rio de Janeiro, 2004.
32. Berardinelli LMM, Santos MLSC. Repensando a interdisciplinaridade e o ensino de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005 jul-set; 14(03):419-26.
33. Freire P. Educação e mudança. 24ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2001. A educação e processo de formação social; p. 33.
34. Lima MAC, Cassiani SHDB. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem 2000 janeiro; v. 8, nº 1; 23-30.
35. Freire P. Educação e mudança. 24ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2001. O papel do trabalhador social no processo de mudança; p. 52-60.
36. Beisiegel CR. Educação e realidade brasileira. Política e Educação Popular. 3ª ed. São Paulo: Ática; 1992. p. 83.
37. Ministério da Saúde (BR). Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ENSP, Brasília, 2000. Módulo 1: Educação. p. 59-60.
38. Freire P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

39. Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo freire à prática e educação crítica em enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem 2004 jul-agosto; 12(4):631-5.
40. Ministério da Saúde (BR). Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ENSP, Brasília, 2000. Módulo 6: Proposta pedagógica: as bases da ação. p. 30.
41. Gadotti M. Pensamento pedagógico brasileiro. 5ª ed. São Paulo: Ática; 1994. p. 40-49.
42. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface (Botucatu) 2005 sept/feb; 9(6).
43. Tavares CMM. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. Texto Contexto Enferm. 2005 jul-set;14(3):403-10.
44. Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. Texto Contexto Enferm. 2006 abr-jun; 15(2): 287-95.
45. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Caderno de Saúde Pública 2003 set/out;19(5): 1527-1534.
46. Meirelles BHS, Erdmann AL. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005 jul-set;14(3):411-8.
47. Alarcão I, Rua M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Texto Contexto jul-set; 14(03): 373-82. Enferm. 2005
48. Thofehrn MB, Leopardi MT. Teoria dos vínculos profissionais: um modo novo de gestão em enfermagem. Texto Contexto Enfermagem 2006 jul/set;15(03): 409 – 4.
49. Minayo MCS. O desafio do conhecimento-Pesquisa qualitativa em Saúde. 5ª ed. São Paulo-RiodeJaneiro: Hucitec; 1998.
50. Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola nacional de Saúde pública; 2002.
51. Gil AC. Métodos e técnicas da pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999. p. 110-138.
52. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2001.

53. Barros AJP, Lehfed NAS. Projetos de pesquisa: propostas metodológicas. Petrópolis: Vozes, 1990.
54. Cotrim, BC. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre o abuso de substâncias. Rev. Saúde pública 1996;30(3): 285-93.
55. Almeida MCP. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva- rede básica de saúde em Ribeirão Preto.[tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1991.
56. Meyer DE. Espaços de sombra e luz: reflexões em torno da dimensão educativa da enfermagem. In: Waldow VR, Lopes MJM. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto alegre: Artes médicas; 1998. p. 27-45.
57. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. (Trad.) Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes; 1996: 29-30.
58. Domingues TAM; Chaves,EC. Os valores constitutivos do cuidar. Acta Paul. Enf 2004;17(4):369-76.
59. Santos EF,et al.Legislação em Enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino da enfermagem.São Paulo: Ateneu, 1997.
60. Teixeira CF. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia organização. In: Mendes,EV.(Org.) Distrito Sanitário. O processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, ABRASCO; 1994: 237-265.
61. Ceccim RB. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. Boletim da Saúde, Porto Alegre 2002;16(1): 09-38.
62. Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 11ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2000: 39-42.
63. Varela FJ; Thompson E; Rosch E. De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana. Trad. Carlos Gardini. Barcelona: Gedisa; 1992.
64. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Texto&Contexto enf.2007 abr/jun, 16(2):315-319.
65. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface(Botucatu) 2005 set/fev, 9(16).

ANEXOS

ANEXO B

Fazem parte da Gerência Regional de Saúde de Manhumirim os municípios com suas respectivas populações relacionadas.

