



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

**MODELO DE TOMADA DE DECISÕES EM DISCIPLINAS
VINCULADAS ÀS CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM: revisando
as bases conceituais para formação de novos perfis profissionais**

Francilene Jane Rodrigues Pereira

João Pessoa-PB

2012

FRANCILENE JANE RODRIGUES PEREIRA

**MODELO DE TOMADA DE DECISÕES EM DISCIPLINAS
VINCULADAS ÀS CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM: revisando
as bases conceituais para formação de novos perfis profissionais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde - Nível Mestrado - do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Modelos de Saúde

Orientadores:

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto

João Pessoa

2012

P436m Pereira, Francilene Jane Rodrigues.
Modelo de tomada de decisões em disciplinas vinculadas às ciências da enfermagem: revisando as bases conceituais para formação de novos perfis profissionais. / Francilene Jane Rodrigues Pereira. - João Pessoa, 2012.
115f.: il.
Orientadores: César Cavalcanti da Silva e Eufrásio de Andrade Lima Neto.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN
1. Enfermagem – formação profissional. 2. Ciências da Enfermagem – tomada de decisão. 3. Enfermagem – prática de ensino. 4. Enfermagem – Educação Superior – Diretrizes curriculares.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

FRANCILENE JANE RODRIGUES PEREIRA

**MODELO DE TOMADA DE DECISÕES EM DISCIPLINAS
VINCULADAS ÀS CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM: revisando
As bases conceituais para formação de novos perfis profissionais**

Data da Defesa: João Pessoa, 26 de novembro de 2012

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva
Orientador (CCS/UFPB)

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto
Orientador (CCEN/UFPB)

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Membro Interno (CCS/UFPB)

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Membro Interno (CCEN/UFPB)

Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry
Membro Externo (USP)

*A todos que, como escreveu Fernando Sabino, fazem da
interrupção um caminho novo, da queda um passo de
dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte e da
procura um encontro, dedico.*

AGRADECIMENTOS

Ao conjunto de forças maiores: que rege a vida sobre a Terra, que nos dá e nos tira, diariamente, o que nos há de mais precioso: a vida;

*A Arlete e Francisco, **meus pais**, pela educação e caráter que nenhuma escola ou universidade me poderiam conceder melhor;*

*A Francieudo, **meu esposo**, pela presença, amizade, dedicação e, principalmente, paciência e apoio em todas as horas;*

*Aos **meus irmãos** - José, Francildo, Francisco Jr. e Francieudo – e **minhas irmãs** Francicléia, Maria (em memória) e Francicleide, pela confiança e apoio incondicional em todas as decisões que tomei;*

*Aos **sobrinhos e sobrinhas**, pelas alegrias, sorrisos e brincadeiras;*

*Ao **professor César**, pela orientação e conduta pessoal e profissional que me fizeram admirá-lo e tê-lo como um exemplo a seguir na Enfermagem e na docência; e pela sua contribuição singular em minha trajetória acadêmica;*

*Ao **professor Eufrásio**, pela orientação e paciência no direcionamento do desafio de lidar com as nuances que os métodos estatísticos dispõem;*

*Aos **professores Ulisses, Kátia e Emiko Egry**, pela disponibilidade e prontidão na aceitação do convite de participarem da banca de defesa;*

*Às **amigas e companheiras** Adelaide, Carla Mousinho, Clébya e Saionara, pelo apoio nos momentos dos conflitos quando tudo parecia que não ia dar certo! Obrigada por TUDO! Não preciso dizer, vocês certamente sabem do que falo!*

*Aos mdsianos da turma 2011, pelo compartilhamento das alegrias, brincadeiras, estudos, aflições com as temidas provas, **em especial** para minha companheira de atividades acadêmicas **Aline Alcântara**;*

Ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde, pela proposta inovadora de intersecção das áreas Saúde e Exatas e pela excelência do ensino;

Às Instituições de Ensino Superior em Enfermagem (UFPB, UNIPE, IESP, FESVIP, MAURÍCIO DE NASSAU, FACENE e FCM), na pessoa de seus coordenadores (Wilma Dias, Karla Fernandes, Simone Moraes, Elzir Pontes, Luciana Vieira, Nereide de Andrade e Isabelle Cristinne), que, gentilmente, abriram as portas de seus estabelecimentos de ensino para contribuírem com a proposta de investigação científica;

Aos docentes das instituições, que abriram espaço em seus corridos períodos de ensino e pesquisa, para responderem os questionamentos investigativos;

A Islene Mangueira e a Gerthrudes Cavalcanti pelos serviços prestados na revisão da língua portuguesa e na transcrição do resumo para a língua inglesa, respectivamente;

Enfim...

A todos que participaram direta e indiretamente; esquecidos e lembrados; presentes e ausentes...

Minha sincera gratidão!

RESUMO

PEREIRA, F.J.R. **Modelo de tomada de decisões em disciplinas técnicas de enfermagem: Revisando as bases conceituais para formação de novos perfis profissionais.** João Pessoa, 2012. 115p. [Dissertação] Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Centro de Ciências Exatas e da Natureza. Universidade Federal da Paraíba, 2012.

A presente investigação científica tem por objeto de estudo os conteúdos programáticos das disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem, inseridas nas matrizes curriculares dos cursos de graduação e objetiva compreender como o processo de tomada de decisão tem sido veiculado nessas disciplinas, com foco no processo formativo de enfermeiros. A pesquisa justifica-se em face da falta de informações sobre a existência de conteúdos relativos à *tomada de decisão* em disciplinas que compõem as Ciências de Enfermagem, tendo em vista a exigência constante de ações imediatas por esse profissional, que representa uma parcela significativa da força de trabalho em saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e inferencial, de abordagens quantitativa e qualitativa. As Instituições de Ensino Superior da cidade de João Pessoa foram utilizadas como cenário da pesquisa. Os dados foram obtidos por meio de formulários e questionários semiestruturados, analisados quantitativamente através de testes de hipóteses para proporção com apoio do software R, que forneceram evidências estatísticas e alicerçaram as tomadas de decisões e, qualitativamente, por meio da técnica de análise de discurso. Os dados trouxeram contribuições que fizeram emergir o seguinte resultado: a maioria dos docentes refere-se à não formação específica para exercer suas atividades nas instituições e à não interferência da coordenação nos planos de curso da disciplina. Evidências estatísticas também ressaltaram a associação significativa entre Tipo de instituição e a Interferência da coordenação nos planos de curso da disciplina e, muito próximo do limite de dependência, a possível associação entre o Tempo de Ensino na instituição e a Interferência da coordenação nos planos de curso das disciplinas. O estudo culminou com uma proposta de modelo de tomada de decisão direcionado às disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem, composto por três etapas. Conclui-se que o ensino de um modelo de tomada de decisão, ainda na graduação, resultará na formação de profissionais melhor preparados para o mercado de trabalho promovendo eficiência e eficácia de suas ações nos processos de trabalho em saúde.

Palavras-chave: Formação de Recursos Humanos. Educação em Enfermagem. Técnicas de apoio à decisão.

ABSTRACT

PEREIRA, F.J.R. **Decision-making model in technical subjects of nursing: Revising the conceptual basis for the building of new professional profiles.** João Pessoa, 2012. 115P. [Dissertation] Postgraduate Course in Decision-making Models and Health. Centre for Exact and Natural Sciences. Federal University of Paraíba, 2012.

This research has as an object of study the syllabus of courses related to Nursing Sciences which are part of the curriculum of undergraduate courses and aims to understand how the process of decision making has been aired in these subjects with a focus on the training of nurses. The research is justified by the fact that there is a lack of information about the existence of contents related to *decision making* in subjects which comprise the Nursing Sciences as there is a continuous demand for immediate action by this professional that represents a significant portion of the work force in the health system. This is an exploratory, descriptive and inferential research with quantitative and qualitative approaches. Institutions of Higher Education in the city of João Pessoa were used as the research scenario. Data were collected through questionnaires and semi-structured questionnaires. They were analyzed quantitatively by tests of hypotheses to proportion with the support of the R software, which provided statistical evidence and underpinned the decision making, and qualitatively by using the technique of discourse analysis. The data brought contributions that led to the following result: most of the teachers mention the nonexistence of specific training to perform their activities in the institutions and the non-interference of the coordination on the planning of the subject taught. Statistical evidence also highlighted the significant association between the Type of institution and the Interference of the coordination on the planning of subjects. Also, very close to the threshold of dependence, the possible association between Teaching Experience in the institution and the Interference of the coordination on the planning of subjects was observed. The study culminated with a proposed model of decision-making, which was composed of three steps, directed to subjects related to Nursing Sciences. We concluded that the teaching of a model of decision making, taught at the undergraduate, will result in a better training of professionals who will be prepared for the labor market promoting efficiency and effectiveness of their actions in work processes in the health system.

Keywords: Human Resources Formation Education, Nursing Decision Support Techniques.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 -	Esquema representativo das dimensões do processo de captação da realidade objetiva do fenômeno, segundo a vertente investigativa da TIPESC.....	25
Figura 02 -	Esquema representativo da evolução de alguns modelos de tomada de decisão.....	44
Figura 03 -	Esquema representativo da proposta de modelo procedimental de tomada de decisão direcionado às disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem. João Pessoa. 2012.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 -	Características do profissional enfermeiro a ser formado em cada IES pesquisada, João Pessoa, 2012.....	65
Quadro 02 -	Análise dos planos de curso das disciplinas em busca de direcionamento ao ensino do processo de tomada de decisão, João Pessoa, 2012.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Níveis de Confiança mais utilizados e seus valores críticos. João Pessoa, 2012.....	48
Tabela 02 -	Hipóteses para o teste de hipótese para proporção. João Pessoa, 2012.....	51
Tabela 03 -	Hipóteses para o teste de hipóteses para diferença entre proporções. João Pessoa, 2012.....	52
Tabela 04 -	População e amostra por estrato populacional. João Pessoa, 2012.....	58
Tabela 05 -	Testes de apoio a Decisão e suas Hipóteses. João Pessoa, 2012.....	61
Tabela 06 -	Dados legais das IES participantes do estudo. João Pessoa. João Pessoa, 2012.....	62
Tabela 07 -	Dados absolutos da Carga Horária Total (CHT) e da Carga Horária do Eixo Ciências da Enfermagem (Eixo CECH) e percentual resultante nas IES. João Pessoa-PB, 2012.....	67
Tabela 08 -	Percentual dos Subeixos em relação ao Eixo Ciências da Enfermagem nas IES. João Pessoa-PB, 2012.....	68
Tabela 09 -	Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo o Gênero. João Pessoa-PB, 2012.....	69
Tabela 10 -	Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo a faixa etária. João Pessoa-PB, 2012.....	70
Tabela 11 -	Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo a IES de formação. João Pessoa-PB, 2012.....	71
Tabela 12 -	Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo o tempo de graduação. João Pessoa-PB, 2012.....	71
Tabela 13 -	Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo a pós-graduação. João Pessoa-PB, 2012.....	72
Tabela 14 -	Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo o tempo de ensino na IES que trabalha. João Pessoa-PB, 2012.....	74
Tabela 15 -	Distribuição das disciplinas ministradas pelos professores, segundo os subeixos das Ciências da Enfermagem. João Pessoa-PB, 2012.....	75
Tabela 16 -	Teste de hipótese para a característica “Formação específica para exercer suas atividades nas IES”. João Pessoa-PB. 2012.....	76
Tabela 17 -	Respostas dos docentes para a característica “Formação específica para exercer suas atividades nas IES”. João Pessoa-PB. 2012.....	78
Tabela 18 -	Teste de hipótese para a característica “Interferência da coordenação nos planos de curso nas IES”. João Pessoa-PB. 2012.....	79
Tabela 19 -	Respostas dos docentes para a característica “Interferência das coordenações nos planos de curso nas IES”. João Pessoa-PB. 2012.....	80
Tabela 20 -	Teste de hipótese para a característica “Ensino de Tomada de Decisão nas disciplinas de Enfermagem”. João Pessoa-PB. 2012.....	81
Tabela 21 -	Teste de hipótese para a característica “Ensino Necessidade de o estudante aprender um modelo de tomada de decisão na formação”. João Pessoa-PB. 2012.....	85

Tabela 22 -	Teste de Igualdade de Proporções para as características “Formação específica nas IES” e “Interferência da coordenação nos planos de curso”. João Pessoa-PB. 2012.....	88
Tabela 23 -	Teste de Igualdade de Proporções para as características “Ensino de Tomada de Decisão” e “Necessidade de o estudante aprender um modelo de decisão”. João Pessoa-PB. 2012.....	91
Tabela 24 -	Associação entre o Subeixo das Ciências da Enfermagem e o Ensino de Tomada de Decisão nas Instituições de Enfermagem. João Pessoa-PB. 2012.....	92
Tabela 25 -	Associação entre o Tipo de IES e a Interferência da coordenação nos planos de curso da disciplina. João Pessoa-PB. 2012.....	93
Tabela 26 -	Associação entre o Tempo de Ensino na IES e a Interferência da coordenação nos planos de curso das disciplinas. João Pessoa-PB. 2012	93
Tabela 27 -	Associação entre a IES de formação e a importância de o discente aprender um modelo de tomada de decisão. João Pessoa-PB. 2012.....	94
Tabela 28 -	Associação entre o tempo de conclusão do curso e o ensino de tomada de decisão. João Pessoa-PB. 2012.....	94

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CES	Centro de Ensino Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CONED	Congresso Nacional de Educação
DCENF	Diretrizes Curriculares de Enfermagem
DENC	Departamento de Enfermagem Clínica
DESPP	Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria
DOU	Diário Oficial da União
FACENE	Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
FESVIP	Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula
IES	Instituição de Ensino Superior
IESP	Instituto de Educação Superior da Paraíba
LDB	Leis de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MHD	Materialismo Histórico e Dialético
PDCA	<i>Plan-Do-Check-Act</i>
PNE	Política Nacional de Educação
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSCA	<i>Plan-Study-Check-Act</i>
TIPESC	Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNIPE	Centro Universitário de João Pessoa

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	18
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3 MARCO TEÓRICO.....	23
3.1 O MATERIALISMO HISTÓRICO E DIALÉTICO (MHD).....	23
3.1.1 A Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESEC).....	24
3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	26
3.2.1 Atuação do profissional de enfermagem no processo de trabalho em saúde....	29
3.3 PROCESSO DE TRABALHO EM EDUCAÇÃO.....	30
3.3.1 O Processo de trabalho em educação: a interface com a formação em enfermagem.....	37
3.4 DIRETRIZES CURRICULARES PARA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	39
3.5 PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO.....	46
3.6 MÉTODOS ESTATÍSTICOS: CONCEITOS PARA FUNDAMENTAR OS DADOS QUANTITATIVOS.....	46
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	54
4.1 CARACTERIZANDO O ESTUDO.....	54
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	56
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO E AMOSTRA.....	57
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	58
4.5 COLETA DE DADOS.....	59
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	60
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	62
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS IES PESQUISADAS.....	62
5.2 PERFIL SOCIAL E FORMATIVO DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM.....	69
5.3 CARACTERIZANDO O DIRECIONAMENTO DO ENSINO PARA A TOMADA DE DECISÃO NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR.....	76
5.4 TESTES DE IGUALDADE DE PROPORÇÃO.....	87

5.5 ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	92
5.6 SUGESTÃO DE MODELO PROCEDIMENTAL DE TOMADA DE DECISÃO DIRECIONADO ÀS DISCIPLINAS VINCULADAS ÀS CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM.....	95
6 CONCLUSÕES.....	98
REFERÊNCIAS.....	101
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	108
Apêndice B - Formulário - Captação da descrição histórica e processual das IES em Enfermagem.....	109
Apêndice C - Questionário - Avaliação das bases conceituais no ensino das disciplinas vinculadas às Ciências da enfermagem.....	111
Apêndice D - Formulário – dados relativos às bases conceituais dos planos de curso das disciplinas vinculadas às ciências da enfermagem no direcionamento ao ensino de tomada de decisão.....	114
Anexo A - Certidão de aprovação de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HULW.....	115

APRESENTAÇÃO

A presente proposta de investigação científica é parte do projeto *Tomada de Decisão nas Unidades Básicas de Saúde*, de autoria do Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba – PPGMDS/CCS/UFPB.

Enquadra-se na linha de pesquisa *Modelos de Saúde*, que se ocupa do estudo de casos e situações na área da Saúde Pública, nos quais há necessidade de tomada de decisão sobre informações e/ou dados, sejam qualitativos ou quantitativos. Pesquisa também a utilização de modelos para o gerenciamento, a análise e a tomada de decisões sobre informações oriundas de processos em saúde pública.

O estudo que ora se delineia tem seu fulcro no processo formativo de profissionais de enfermagem de nível superior, mais precisamente na investigação de conteúdos relativos à tomada de decisão presentes nas disciplinas que compõem a categoria das “Ciências da Enfermagem”, no âmbito das matrizes curriculares dos cursos de graduação. Está diretamente relacionado ao processo de trabalho do enfermeiro, às práticas profissionais que desenvolverá nos serviços de saúde em que irá se inserir.

Em virtude da temática em estudo versar sobre a interpretação de um contexto social e histórico, seus delineamentos foram alicerçados metodologicamente na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). Esta teoria embasa suas proposições em uma ótica social e historicamente determinada, focada na conjuntura e na estrutura dos fenômenos, no intuito de interpretar a realidade e nela intervir, acrescentando-lhe novos elementos para futuras interpretações (EGRY, 1996).