Quadro1- População dos municípios que integram a Gerência Regional de Saúde de Manhumirim/MG.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
Abre Campo	13.319
Alto Caparaó	5.313
Alto Jequitibá	9.099
Caiana	4.232
Caparaó	5.457
Caputira	9.466
Carangola	32.485
Chalé	5.747
Conceição de Ipanema	3.885
Divino	19.693
Durandé	7.726
Espera Feliz	21.145
Faria Lemos	3.921
Fervedouro	10.071
Ipanema	16.854
Lajinha	20.967
Luisburgo	6.984
Manhuaçu	72.542
Manhumirim	21.739
Martins Soares	6.650
Matipó	17.506
Mutum	26.476
Orizânia	7.139

Pedra Bonita	6.657
Pedra Dourada	1.944
Pocrane	9.006
Reduto	6.696
Santa Margarida	14.282
Santana do Manhuaçu	8.263
São Francisco do Glória	5.277
São João do Manhuaçu	9.856
São José do Mantimento	2.476
Sericita	7.371
Simonésia	17.234
Taparuba	3.461
Tombos	12.833
TOTAL	453.772

Fonte: IBGE,2005.

APENDICE A

CONCEITOS

Sistemas de Saúde

- é o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde organizada de forma regionalizada e hierarquizada, voltada ao atendimento integral da população.
- (Ministério da Saúde – Gestão Municipal de Saúde – Leis, Normas e Portarias atuais.)

Gestão e Gerência

- De acordo com o Dicionário Aurélio apresenta-se algumas definições :
 1. gestão: ato ou efeito de gerir, gerência.
 2. gerência: gestão, funções de gerente, administração, o lugar onde exerce suas funções.
 3. gerir: ter gerência sobre, administrar, dirigir, erencial;
- Segundo o Grande Dicionário Colegial Poliglota, temos:
 1. gestão: ato de gerir, gerência, administração.
 2. gerência: ato de gerir, superintendência.
 3. gerir: administrar, governar.
- Ainda de acordo com o Dicionário contemporâneo da língua portuguesa – Caldas Aulete – temos:
 1. gestão: gerência, administração, ação de gerir.
 2. gerência: ação de gerir, de dirigir, direção de negócios, gestão, administração; superintendência, exercício de um cargo, desempenho de funções administrativas.
 3. gestor: gerente, administrador de bens alheios.

Gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc); que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema (NOB/96).

Gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (NOB/96).

Competências e habilidades

Competências se constituem num conjunto de conhecimentos, atitudes, capacidades e aptidões que habilitam alguém para vários desempenhos da vida;

Competências são um conjunto de habilidades harmonicamente desenvolvidas que caracterizam por exemplo uma função/profissão específica: ser arquiteto, médico ou professor de química.

Habilidades se ligam a atributos relacionados não apenas ao saber – conhecer mas ao saber – conviver, ao saber – ser e ao saber – fazer: ação física ou mental que indica a capacidade adquirida.

As competências/habilidades são inseparáveis da ação, mas exigem domínio de conhecimento.

As habilidades devem ser desenvolvidas na busca de competências.

Competências: um conjunto de conhecimentos ou saberes; habilidades, mais que o reflexo da simples atuação física, são consideradas noções inerentes prática do trabalho; e atitudes são noções relativas à sabedoria da pessoa, feição intrínseca a um trabalho ético e de qualidade, realizado por meio da cooperação, solidariedade e participação na tomada de decisões. As competências sempre se manifestam por comportamentos observáveis, e trazem implícitos os conhecimentos tecnológicos, as bases científica e instrumentais dessas tecnologias e as atitudes e valores inerentes à realização do trabalho ⁽⁶²⁾.