1 INTRODUÇÃO

Um intenso movimento de reformas emergiu no cenário político educacional brasileiro a partir da década de 1990, com destaque para a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9.394, publicada em 1996. O presente regimento legal propôs a reorganização da educação em todos os seus níveis. No ensino superior, o modelo baseado em Currículos Mínimos foi substituído por Diretrizes Curriculares. Esse novo modelo assegurou maior flexibilidade na organização dos cursos com intuito de atender à crescente heterogeneidade, tanto de formação prévia, como de expectativas e interesses dos estudantes. A nova LDB também determinou a elaboração do Plano Nacional de Educação que foi encaminhado ao Congresso Nacional contendo as diretrizes e metas a serem alcançadas nos dez anos subsequentes, só recebendo sanção presidencial três anos após o início de sua tramitação (BRASIL, 1996).

O Plano Nacional de Educação aprovado pela Lei 10.172 de 9 de janeiro de 2001, com vigência de dez anos (2001-2011) estabeleceu, dentre outros objetivos e metas, a elaboração de Diretrizes Curriculares com fins de assegurar a flexibilidade e diversidade necessárias aos programas de estudos oferecidos pelas diferentes instituições de educação superior (BRASIL, 1996).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), aprovadas em 2001, desencadearam um movimento de reestruturação dos currículos com vistas adequá-los às novas exigências legais (SILVA, 2003). Concluído o período de vigência do Plano, sem grandes conquistas a serem comemoradas, encontra-se em fase de implantação um novo Plano para os dez anos subsequentes (2011-2020).

Com as DCN, os movimentos de reestruturação do processo formativo no âmbito da graduação em Enfermagem foram regulados pela Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação/Centro de Educação Superior (CNE/CES). A premissa da flexibilização curricular é possibilitar uma formação alicerçada ao estágio do conhecimento apreendido em cada graduação, possibilitando ao estudante e futuro profissional enfrentar as rápidas modificações na área da saúde e suas repercussões no mundo do trabalho (BRASIL 2006 apud SILVA, SOUZA, FREITAS, 2011). As matrizes curriculares dos projetos pedagógicos passaram a ser desenhadas na instituição responsável pelo oferecimento dos cursos, o que, sem dúvida, foi um dos pontos mais positivos da legislação em discussão.

O perfil do profissional egresso de enfermagem elencado pelas DCN é o profissional de formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva,

preparado para atuar em diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, pautando-se em princípios éticos (BRASIL, 2001).

A Resolução CNE/CES nº 3/2001 prevê ainda que a formação do enfermeiro deve dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde; Comunicação; Liderança; Administração e Gerenciamento; Educação Permanente e *Tomada de Decisões*. Sobre esta última competência, a legislação assevera que:

“os profissionais de saúde devem desenvolver competências e habilidades que fundamentem a tomada de decisões com vistas à utilização adequada da força de trabalho com eficácia e custo-efetividade” (BRASIL, 2001, p.2).

A referida Resolução elenca, em seu artigo 6º, os conteúdos essenciais para o curso de graduação em enfermagem no âmbito das Ciências Biológicas e da Saúde; das Ciências Humanas e Sociais e, particularmente, das Ciências da Enfermagem. Incluem-se neste último tópico os conteúdos técnicos vinculados aos Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem e Administração de Enfermagem (BRASIL, 2001). Nas matrizes curriculares elaboradas pelos diversos cursos de graduação, estes conteúdos técnicos são veiculados por disciplinas que qualificam e individualizam o trabalho profissional dos enfermeiros.

Por sua importância no contexto da formação profissional em Enfermagem, neste estudo, serão designadas “Disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem”. Vale salientar que, em diferentes matrizes curriculares, as disciplinas técnicas recebem diferentes nomenclaturas, não importando para este estudo o nome da disciplina, mas, sua vinculação às Ciências da Enfermagem.

Diante do exposto e considerando o processo formativo do enfermeiro, o **problema** que se apresenta para esta investigação é que o profissional de enfermagem, constantemente instado a tomar decisões em seu processo de trabalho, o fará com base no conteúdo apreendido nas disciplinas técnicas das ciências da enfermagem cursadas durante sua formação acadêmica. Em seu processo formativo, este estudante foi preparado para tomar decisões diante de situações cotidianas em seu processo de trabalho?

Tomamos como **objeto** deste estudo os conteúdos programáticos das disciplinas técnicas que compõem as Ciências da Enfermagem na matriz curricular dos cursos de graduação. Investigar-se-á a existência do tema *tomada de decisão* nos conteúdos dessas disciplinas que, na matriz curricular dos cursos, compõem as Ciências da Enfermagem.

Justifica-se a realização desta pesquisa em face da falta de informações sobre a existência de conteúdos relativos à *tomada de decisão* em disciplinas que compõem as Ciências de Enfermagem e a exigência constante de tomada de decisões por parte do profissional enfermeiro, a quem cabe a direção de uma parcela significativa da força de trabalho em saúde.

Nesta pesquisa, a articulação das áreas das ciências da saúde e das ciências exatas materializar-se-á com a construção de um *modelo simplificado de tomada de decisão* a partir de modelos pré-existentes, cuja inserção nas disciplinas que compõem as Ciências da Enfermagem ampliará o arsenal de ferramentas administrativas para os enfermeiros; facilitará o processo decisório destes profissionais em relação à força de trabalho que coordenam; determinará economia de tempo e de material e beneficiará o processo administrativo, aumentando as chances de acerto mediante os problemas apresentados.

Parte-se do **pressuposto** que as disciplinas que compõem as Ciências da Enfermagem não inserem em seus conteúdos programáticos a temática Tomada de Decisão e uma das consequências dessa lacuna é a realização da atividade com base apenas na competência técnica do profissional em relação ao conteúdo em questão.

Os planos de ensino são instrumentos do trabalho desenhados segundo as intenções educativas estabelecidas. São amplos, genéricos e servem de marco de referência para as atividades de ensino-aprendizagem que ocorrerão durante um curso e são compostos por bases conceituais e metodológicas (BRASIL, 2011).

Neste estudo, toma-se como **Base Conceitual** a união dos elementos: *Ementa*, *Objetivos e Conteúdos Programáticos*, que compõem os planos de ensino (particularmente os planos de aula) utilizados no processo de formação de força de trabalho em saúde e, neste estudo em particular, para formação de profissionais de enfermagem. A *Ementa* baliza o conteúdo a ser veiculado e contém os tópicos essenciais do componente curricular em frases nominais. Os *Objetivos* traduzem as intenções educativas, indicam o que se espera alcançar como consequência do processo educativo e devem ser elaborados tendo em vista o perfil estabelecido no Projeto Pedagógico. O *Conteúdo* constitui um conjunto de temas ou assuntos que são estudados durante o curso, em cada componente curricular, selecionado e organizado a partir da definição dos objetivos (BRASIL, 2011).

A **importância desse estudo** é promover uma discussão mais aprofundada sobre a veiculação do tema *Tomada de Decisão* no contexto do processo formativo da Enfermagem e, particularmente, a sensibilização dos docentes responsáveis pelas disciplinas das Ciências da Enfermagem sobre a Tomada de Decisão nos aspectos práticos daquilo que é repassado em

termos teóricos, com vistas à formação do profissional com visão ampliada do processo de trabalho em saúde.

Para conduzir esse processo investigativo e entender o processo formativo dos profissionais de enfermagem, foram colocados os seguintes questionamentos:

- Quais conteúdos relacionados à tomada de decisão veiculados nas disciplinas técnicas do curso de graduação em enfermagem?
- Qual modelo de decisão é utilizado nas disciplinas da ciência da enfermagem capaz de direcionar a tomada de decisão de futuros profissionais?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender o *processo de tomada de decisão* veiculado nas disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem no âmbito do processo formativo de enfermeiros.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a presença de conteúdos programáticos que veiculem o tema *Tomada de Decisão* nos conteúdos programáticos das disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem;
- Conhecer as bases conceituais do *processo de tomada de decisão* no âmbito dos conteúdos das disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem;
- Desenvolver um *modelo (modelos procedimentais) de tomada de decisão* a partir de modelos pré-existentes apropriado para as disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 O MATERIALISMO HISTÓRICO E DIALÉTICO (MHD)

Marx (1818 - 1883), ao tecer críticas ao modo de produção capitalista, apresentou uma análise histórica minuciosa das relações estabelecidas pelos seres humanos nos diferentes ambientes, da qual resultaram os pensamentos que embasaram sua teoria, dentre eles o trabalho, as relações (luta) de classe e o papel da propriedade privada. O condensado de suas ideias resultou no Materialismo Histórico e Dialético, elaborado em meados do século 19 (PERNA, CHAVES, 2008; FAVORETO, KLEIN, 2008).

Paes Neto, Oliveira e Mota (2010) definiram o Materialismo Histórico Dialético (MHD) como um modelo de conhecimento construído a partir da necessidade de superação das contradições e das desigualdades sociais próprias do modo de produção capitalista. Com o MHD, as desigualdades passaram a ser analisadas a partir do conhecimento, da dialética, da história e do trabalho como processo criador.

O trabalho está no centro dessas análises, pois ele é a atividade pela qual o ser humano, desde suas origens, vem transformando a natureza para criar os meios de sua subsistência (FAVORETO, KLEIN, 2008). Perna e Chaves (2008) complementam: [... *o ser humano existe, portanto, por uma vida autoproduzida ao longo da história. Este é o foco do materialismo em Marx: entender que as condições históricas sob as quais vão se criando os sujeitos são históricas*].