COMPLEMENTAÇÃO DOS CONCEITOS

Segundo a FIOCRUZ 1998 temos:

- gerenciar na perspectiva natural, é observar as características do ambiente em que a organização se insere e as particularidades de seu processo de trabalho e, a partir de então definir qual a maneira mais apropriada de estruturar e gerenciar a organização como um todo ou mesmo os seus diferentes processos de produção;
- gerenciar na perspectiva política, é estar atento aos interesses, aos conflitos e as relações de poder (formais, informais, internas e externas). É buscar estabelecer mecanismos que possibilitem a participação e negociação dos interesses existentes, que viabilizam o estabelecimento de compromissos, propiciando, assim acumulação de forças internas e externas necessária a implementação das decisões;
- gerenciar na perspectiva múltipla significa admitir que existe uma tensão permanente entre diferentes racionalidades nas organizações, o que acarreta aceitar e entender que as organizações se enquadram em múltiplas dimensões, mediante as quais se devem valorizar não só a clareza dos objetivos a serem perseguidos como também uma adequada divisão e coordenação do trabalho visando imprimir eficiência às ações que se desenvolvem.

Algumas competências/habilidades:

- respeitar as identidades e as diferenças;
- utilizar-se das linguagens como meio de expressão, comunicação e informação;
- inter-relacionar pensamentos, idéias e conceitos;
- desenvolver o pensamento crítico e flexível e a autonomia intelectual;

- adquirir, avaliar e transmitir informações;
- compreender os princípios das tecnologias e suas relações integradoras;
- entender e ampliar fundamentos científicos e tecnológicos;
- desenvolver a criatividade;
- saber conviver em grupo;
- aprender a aprender.

Competências que devem estar presentes na esfera social, cultural e nas atividades políticas e sociais como um todo, e que são condições para exercício da cidadania num contexto democrático são:

Capacidade de abstração, de desenvolvimento de pensamento sistêmico ao contrário da compreensão parcial e fragmentada dos fenômeno, da criatividade, da curiosidade, da capacidade de pensar múltiplas alternativas para a solução de um problema, ou seja, do desenvolvimento do pensamento divergente, da capacidade de trabalhar em equipe, da disposição para procurar e aceitar críticas, da disposição para o risco, do desenvolvimento do pensamento crítico, do saber comunicar-se, da capacidade de buscar conhecimento.

Competências com base no Parecer nº CNE/CES 1.133/2001 (Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem) – pode ser entendida como:

- Atenção à saúde: com ênfase na resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo e que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;
- Tomada de decisões: com ênfase em possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;
- Comunicação: envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura;
- Liderança: com vista o bem estar da comunidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágio das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

Competências e habilidades específicas da profissão que se relacionam com a gestão:

O enfermeiro deve possuir, também, competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas contextualizadas que permitam:

- incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- 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;
- 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;
- reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;

Competências e habilidades específicas da profissão que se relacionam com a formação.

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. Esta formação tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para a competência em:

- integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de ética/bioética, com resolutividade tanto a nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: **A Gestão do Sistema de Saúde e a formação do enfermeiro: pesquisa exploratória de campo.**

Pesquisador responsável: Cláudia Mara de Melo Tavares (orientadora).
Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato: (21) 2629-9484 e (21) 9191-5906

Nome do Voluntário: _____

Idade _____ anos R.G. _____

Responsável legal (quando for o caso):

RG do responsável legal: _____

O Sr^(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “**A Gestão do Sistema de Saúde e a formação do enfermeiro: - pesquisa exploratória de campo**”, de responsabilidade do pesquisador **Cláudia Mara de Melo Tavares**.

Este estudo analisa os modos de atuação do enfermeiro nos diferentes campos de gestão; aspectos relacionados à sua formação que favorecem ou prejudicam a prática da gestão, como também, as experiências procedentes necessárias ao desempenho do papel do gestor na atualidade. Será desenvolvida uma pesquisa exploratória de campo com enfermeiros de 11 municípios pertencentes à Gerencia Regional de Saúde de Manhumirim – MG, através da aplicação de entrevista focalizada. Espera-se através dos resultados, demonstrar a pertinência da formação do enfermeiro para a construção do papel do enfermeiro gestor de sistema de saúde.