Marx propiciou ao materialismo a transposição de uma condição ideológica da razão para a noção de práxis concreta e, muito embora ele próprio não tenha sido o criador dessa filosofia, foi capaz de reconstruir a possibilidade da superação das contradições capitalistas que ruíam as bases materiais da sociedade. Nesse sentido, a práxis possibilita a transformação do mundo por meio da atividade prática humana (PAES NETO, OLIVEIRA, MOTA, 2010).

Immanuel Kant (1724-1804) analisou e defendeu que a consciência humana interfere ativamente nas realidades sociais, não se limitando apenas ao registro passivo das impressões advindas do mundo exterior. Georg Hegel (1770-1831) foi além quando demonstrou [...*que a contradição não era apenas uma dimensão essencial do conhecimento, mas um princípio básico do próprio sujeito do conhecimento (o ser humano) e da realidade objetiva*], sob análise dos conflitos sociais do seu tempo (PERNA, CHAVES, 2008).

Ambos reintroduziram na filosofia a concepção de transformação da realidade pela ação do ser humano, admitindo o movimento dialético: ação, reação e superação (PERNA, CHAVES 2008).

Diferente das compreensões de Hegel direcionadas a trabalho, a ligação de Marx com os trabalhadores modificou esses parâmetros, posto que as experiências do primeiro transcorram em bibliotecas e salas de aula, diferentemente do segundo. Marx criticou a importância dada por Hegel ao trabalho intelectual, afirmando que este não enxergava a significação do trabalho físico e material. Porém, ambos acreditavam no trabalho com mola mestre impulsionadora do desenvolvimento humano (PERNA, CHAVES, 2008; TAFFAREL, 2011).

Para a dialética marxista, [...o conhecimento é totalizante e a atividade humana, em geral, é um processo de totalização, que nunca alcança uma etapa definitiva e acabada, ou seja, qualquer objeto que o homem perceba ou crie é sempre parte de um todo, mas um todo que continuamente se refaz] (PERNA, CHAVES, 2008).

As leis gerais da dialética, comumente relacionadas tanto à história quanto à natureza são em sua essência: a lei da passagem da quantidade à qualidade, a lei da interpenetração dos contrários e a lei da negação da negação. A primeira delas, a “lei da passagem da quantidade à qualidade” diz respeito à transformação e às mudanças dos fatos sujeitos a períodos mais lentos (onde ocorrem pequenas alterações quantitativas) e por períodos de aceleração (com alterações qualitativas ou modificações radicais). A lei da “interpenetração dos contrários” diz que os fatos não podem ser compreendidos isoladamente, pois todos os aspectos entrelaçam-se, ainda que contraditórios. Leva em consideração a conexão que cada parte mantém consigo mesma e com o todo. Por sua vez, a “lei da negação da negação” admite a relatividade dos movimentos, que não se esgotam em antagonismos irracionais, ininteligíveis, nem se perdem na repetição do conflito entre tese e antítese (os contrários), entre afirmações e negações. A afirmação engendra necessariamente a sua negação, porém a negação não prevalece como tal; tanto a afirmação como a negação são superadas e o que acaba por prevalecer é a síntese, ou seja, a negação da negação (PERNA, CHAVES, 2008).

3.1.1 A Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC

A TIPESC fundamenta-se nas teorias marxistas, admite as mudanças permanentes nos fenômenos pela ação do trabalho e, por meio do recurso da lógica dialética, favorece a

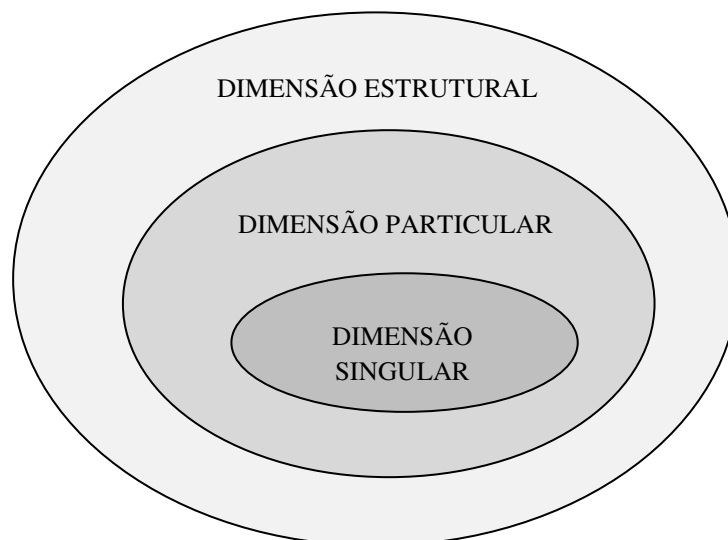
compreensão objetiva dos processos de mudança da realidade, permitindo compreender o movimento histórico em suas contradições constituintes.

Em sua vertente metodológica, propõe uma sistematização para captar e interpretar os fenômenos de forma dinâmica e articulada aos processos de produção e reprodução social, o que possibilita que as questões relativas a qualquer processo, em uma dada coletividade, sejam relacionados ao contexto social e histórico que as determinou por meio da captação e da interpretação da realidade objetiva, formulação e implementação de um projeto de intervenção e reinterpretação dessa realidade (OLIVEIRA, EGRY, 2000).

Egry (1996) propõe um método orientado para a assistência de enfermagem em Saúde Coletiva fundamentada na TIPESC composto por cinco etapas: captação, interpretação, construção de um projeto, intervenção e reinterpretação da realidade objetiva. Nas etapas de captação da realidade objetiva, interpretação e intervenção toma-se por base, as leis da dialética: lei da unidade e lutas dos contrários; lei da passagem de transformações quantitativas para novos estados qualitativos e lei da negação da negação.

Compreender a realidade objetiva, segundo Queiroz e Egry (1988), é perceber que ela existe independentemente e fora da consciência humana, em três dimensões que a conformam: as dimensões estrutural, particular e singular (Figura 01).

Figura 01 - Esquema representativo das dimensões do processo de captação da realidade objetiva do fenômeno, segundo a vertente investigativa da TIPESC



“A **dimensão estrutural** é aquela formada pelas relações econômicas, sociais e político-ideológicas derivadas dos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção de uma sociedade em um determinado período histórico. A **dimensão particular** é formada pelos

processos de reprodução sociais (produção/consumo) expressos nos perfis epidemiológicos indicativos do processo saúde-doença vividos pelas distintas classes sociais. A **dimensão singular** é formada pela expressão do processo saúde-doença de cada indivíduo, em sua classe social, e no qual o desgaste físico e psíquico (doenças, agravos, etc.) ocorre em suas especificidades, no entanto, sempre determinados pelo tipo de inserção do sujeito na produção” (QUEIROZ, EGRY, 1988).

No ato da aplicação da lei da unidade e luta dos contrários identificam-se e explicitam-se os pólos contrários que conformam o fenômeno nas suas três dimensões, e a partir de então, identificam-se as contradições em cada dimensão e entre as dimensões que compõem o fenômeno observado. O objetivo é realizar uma reflexão sobre as contradições no intuito de identificar seus pontos vulneráveis e passíveis de modificação. Nesse caso, identifica-se ainda a governabilidade, ou seja, o grau de interferência que o profissional detém sobre as dimensões e contradições que determinam o fenômeno para modificá-lo e chegar à realidade desejada (PERNA, CHAVES, 2008).

No ato da intervenção percebe-se a lei da passagem de transformações quantitativas para novos estados qualitativos, *“pois as transformações qualitativas são resultados de mudanças que acumuladas (quantitativamente) levarão à modificação do fenômeno e, sucessivamente, será possível perceber e compreender qual é a nova estrutura adquirida para, assim, propor mudanças e continuidades na própria intervenção”* (PERNA, CHAVES, 2008).

3.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A discussão sobre o processo de trabalho em saúde ganhou forte impulso no final da década de 1960 com o trabalho pioneiro de Maria Cecília Ferro Donnangelo sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social utilizando-se da sociologia em seus referenciais teóricos. Permitiu a construção de análises consistentes sobre as relações entre saúde e sociedade e entre a profissão médica e as práticas sociais no país, rompendo com a visão da independência entre a vida social e o modo de executar a prática médica e as relações entre os indivíduos envolvidos (usuários, médicos e demais profissionais de saúde) (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2009).

Peduzzi e Schraiber (2009) acrescentam que os estudos de Donnangelo representaram importante referencial no campo da saúde, sobretudo em relação a duas

grandes temáticas: de um lado, as políticas e estruturação da assistência, que derivaram em muitos estudos do sistema de saúde brasileiro, até o atual Sistema Único de Saúde (SUS); de outro, os estudos sobre o mercado, as profissões e as práticas de saúde. Esta última expandiu-se para a constituição de dois importantes conceitos: força de trabalho em saúde e ‘processo de trabalho em saúde’.

Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Donnangelo e seguidor das ideias de Karl Marx, foi o autor que formulou o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’, a partir da análise do processo de trabalho médico, em particular (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2009).

Para Mendes-Gonçalves (1992), a discussão sobre trabalho em saúde deve ser precedida da significância que o termo “trabalho” veicula a partir das determinações da realidade e como motor do trabalho humano. Trabalho é conjugado a partir de duas ideias processadas em trajeto único diante das necessidades humanas que são “energia” e “transformação”.

Faria, Wernewck e Santos (2009) conceituam trabalho como o conjunto de procedimentos pelos quais os seres humanos atuam (utilizando-se da energia), por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade.

O trabalho em saúde é caracterizado por Merhy e Franco (2005) como uma forma de “trabalho vivo em ato”, em que o trabalho humano realizado determina a produção do cuidado e direciona a tomada de decisão nos processos de trabalho em saúde por meio da interação com instrumentos, normas, máquinas, além de diversos tipos de tecnologias. Essas tecnologias podem ser classificadas em ‘duras’, pela utilização de instrumentos, ‘leve-duras’, pelo uso do saber técnico estruturado e ‘leves’, que emergem das relações entre os sujeitos. O modelo tecnológico de produção em saúde deve ser, além de tudo, permeado por sujeitos pactuados entre si para manter viva a ideia do processo.

Mendes-Gonçalves (1992) acrescenta que os processos de trabalho em saúde, embora específicos, não contém, como dados invariantes internos a si próprios, objeto e necessidades “naturais”. Seus objetos, as necessidades que satisfarão são historicamente e socialmente determinados, assim como o são os agentes sociais que os realizam, definidos como ‘trabalhadores em saúde’ dentro da divisão social do trabalho. Porém, na contemporaneidade das sociedades capitalistas ocidentais, nada impede que tais determinações sócio-históricas sejam negadas no processo de trabalho em saúde pelos agentes do trabalho bem como por aqueles que dele necessitam.

Deve-se ainda considerar três aspectos fundamentais quando se fala em processo de trabalho em saúde: como parte do processo de trabalho em geral, possui características que se assemelham aos setores da indústria e da economia, de que é um serviço, e como tal, possui especificidades e está fortemente ligado às interrelações pessoais que se estabelecem entre trabalhadores e usuários dos serviços, que são decisivas para efetivação do processo, além de agregar integralmente os aspectos intelectuais e manuais do trabalhador (NOGUEIRA, 2000).

O século XX no Brasil ressaltou o modo de produção da saúde como uma das temáticas mais instigantes aos atores sociais da saúde pública e privada do sistema brasileiro. Esta característica da saúde como influenciadora da vida é justificada pelo processo de luta histórica por direitos, bem como pela intensa atividade produtiva de trabalhadores, usuários, agentes governamentais e operadores de serviços.

No fragmento de texto a seguir, Merhy e Franco (2003) fazem uma caracterização detalhada do modo de produção em saúde:

“O modo de produção da saúde traz em si a ideia de um campo social onde se articulam poderosas forças instituídas e instituintes, encenando um jogo que ao mesmo tempo é tenso na sua constituição, rico na capacidade inventiva e generoso quanto às possibilidades que se apresentam para o desenvolvimento de redes e sistemas articulados em torno do tema do cuidado. Essa diversidade, que torna complexo esse suposto sistema produtivo, é ao mesmo tempo a fonte da sua potência, o que pode ser percebido através de um olhar dirigido à micropolítica dos processos de trabalho, ou melhor dizendo, no tempo e lugar de onde se realiza a atividade produtiva e, em especial, no agir cotidiano dos trabalhadores no seu trabalho. É no lugar do encontro entre os serviços e os usuários, onde está a riqueza e intensa atividade de cuidado. Como uma malha que é tecida com grande energia, se cruzam saberes, fazeres, e linhas de cuidado que atravessam o dia a dia de uma Equipe de Saúde” (MERHY, FRANCO, 2003, p.1).

Merhy e Franco (2003) prosseguem mencionando algumas características que fundamentam o modo de produção da saúde, entre elas o autogoverno exercido pelos profissionais de saúde sobre seu processo de trabalho e a transformação do perfil produtivo, que depende de mudanças no agir desses trabalhadores e na subjetividade direcionada aos seus pares e usuários. Lamentam, porém, que, na maioria das vezes, essa subjetividade estabelece erroneamente um cuidado burocrático, pouco cuidadoso e ineficaz.

No intuito de construir um modo diferente de produzir cuidado, mudanças são propostas no modelo de saúde para promover uma transição tecnológica, instalando a prática do trabalho vivo em processos de trabalho nos quais predomina o modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos” direcionando a assistência às necessidades dos

usuários, passando, assim, por um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinada. Esse processo ressignifica o vínculo entre os usuários e as equipes de saúde, criando referências seguras e, sobretudo, “empoderando” os usuários, por meio de processos de aprendizagem do autocuidado e também por processos de subjetivação que fazem com que se sintam competentes e aptos para se cuidar.

3.2.1 A atuação do profissional de enfermagem no processo de trabalho em saúde

A Enfermagem, tal como a Medicina, foi uma das primeiras profissões a ser institucionalizada. Ambas diferem, entretanto, em suas práticas de trabalho: enquanto a Medicina possui caráter curativo, a Enfermagem incumbe-se da assistência (RIBEIRO e SAMPAIO, 2009).

As origens históricas do trabalho da Enfermagem Moderna remontam aos feitos de Florence Nightingale na Guerra da Criméia. Sua institucionalização como profissão ocorreu em meados do século XIX, marcada, entre outros aspectos, pela divisão do trabalho entre diversos agentes, cujas relações caracterizam-se por disciplina e hierarquia. A partir do século XX, a profissão adotou critérios organizativos acrescidos de rotinas e protocolos, originando uma atividade laborativa mais processual (LEOPARDI, 1999).

Os agentes que conduzem a prática de enfermagem incluem o profissional de nível superior e os demais de nível médio. O enfermeiro responsabiliza-se pelas atividades de ensino, supervisão, administração e atividades assistenciais de alta complexidade, enquanto que os demais realizam ações de menor complexidade e sem grandes riscos ao usuário. É necessário compreender a prática desses múltiplos agentes e as articulações entre eles para o entendimento do processo de trabalho dessa categoria profissional (PEDUZZI, ANSELMINI, 2002).

Ribeiro e Sampaio (2009) acrescentam que, no século XXI, a Enfermagem ainda necessita refletir sobre sua prática profissional no intuito de propor uma readequação do seu papel, tendo em vista sua inserção social e as relações que estabelece com as demais profissões da saúde. A Enfermagem moderna vem utilizando, majoritariamente, o gerenciamento como principal instrumento de trabalho e por meio dele presta atenção indireta ao usuário, atuando em três frentes: cuidado ao usuário, organização do ambiente e direcionamento dos demais agentes de trabalho.

O processo de trabalho da Enfermagem possui como objeto as necessidades de saúde de indivíduos, famílias, grupos sociais e coletividades. Seu trabalho é o cuidado, um conjunto

de ações de promoção da saúde, prevenção do adoecimento, intervenção em quadros mórbidos e de reabilitação. Integra o setor terciário da economia, da prestação de serviços, que são consumidos no ato da produção. Suas ações são pautadas pelo dinamismo, continuidade e processualidade (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

A capacidade de agir no momento exato das decisões possibilita não apenas a promoção da saúde, mas previne alterações no processo saúde-doença ou o restabelece quando alterado. É por isso que o processo de trabalho em saúde requer profissionais com diferentes competências e habilidades (SAMPAIO, 2008).

3.3 PROCESSO DE TRABALHO EM EDUCAÇÃO

O trabalho em educação, assim como o trabalho em saúde, possui como uma de suas características ser um serviço cuja utilização ocorre no momento exato que se faz a ação: o ato de ensinar (PAIÃO, PEDUZZI, CIAMPONE, 2006).

Demerval Saviani (2008) assevera que a educação, “além de existir concretamente na cultura, é a transformação da natureza e, portanto, é trabalho com finalidades intencionais” e continua explorando a ideia da educação situar-se na categoria do trabalho não material, com a produção de ideias, conceitos, valores, símbolos, hábitos, atitudes e habilidades. Seu propósito é produzir, no indivíduo, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente com a semente da transformação e justiça social na ação de sujeitos históricos.

O processo de trabalho em educação reveste o trabalhador de uma característica importante, que é o grau de autonomia que ele goza em seu meio de trabalho, pois, muito embora existam políticas, diretrizes, programas, projetos do Estado e da instituição formadora que direcionam o ato de ensinar, o professor detém a autonomia do processo pedagógico, decidindo as estratégias de abordagem de conceitos, as experiências, os métodos, as técnicas e os instrumentos na condução do trabalho educativo (ARNONI, 2004). A autora enuncia as etapas teórico-metodológicas e teórico-práticas do trabalho educativo e sua articulação com a aprendizagem:

“Como etapas da dimensão teórico-metodológica do trabalho educativo têm-se as ações de: **(a)** selecionar, dos saberes científicos da área de atuação, os conceitos a serem ensinados e da área pedagógica, a concepção de trabalho educativo; **(b)** converter o saber científico da área de atuação em conteúdo de ensino, segundo a concepção pedagógica de trabalho educativo, que consiste em: elaborar o conteúdo de ensino e organizá-lo metodologicamente para desenvolvê-lo em uma prática de aula; **(c)** selecionar instrumentos para

acompanhar e avaliar o trabalho educativo; **(d)** elaborar o plano de trabalho; **(e)** utilizar as análises dos resultados da avaliação para projetar a continuidade ou o replanejamento do trabalho educativo. E, como dimensão teórico-prática do trabalho educativo, as ações de: **(a)** desenvolver o conteúdo de ensino em uma prática (aula), de modo que o estudante passe gradativamente do não-domínio do saber científico ao seu domínio; **(b)** acompanhar o desenvolvimento do trabalho educativo, em especial, a aprendizagem do conteúdo de ensino pelos alunos, no que essa metodologia facilitou ou dificultou a aprendizagem. Nessa concepção de trabalho educativo, o ensino está articulado e compromissado com a aprendizagem (ARNONI, 2004, p.2).

O atual sistema de ensino brasileiro é, em grande parte, produto de forças econômicas, históricas e sociais que nem sempre operaram na história de maneira consciente e responsável em prol da coletividade.

As primeiras marcas do ensino educacional brasileiro têm início com a primeira escola jesuítica que se destinava ao ensino da leitura, da escrita e à conversão dos gentios. Tinha como objetivos fundamentais preparar os membros da elite para o sacerdócio ou para o ingresso nas universidades europeias por meio de uma educação acadêmica que utilizava como métodos pedagógicos a preleção, a memorização, os exercícios escritos, as imitações e a competição. Os jesuítas foram os pioneiros no processo de educação formal, instaurando algumas características que se fazem presentes até hoje, como a divisão do trabalho didático, a criação de espaços especializados para o processo de ensino (salas de aula), a seriação, a especialização dos professores e a diferenciação dos conhecimentos (DIOGO, GOBARA, 2008).

Em 1824, a Constituição Imperial assegurava a instrução primária gratuita a todos os cidadãos, contudo, quem era cidadão num estado agrícola de maioria indígena e escrava subjugada aos patrões? Para o Estado, eram considerados cidadãos as pessoas livres e estes nada mais eram do que a elite da época: os que detinham o poder e como tais mantinham-se no poderio, posto que aos escravos, indígenas e caboclos cabia o trabalho duro e a oralidade para expressar obediência aos seus senhores, a leitura e a escrita eram tidos como desnecessárias e inúteis (BRASIL, 2000).

No período Imperial, o decreto nº 7.247/1879 apresentado por Leôncio de Carvalho previa a “*criação de cursos para adultos analfabetos, livres ou libertos, do sexo masculino, com duas horas diárias de duração no verão e três no inverno, com as mesmas matérias do diurno*”. Para os que desejassem prestar o bacharelado existiam os exames preparatórios para as provas de ingresso no ensino superior em instituições criadas sob o paradigma do Colégio

Pedro II e a ele equiparadas, suprimindo principalmente as necessidades da aristocracia e burguesia (BRASIL, 2000; DIOGO, GOBARA, 2008).

Com a proclamação da Constituição Republicana de 1891, aos moldes norte-americanos, a estrutura política passou a ser pautada na democracia e no liberalismo, tendo como princípios básicos o federalismo, o presidencialismo e o regime da representatividade. No contexto educacional, a preocupação com o ensino ficou restrita à alfabetização para o exercício do voto. Assim, cada indivíduo deveria buscar sua ascensão educacional e as províncias (hoje, os estados) deveriam suprir essa necessidade. O resultado foram as elevadas taxas de analfabetismo registradas no Brasil nos anos 20 (BRASIL, 2000).

A década de 20 foi palco de grandes reformulações nas estruturas econômicas, políticas e sociais em decorrência da instalação do capitalismo industrial e da transição do sistema agrário para o comercial e urbano-industrial. Os processos de divisão social do trabalho renovaram as crenças no poder da educação e da pedagogia, sendo responsáveis por incorporar na sociedade, a ideia de progresso. Porém, as tentativas de reestruturação do ensino como mola-mestre para o desenvolvimento não vieram a se concretizar no primeiro período da República, pois a escola ainda correspondia a necessidades e expectativas da sociedade a que servia, continuando a ser um instrumento a serviço dos mais bem situados economicamente e que já eram possuidores de um alto nível cultural (DIOGO, GOBARA, 2008).

Em 1930, uma das primeiras medidas do Governo Provisório de Vargas foi a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública com cargo ocupado por Francisco Campos, que articulou reformas no ensino introduzindo disciplinas de caráter técnico-científico no secundário e aumentando a interferência do governo na educação. Com esse feito, as taxas de matrículas tiveram crescimento de 5% ao ano entre 1933 e 1937. Porém, a situação se reverteria com a ocupação do cargo pelo ministro Gustavo Capanema no Estado Novo, no período de 1934 a 1945. Embora atribuisse certa importância ao ensino primário, o novo ministro entendia que o governo federal não poderia supervisionar esse nível de ensino, transferindo aos governos estaduais essa responsabilidade. Além disso, Capanema considerava mais importante a formação de uma elite capaz de liderar o País como condição para o progresso nacional (KANG, 2010).

Em 1932, um grupo de educadores da elite intelectual e políticos de diferentes regiões lançaram o Manifesto dos Pioneiros da Educação, representando o pensamento das elites sobre como conduzir a sociedade pelos caminhos abertos pela industrialização e o papel da educação nesse processo. Discutiam uma proposta global para a educação, procurando

definir o papel do Estado tanto nas diretrizes educacionais quanto nas questões ligadas ao financiamento e administração. Reivindicavam também a criação de um Plano Nacional de Educação e, numa visão liberal, a garantia de oportunidades iguais para todos. (SILVA, 2003; JESUS, 2007).

A Constituição de 1934 reconheceu pela primeira vez, em caráter nacional, a Educação como direito de todos e responsabilidade dos poderes públicos. Como repercussão do Manifesto dos Pioneiros da Educação houve a inclusão do artigo 150 que trazia a competência da União para fixar um Plano Nacional de Educação – PNE para o ensino de todos os graus e áreas, comuns e especializados, com atribuições para coordenar e fiscalizar a sua execução em todo o território nacional. Porém, o Plano para o biênio 1936 e 1937 não chegou a ser votado, devido ao golpe que instituiu o Estado Novo. Entretanto, todas as Constituições posteriores, com exceção da Constituição de 1937, jamais deixaram de conter a ideia de um Plano Nacional de Educação (SILVA, 2003).

Em 1950, já no governo de Dutra (1945-1950), a atuação do governo na educação primária foi limitada. O segundo governo Vargas (1951-1954), mesmo sob regime democrático, muito pouco fez pela educação, limitando-se a criar órgãos administrativos superiores, como o CNPq e a CAPES em 1951, dando início à expansão do sistema de ensino superior com federalização de várias Universidades e estabelecimentos isolados (KANG, 2010).

No governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960), muito embora o lançamento do Plano de Metas contivesse propostas para a educação, apenas 3,4% das verbas foram inicialmente previstas para o setor. Com Goulart (1962-1963), foi planejado o aumento de verbas para educação, meta que não chegou a ser cumprida, em razão da deposição do presidente em 1964 (KANG, 2010).

Em 1961, depois de várias tentativas, foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 4.024), que passou a vigorar a partir de 1962. Com ela, foi constituído o Conselho Federal de Educação que disciplinava a aplicação dos recursos resultantes dos fundos para o planejamento nacional da Educação. Foi também a partir dessa lei que os exames vestibulares passaram a ter seus critérios determinados pelas Instituições de Ensino Superior (BRASIL, 1967).

Em 1961, a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (Lei 4024/61) trouxe a possibilidade de acesso ao nível superior para egressos do ensino técnico e a criação do Conselho Federal de Educação e dos Conselhos Estaduais, num esquema de rígido controle do sistema educacional brasileiro. A demora para aprovação da LDB/61 acarretou

uma conotação de desatualização e, logo após sua promulgação, outras ações no âmbito de políticas públicas educacionais surgiram, a exemplo da Lei 5692/71, também conhecida como LDB/71, cuja função foi atualizar a LDB/61 e propor a fixação detalhada de conteúdos curriculares mínimos que garantiam qualidade e uniformidade mínimas, aos cursos que conduziam a um diploma profissional (AFONSO, 2009).

O primeiro Plano Nacional de Educação (PNE) veio a público em 1962, não na forma de um projeto lei, mas como uma iniciativa do Ministério da Educação e Cultura, composto por um conjunto de metas quantitativas e qualitativas a serem alcançadas num prazo de oito anos. Revisado em 1965 e 1966, na primeira versão foram introduzidas normas descentralizadoras e estimuladoras da elaboração de planos estaduais.