Sua participação é de fundamental importância para a realização deste estudo. Você participará da pesquisa participando do grupo focal. Este projeto de pesquisa não lhe acrescentará desconforto ou risco associado, porém se, em algum momento você se sentir desconfortável ou desejar cancelar a sua participação, sua decisão será imediatamente respeitada. Mesmo após assinar o consentimento você não é obrigado a participar da pesquisa. Sua participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízo algum para você. Asseguro que o que for dito, registrado e escrito será respeitosamente utilizado e seu nome não será divulgado. A confidencialidade das informações geradas e a privacidade são garantidas nessa pesquisa. Este projeto de pesquisa não lhe acarretará despesas como também, não receberá nenhum dinheiro para participar da pesquisa.

EU, _____, RG _____

–

Declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Manhumirim, _____ de _____ de _____.

nome e assinatura do responsável legal

testemunha

testemunha

APÊNDICE C

Manhumirim, 24 de julho de 2007.

Assunto: solicitação

Prezado(a) Senhor(a),

Venho pelo presente, solicitar a liberação da enfermeira, para participar do Projeto de Pesquisa “A Gestão do Sistema de Saúde e a formação do enfermeiro- pesquisa exploratória de campo”, cujo cenário são 11 municípios da GRS/Manhumirim. O seu município foi contemplado para participar da pesquisa devido possuir algumas características específicas relacionadas ao estudo. Para efetivação da pesquisa, será realizada uma reunião dia 26/07/2007 às 13 horas no Auditório do Palace Hotel à Rua Lauro Célio da Silva n. 656, Centro-Manhumirim-MG.

Espero contar com seu apoio e sua colaboração. Desde já agradeço.

Atenciosamente,

Cláudia Aarestrup

Ilmo(a) Sr(a)
Secretário(a) Municipal de Saúde
Município

APÊNDICE D

Manhumirim, 24 de julho de 2007

Assunto: solicitação

Prezado(a) Senhor(a),

Venho por meio deste, convidá-la a participar do Projeto de Pesquisa “A Gestão do Sistema de Saúde e a formação do enfermeiro-pesquisa exploratória de campo”, devido sua atuação na saúde junto ao seu município. Para efetivação da pesquisa, será realizada uma reunião dia 26/07/2007, às 13 horas no Auditório do Palace Hotel, à Rua Lauro Célio da Silva n. 656, centro- Manhumirim-MG.

Espero contar com a sua presença que é de fundamental importância para o desenvolvimento deste projeto. Desde já agradeço.

Atenciosamente,

Cláudia Aarestrup

Ilmo(a) Sr(a)
Enfermeiro
Município

APÊNDICE E

Caro colega, nesta pesquisa pretende-se avaliar a pertinência da formação do enfermeiro para a construção do papel do enfermeiro gestor de saúde. Asseguro que o que for registrado e escrito será respeitosamente registrado e que serão mantidos o sigilo e o anonimato das informações aqui contidas sendo identificado apenas o cargo administrativo.

Desde já, agradecemos a sua participação.

Cláudia Aarestrup

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

DADOS PESSOAIS:

Identificação (Pseudônimo)_____.

Nome: _____.

Idade: _____ Naturalidade _____.

Estado Civil: _____.

Renda Salarial _____.

DADOS PROFISSIONAIS:

Formação: _____.

Instituição Formadora: _____.

Tempo de Conclusão da graduação _____.

Outra graduação: () especialização () mestrado () doutorado

Nome do Curso: _____.

Instituição Formadora: _____.

Tempo de Conclusão da pós graduação _____.

Instituição que trabalha: _____.

Município: _____.

Cargo: _____.

Tempo que ocupa no cargo: _____.

Função que desempenha: _____.

Modalidade de indicação para o cargo: () concurso () indicação () outros

Vínculo Institucional Trabalhista: () CLT () Contrato () Efetivo

Possui outros empregos: () Sim () Não

Assinatura

Manhumirim, _____ de _____ de 2007

APÊNDICE F

Autorização

Eu, _____, autorizo o uso do gravador, filmadora e fotografias para registrar a minha fala e a minha participação durante a entrevista, para ser utilizada integralmente ou partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data.