A segunda, chamada de Plano Complementar de Educação, introduziu alterações importantes na redistribuição dos recursos federais, proporcionando a implantação de ginásios orientados para o trabalho e o atendimento de analfabetos com mais de dez anos (BRASIL, 2000).

Em 1967, a ideia de o PNE ser contemplado em lei, apesar de ter sido discutido em quatro encontros nacionais de planejamento, não chegou a se concretizar. Apenas em 1988, cinquenta anos após a primeira tentativa oficial, no artigo 214 da Constituição Federal ressurgiu a ideia de um plano nacional de longo prazo, com força de lei, capaz de conferir estabilidade às iniciativas governamentais na área de educação (BRASIL, 2000).

Os anos de 1968 e 1969 foram marcados por grande repressão política e ideológica do Estado contra professores e estudantes, por força do Ato Institucional nº 5/68 e do Decreto nº 477/69, que ameaçava os docentes com a perda de emprego e com a expulsão dos estudantes acusados de práticas subversivas ao regime. Em 1982, ao final do período autoritário, a universidade brasileira foi beneficiada com o processo de redemocratização, principalmente em decorrência da nova Constituição Brasileira de 1988 e das leis de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996 (PINHEL, 2006).

A Lei nº 9.394 de 1996 que "estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional" trouxe modificações qualitativas como a supressão dos currículos mínimos e a inserção de diretrizes curriculares nacionais que preconizavam conteúdos gerais que possibilitassem adaptações regionais, além da flexibilização na duração dos cursos, a obrigatoriedade de trabalhos de conclusão de curso e o reconhecimento de habilidades e atitudes adquiridas fora da educação formal (PINHEL, 2006).

A partir de então, as universidades conquistaram o direito de definir as estruturas curriculares de seus cursos, explicitando as competências e as habilidades que desejavam

desenvolver, a partir de um Projeto Pedagógico que fosse capaz de atender às demandas da sociedade. A Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional indicava, em seu artigo 3.º, que o ensino deveria ser ministrado com base em vários princípios, dentre os quais o pluralismo de ideias e concepções pedagógicas (SILVA, 2003).

As Diretrizes e Bases da Educação Nacional determinavam, ainda, nos artigos 9º e 87, respectivamente, que cabia à União, a elaboração do Plano, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios e instituía a Década da Educação.

Estabelecia ainda, que a União encaminhasse o Plano ao Congresso Nacional, um ano após a publicação da citada Lei, com diretrizes e metas para os dez anos posteriores, em sintonia com a Declaração Mundial sobre Educação para Todos (BRASIL, 2000).

No horizonte imediato desses acontecimentos e diante das repercussões da educação no cenário econômico-político-social brasileiro em fins do século XX, as entidades que integravam o Fórum Nacional em Defesa da Escola Pública anteciparam-se ao governo e propuseram um PNE que reafirmava a educação como direito de todos e dever do Estado. A construção desse plano com propostas da sociedade brasileira foi consolidada no II Congresso Nacional de Educação (CONED) em 1997 (SILVA, 2003).

O Plano Nacional de Educação foi aprovado em 1998, atendendo aos compromissos assumidos pelo Fórum Nacional em Defesa da Escola Pública, desde sua participação nos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, consolidando as atividades do I e do II CONED com contribuições advindas de diferentes segmentos da sociedade civil. Tratava-se, porém, de um plano global de implementação de políticas educacionais excludentes, composto nas partes introdutórias com propostas da sociedade e o corpo com as metas do PNE/MEC, o que gerou um documento fragmentado, apelidado de *Plano Frankenstein* (BRASIL, 2000; SILVA, 2003).

Sobre o PNE que vigorou até 2011, Helene e Horodynski-Matsushigue (2011) comentaram que as metas estabelecidas não foram cumpridas. Houve redução do número de concluintes do ensino fundamental, diminuição do número de matrículas na educação básica, além da diminuição da taxa de conclusão do ensino médio. As razões para esse declínio foram a provisão insuficiente de recursos para o setor educacional, bem como a ausência no PNE (2000) de definições claras das atribuições dos envolvidos, resultando na omissão dos Poderes Executivos, do Congresso, das Assembleias Legislativas, das Câmaras Municipais, dos Órgãos Jurídicos e até mesmo dos Conselhos de Educação nacionais e estaduais.

Em 15 de dezembro de 2010, o MEC apresentou o Projeto-Lei Nº 8.035/2010 com uma proposta de Plano Nacional de Educação para o decênio 2011-2020 ainda em tramitação,

em 2012, no Congresso Nacional. O novo PNE é composto por 12 artigos e um anexo com 20 metas com estratégias específicas de alcance para a Educação (BRASIL, 2010). As metas elencadas no Projeto-Lei em destaque estão simplificadas a seguir:

“Ampliar a oferta de educação infantil (até 3 anos); universalizar o atendimento escolar da população de 4 e 5 anos, o ensino fundamental de nove anos para toda população de 6 a 14 anos, o atendimento escolar para toda a população de 15 a 17 anos, elevando a taxa de matrículas no ensino médio e o atendimento escolar aos estudantes com deficiência ou superdotação de 4 a 17 anos na rede regular de ensino;

Alfabetizar todas as crianças até, no máximo, os oito anos de idade; oferecer educação em tempo integral em 50% das escolas públicas da educação básica; elevar a escolaridade média da população de 18 a 24 anos e reduzir a desigualdade educacional;

Elevar a taxa de alfabetização da população com 15 anos ou mais e até 2020 erradicar o analfabetismo absoluto e reduzir em 50% a taxa de analfabetismo funcional; oferecer matrículas de educação de jovens e adultos na forma integrada à educação profissional nos anos finais do ensino fundamental e no ensino médio;

Elevar a taxa bruta de matrícula na educação superior da população de 18 a 24 anos; elevar a qualidade da educação superior pela ampliação da atuação de mestres e doutores nas instituições de educação superior; garantir que todo professor da educação básica possua formação específica de nível superior em cursos de licenciatura; valorizar o magistério público da educação básica, assegurando, no prazo de dois anos, a existência de planos de carreira;

Ampliar progressivamente o investimento público em educação até atingir, no mínimo, o patamar de 7% do produto interno bruto do país” (BRASIL, 2010).

Embora haja uma previsão de ampliação do investimento público na educação para 7%, a Conferência Nacional de Educação de 2010 indica que seriam necessários cerca de 10% do PIB para alcance satisfatório das metas. Helene e Horodynski-Matsushigue (2011) consideram que o novo PNE repete omissões fundamentais presentes no PNE anterior, a exemplo de metas a serem alcançadas sem apontar a responsabilização das partes envolvidas. Numa visualização ampla da proposta do PNE para o decênio 2011-2020, os autores supracitados completaram que “o PNE novo mais se assemelha a uma peça de gerenciamento que a um plano que pretenda atingir as raízes dos problemas que nos levaram a um péssimo desempenho na educação”.

3.3.1 O processo de trabalho em educação: a interface com a formação em enfermagem

O processo de trabalho educativo desenvolvido na formação superior em Enfermagem brasileira, como nas demais profissões de saúde, sofreu influência dos períodos históricos de dominação, dentre elas a jesuítica, a napoleônica e a alemã, além da ciência moderna e do modelo biomédico. Essas raízes históricas conduziram às metodologias de ensino adotadas e também a diretrizes pautadas em mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas e tecnificação (NOSOW, PÜSCHEL, 2009).

O setor educacional vem impondo à contemporaneidade o grande desafio de formar cidadãos competentes não apenas na aplicação prática de saberes, mas também capazes de compreender buscar soluções para as situações cotidianas.

A formação em Enfermagem esteve historicamente atrelada ao mercado de trabalho. Na década de 1960, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em seus relatórios, indicava os rumos a serem percorridos pela profissão. Porém, no cenário atual, percebe-se por meio das novas diretrizes curriculares e dos projetos políticos-pedagógicos que o lema não é somente preparar os futuros profissionais para acirrado mercado de trabalho, mas responder às reflexões advindas dos desafios educacionais contemporâneos (NÓBREGA-THERRIEN, GUERREIRO, MOREIRA e ALMEIDA, 2010).

O processo de trabalho do enfermeiro exige capacidade para enfrentar, pensar e modificar situações de saúde e de doença em prol da melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da coletividade e, muitas vezes, as metodologias adotadas não suprem as necessidades de formação diante das demandas sociais. Nesse cenário, a instituição de ensino superior deve instrumentalizar os futuros profissionais para o desenvolvimento de competências de natureza conceitual, procedimental e atitudinal (NOSOW, PÜSCHEL, 2009).

“Conteúdos factuais e conceituais: abrangem os conhecimentos pontuais, descritivos, caracterizadores e informativos representados pelos fatos, acontecimentos, situações, dados e fenômenos concretos e singulares e a compreensão do conceito a fim de utilizá-lo para a interpretação e conhecimento de situações ou para a construção de outras ideias. **Conteúdos procedimentais:** compreendem conjuntos de ações destinadas a alcançar algum objetivo, como as regras, as técnicas, os métodos, as destrezas ou habilidades, as estratégias e os procedimentos. **Conteúdos atitudinais:** norteiam o uso dos conteúdos factuais e procedimentais, pois englobam uma série de conteúdos que podemos agrupar em valores, atitudes e normas” (NOSOW, PÜSCHEL, 2009, p 1233).