Da mesma forma, autorizo a sua audição e o uso das citações por terceiros, ficando vinculado o controle e a guarda da mesma à Enfermeira Cláudia Aarestrup, aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense – UFF, com objetivo de realizar sua pesquisa intitulada **A Gestão do Sistema de Saúde e a formação do enfermeiro: pesquisa exploratória de campo**”.

Manhumirim, _____ de _____ de 2007.

APÊNDICE G

Material empírico extraído dos depoimentos em grupo

Para apresentarmos as citações textuais dos participantes estes foram codificados como: gestor 1-G1, gestor 2-G2, gestor 3-G3, gestor 4-G4, gestor 5-G5, gestor 6-G6, gestor 7-G7, gestor 8-G8, gestor 9-G gestor 10-G10 e gestor 11-G11.

Os trechos da discussão em grupo foram divididos em temas similares identificando-se as seguintes categorias: “o enfermeiro é uma célula tronco: o valor da formação generalista”, “competências habilidades adquiridas durante a graduação ” e “ o conhecimento oriundo da prática :competências desenvolvidas no cotidiano”.

O enfermeiro é uma célula tronco: o valor da formação generalista

Segue-se depoimentos relativos ao termo que merecem destaque:

1-: “ Na verdade a gente é uma célula tronco, por que a gente é um pouquinho de todos os outros órgãos, a gente faz um pouquinho de médico, um pouquinho de nutricionista, um pouquinho de fisioterapeuta então, por que não, eu acho realmente que pela formação técnica nós somos os mais capacitados para estar gerenciando.A gente desempenha até a parte de pessoal...”G8.

2-:“ mas eu acho o enfermeiro, o profissional mais habilitado para esta fazendo que igual, todo mundo comentou, na realidade a nossa profissão, a gente acaba sendo multiprofissional porque a gente é um pouquinho de cada um e é o que tem o contato direto tanto com a população como os outros profissionais que trabalham com a gente”.G2

3-:“ Eu acho que a gente é até uma célula tronco”.G10

4-:“ a questão de ser célula tronco nesta gestão de serviço de saúde, talvez, não seja porque a formação nos fez aptos, a estar ali gerindo o sistema, mas, a necessidade...”G8

5-:“ Eu acho que nós não somos tão específicos. Você é enfermeiro, isso eu acho que a gente tem capacidade...” G10

6-: “os outros profissionais não se dedicam como o enfermeiro.”G8

7-:“o que eles não sabiam fazer, a gente tem que fazer para eles”G3.

8-:“eu sô o herói, sô sim, parece que você é o dono do hospital, o dono do posto, que você sai, você tem que mudar a realidade”G5

9-: “ e a formação do enfermeiro é “ o enfermeiro é o super homem”, tem que pegar tudo, e a gente vai pega isso, pega isso para cá, pega administrativo acha que vai dar conta do assistencialismo”G5

10-:“ninguém quer, aí eu pego,porque eu tenho que salvar o mundo, porque a minha formação acadêmica me colocou assim, na verdade eu sinto isso pelo menos da minha formação, eu percebo.”G5

11-:“primeiro cuida de tudo, de papel, de cliente, do chão, da faxineira, de tudo, eu acho que isso não está claro até hoje.”G5

12-:“-porque o enfermeiro é, ele é referência técnica para tudo: para a saúde mental, hanseníase, tuberculose, PNI, então tudo o enfermeiro tem que estar dando conta desses programas. Então, todos os programas do SUS são voltados para o enfermeiro, ele tem que dar conta de todos esses programas.”G11

13-:“-tem outros profissionais, mas ninguém toma a decisão”G5

14-:“ -que isto é da formação, quis dizer assim, a formação do enfermeiro te direciona para você pegar tudo o que ninguém vai pegar, aí você se permite”G5

15-:“-parecemos até célula tronco, eu estou juntando alguns pensamentos aqui. Estou pensando nessa questão, de porquê a formação do enfermeiro gerenciando? Me veio este questionamento de porquê a formação de enfermagem para gerenciar sistema de saúde, aí eu me perguntaria da seguinte forma: sobrou outro profissional?G8

16-:“por acaso eu sei,vão voltar com a pergunta:- por que é a enfermeira é que tem a competência para estar integrando com o programa nacional de imunização.Não existe outro profissional?G11

17-:“-“Eu acho que a formação indiretamente não percebe,mas eu acho que é claramente a nossa formação que faz com que nos permitamos pegar tudo”.G5

Nestes depoimentos, os enfermeiros lançaram mão de idéias para explicar o fato da enfermagem em gestão de sistemas, que podem ser sintetizados no seguinte quadro:

Idéias de célula tronco	Depoimentos
A-pouquinho de todos os outros	1,2,3,5,11,12
B-a necessidade do sistema	4,15,16,

C-dedicação do enfermeiro	6,7,13
D-herói, super homem, salvar o mundo, pegar tudo.	8,9,10,14,17

Percebe-se que, as idéias referentes o enfermeiro “ser um pouquinho de todos os outros” e a idéia de “herói, super homem, salvar o mundo, pegar tudo” estão presentes em 65% dos depoimentos caracterizando ainda mais a centralização, a ação não participativa do enfermeiro porém, ressalta também a capacidade de resolutividade, de conclusão e de um produto final de ações.

Competências e habilidades adquiridas durante a graduação

Depoimentos referentes:

1-“Nós que somos mais velhos de casa , que pegamos essa mudança de tempo aí,do lançamento do Sistema Único de Saúde, junto à Constituição de 1988 foi muito mais difícil para nós. Nós saímos mais nua e crua de gerenciar um sistema do que os mais recém-formados, até porque nós saímos com o sistema único sendo implantado”.G8

2-“Nós aprendemos a gerenciar sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família porque, a gente correu atrás, porque formação para isso nós não tivemos dentro da faculdade, talvez os formados mais recentemente, até tenha uma visão melhor do que a que nós tivemos, porque para nós foi muito mais difícil.”G8

3- “na verdade a formação naquela época, a formação acredito que não tenha avançado muito, era uma formação mesmo para fornecer competências e habilidades para cuidar e gerenciar mesmo...”G8

4- “eu acho realmente que pela formação técnica nós somos os mais capacitados para estar gerenciando”.G8

5-“Em minha opinião, como pesquisa em nosso caso aqui, foi a mesma disciplina de administração, e até mesmo as disciplinas assistenciais que nos mostravam, o tempo inteiro, que a gente tinha que planejar e que a administração permeava todas, todas as outras disciplinas, tempo inteiro.”G5

6- “Acho que a faculdade oferece uma base para a gente subir, ele é o primeiro degrau, acho que a gente só alcança o segundo andar se a gente quiser.”G10

7-“Eu acho que ela dá suporte, a gente é que busca a caminhada”G10

8-“Tem mais gerenciamento”.G6

9- “Acho que continua voltada para o gerenciamento”.G4

10-“O enfermeiro era formado para trabalhar em hospitais, não tinha nem tanto a compreensão de gerenciamento em assumir uma unidade de saúde”.G9

11-“Eu queria só abrir um parênteses, quanto as meninas que formaram ao mesmo tempo e você que formou a mais tempo, estava falando, eu fiz até uma anotação aqui da questão contexto histórico, eu acho que o contexto histórico-político-social do país influencia nessa questão da formação. Eu acho assim,da formação do Gestor 6, que é a que formou a mais tempo aqui, até a formação das meninas, eu pela fala, eu vi uma variação, ela está com 20 anos, eu, o Gestor 5 no meio com 10, o gestor 4, e tudo, e as mais fresquinhas, mais novinhas está neste intermédio que na verdade acaba sendo reflexo da nossa época, não havia tanto enfermeiro com formação voltada para sistema de saúde, era formado para hospital e mesmo assim, ela saiu como ela falou com a questão do gerenciamento.Quando nós formamos já havia o sistema de saúde, e a ênfase da profissão era para o sistema de saúde e nós saímos com a questão de gerenciamento.Os mais novos agora, estão pegando o PSF, estão saindo com a questão do gerenciamento, então assim, é totalmente subjetiva a formação mesmo, é nato”.G8

12-“a função do enfermeiro em gerenciar, você acaba tendo que liderar aquela equipe muitas vezes você não tem a liderança nata, mas com muito, nem que seja no tranco uma liderança adquirida.”G2

13-“ser enfermeiro virou moda, então a gente não vê tanta qualidade na formação da faculdade, preocupada com a formação desses profissionais...”G2

14-“A parte de gerenciamento de liderança deixou muito a desejar para mim..”G1

15-“Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, tomar decisões, reivindicar processos de trabalho, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constante mudança, e claro, reconhecer-se como coordenador do trabalho de equipe de enfermagem”G8

16-“quando cita algumas das competências do enfermeiro, esta aqui administração e gerenciamento, então eu acho que eles já na faculdade, eles já

formam a gente para isso e em questão a atenção à saúde que é responsabilidade da atenção à saúde, não se encerra só com ato técnico”G2

17-“São estas: atenção á saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, é tudo o que está sintetizado aqui”G8

18- “E uma das outras competências que eu creio também, é tomada na de decisões, por que chega ali, tem outros profissionais, mais ninguém toma uma decisão, então fica para o enfermeiro tomar a decisão de chegar a uma conduta apropriada para melhor atendimento do paciente e até a melhor qualidade do sistema também”G2.

19-“Eu acho que não é só essa não. Acho também, compreender política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações, eu acho que esse é um. Eu acho impossível você compreender política de saúde e não atuar”G8.

No quadro a seguir, sintetizamos os depoimentos dividindo em dois grupos:

Idéia	Depoimentos
A formação não direciona para a gerência.	1,2,10,13,14
A formação direciona para a gerência.	3,4,5,6,7,8,9, 11,12,15,16,17,18,19

Conhecimentos oriundos da prática: habilidades e competências desenvolvidas no cotidiano

Depoimentos referentes:

1-“A formação eu tenho para mim que eu saí com a competência ou seja com conhecimento, foi a única coisa que ela me deu, o conhecimento. As habilidades eu adquiri a partir do momento em que eu começo a trabalhar, só adquiri minhas habilidades com o meu serviço, foi na prática que eu adquiri as habilidades”G6

2-“a minha formação foi voltada para a parte administrativa, é claro que a gente tem que ter muita questão técnica mas, a parte administrativa foi muito cobrada, mas a experiência mesmo para administrar só adquiri na prática”G8.

3- “mais a questão de gerência, de pensamento crítico, a questão administrativa, a gente aprende mesmo é na prática”G1.

4- “educação e a avaliação acho que isso tem que andar junto o tempo inteiro e isso é um modelo administrativo que a faculdade colocava e que a gente hoje consegue ver isso na experiência, e a gente com isso vai aprimorando suas habilidades no administrar no dia a dia”G5.

5- “então essa parte aí de gerência foi só na prática mesmo e no dia a dia”G3.

6- “Que nenhuma formação acadêmica vai deixar a gente pronta, e cada faculdade vai ter o seu perfil sim, mas quando a gente falou nessa questão administrativa, ninguém saiu pronta para gerenciar nada não, a gente sai com a noção que você disse e que na verdade a gente sai meio indignada, a faculdade não me ensinou nada, na verdade ensinou sim. Deu para a gente o instrumento para a gente desenvolver, só que a gente através da busca, nosso próprio crescimento pessoal, profissional, a experiência, a necessidade do dia a dia é que vai nos dando as habilidades necessárias para a gente estar desenvolvendo aquela competência inicialmente proposta para o profissional”.G5.

Em todos os depoimentos a idéia de gerenciar se relaciona à habilidades desenvolvidas no cotidiano das práticas gerenciais.