Na formação do enfermeiro, os conteúdos factuais e procedimentais são historicamente os mais trabalhados, enquanto os atitudinais representam grande desafio, pois estão articulados aos quatro saberes da educação para o século XXI: fazer, conhecer, conviver e ser (NOSOW, PÜSCHEL, 2009; DELORS, 1998).

No intuito de compreender como as estruturas e saberes são aplicados com vistas a responder e transformar uma realidade histórica da formação profissional, faz-se necessário o entendimento de como as Diretrizes Nacionais do curso de Enfermagem (DCENF) e do Projeto Político Pedagógico (PPP) direcionam a organização dessa área de formação nas Instituições de Ensino Superior (IES).

As DCENF têm apresentado papel de destaque nas mudanças na formação profissional do enfermeiro, priorizando uma educação mais flexível, crítica, reflexiva, versátil, constante, buscando atender aos desafios da atenção à saúde da população, capacitando-o para atuar com senso de responsabilidade social, com compromisso com a cidadania e promotor da saúde humana integral, fundamentado pelos princípios da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (NÓBREGA-THERRIE *et al*, 2010).

O PPP deve ser resultado de elaboração participativa e do compromisso coletivo, possui como particularidade a orientação para cada universidade e para cada um dos cursos de graduação, constituindo um instrumento político e técnico de orientação de fazer universitário. É denominado “*político*” por refletir as opções, as escolhas de caminhos e as prioridades na formação do cidadão, como membro ativo e transformador da sociedade. É “*pedagógico*” por expressar as atividades pedagógicas e didáticas que almejam o alcance dos objetivos educacionais (NÓBREGA-THERRIEN *et al*, 2010). Os autores supracitados acrescentam que:

“O Projeto deve expressar uma tentativa de comunicação, de interação dos aspectos subjetivos e objetivos, de reflexividade e de criatividade, cujo desencadeamento depende da iniciativa e envolvimento dos sujeitos implicados nesse processo como coletividade em ação. Parte-se, assim, de um processo interativo-colaborativo fundamentado na racionalidade e na integração dos saberes pertinentes ao contexto analisado, o que não é tarefa simples. Não é fácil sua construção nem sua implantação, se entendermos que nele está o caminho para uma formação pautada no preparo profissional com elementos profissionais competentes, transformadores, reflexivos e condutores da reflexão-na-ação. Esse caminho e essa construção, embora difíceis, deverão ser insistentes ante os obstáculos, considerando que a formação de profissionais para atuar nesses novos tempos deve se embasar no pressuposto da necessidade de sujeitos dispostos.” (NÓBREGA-THERRIEN *et al*, 2010, p 681).

Porém, é necessário compreender que, apesar das DCENF e do PPP estabelecerem algumas prioridades a serem seguidas na operacionalização da formação de profissionais de enfermagem, muitas necessidades embora estejam explicitadas teoricamente não são visualizadas na prática de docentes e discentes. Verifica-se, algumas vezes, que muitos professores não passaram por um preparo pedagógico específico para o exercício da docência no ensino superior.

Nosow e Püschel (2009) verificaram que, muito embora o curso de mestrado tenha o papel formador da docência, em muitos casos este preparo é ainda incipiente, uma vez que poucos pós-graduandos realizam disciplinas voltadas à formação pedagógica, pois a ênfase do mestrado continua na formação para a pesquisa. Nesta perspectiva, os autores destacam:

“Como o início da docência não ocorreu com o devido preparo pedagógico, tal aspecto pode contribuir para que as ações sejam centradas no fazer conforme modelos construídos pela relação com seus antigos professores e, assim, o trabalho ocorre de forma individual e individualizada, deixando a critério do próprio docente o exercício do aprender a ser docente” (NOSOW, PÜSCHEL, 2009, p 1234).

Os autores supracitados também descrevem o ensino dos conteúdos atitudinais nas disciplinas ministradas na Enfermagem. Na referida pesquisa realizada com professores das disciplinas Saúde do Adulto e do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Coletiva, Saúde Mental, Ética e Administração em Enfermagem, para a maioria dos entrevistados [...os conteúdos programáticos das disciplinas não explicitam o ensino dos conteúdos atitudinais, porém apontam que tais conteúdos são diluídos nos demais conteúdos ou em outras disciplinas ou são trabalhados em outro momento...]. Dois docentes apontaram os conteúdos atitudinais como foco de sua ação, no entanto, os autores destacam que [...fica evidenciado que estes são trabalhados de forma pontual e é da iniciativa individual do docente, por meio do compromisso que o mesmo tem com o seu papel de formador...].

3.4 DIRETRIZES CURRICULARES PARA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Os processos formativos de Enfermagem são realizados com base na Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para este Curso de Graduação. A Resolução em lide preconiza que sejam desenvolvidos, no estudante, a competência do processo intelectual e profissional autônomo e duradouro, permitindo a continuidade do processo de formação, fazendo com que os professores devam

também desenvolvê-las para fazer frente às novas exigências do processo de ensino-aprendizagem na área (PINHEL, 2006).

Essas diretrizes delineiam princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação e aplicados nacionalmente na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições de Ensino Superior (BRASIL, 2001). Assim descreve o perfil do profissional egresso dos cursos de graduação em Enfermagem:

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

Com o propósito de formar profissionais capacitados para exercício legal da Enfermagem, prevê a construção de competências e habilidades gerais como a Atenção à Saúde; a Comunicação; a Liderança; a Administração e Gerenciamento; a Educação Permanente e a Tomada de Decisões. Esta última, não excluindo as demais, é de extrema relevância para o desempenho laboral desses profissionais. Muito embora na academia sejam instigados a desenvolver habilidades técnicas, no mercado de trabalho são exigidas atitudes gerenciais e cobrados constantemente a tomar decisões.

Apesar de existirem normas que regulamentam a formação dos profissionais de Enfermagem, as matrizes curriculares inseridas nos projetos pedagógicos dos cursos são individuais e desenhadas na instituição responsável pelo oferecimento do curso. Em seu Art. 6º, a Resolução 3/2001 assegura que:

“I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;
II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se:

- a) Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;
- b) Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;
- c) Administração de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem (BRASIL, 2001).

Apesar da importância dos conteúdos das Ciências Biológicas e das Ciências Humanas para a formação do enfermeiro, nota-se que são os conteúdos das Ciências da Enfermagem, veiculados nas disciplinas que compõem os Fundamentos da Enfermagem; Assistência de Enfermagem e Administração de Enfermagem, que encerram um conjunto de saberes que qualificam e individualizam o trabalho dos enfermeiros.

3.5 PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

Nas últimas décadas, observa-se um grande intercâmbio entre as diversas áreas do conhecimento, principalmente dos sistemas computacionais apoiando as decisões em diferentes áreas, tornando as tecnologias da informação um potente aliado, particularmente, da saúde (BYKH *et al*, 2007). A utilização de tecnologias proporciona inovação para comunicação e informação, contribuindo para a integração social, a participação popular e a democratização da gestão pública.

Adair (2007) ressalta que há três formas de direcionar o pensamento para aquilo que precisamos: tomar decisões, resolver problemas e criatividade. A tomada de decisão envolve a escolha entre as opções. O objeto do problema é geralmente uma solução, resposta ou conclusão. O resultado do pensamento criativo, pelo contrário, é de novas ideias. Qualquer líder, obviamente, tem interesse em ver que as melhores decisões sejam tomadas, que os problemas sejam resolvidos da melhor forma possível e que ideias criativas e inovações tão necessárias para o fluxo de negócios aconteçam. Para tal, todos da equipe ou organização devem estar engajados no cumprimento desses requisitos essenciais.

Em meados do século XX, Chester Barnard, um executivo aposentado, trouxe o "processo decisório" utilizado na administração pública para o mundo dos negócios, e a palavra decisão passou a significar o fim das deliberações e início da ação. Mais tarde,

teóricos como James March, Herbert Simon e Henry Mintzberg lançaram as bases para o estudo da gestão da tomada de decisão. O estudo da tomada de decisões, consequentemente, utiliza-se de várias disciplinas como matemática, sociologia, psicologia, economia e ciência política, além de outras. Uma característica inevitável para cada decisão é o risco (BUCHANAN; O'CONNELL, 2006).

Os processos de tomada de decisão são tão antigos quanto a história da humanidade e em cada momento histórico as decisões foram definidas seguindo as premissas sociais das relações da época.

Tomar decisão é o processo de escolher uma ação dentre várias possíveis visando à solução ou prevenção de problemas. Essas situações podem ser exercitadas em inúmeras situações, tais como: desvio em relação a experiências passadas, desvio em relação ao plano traçado, problemas trazidos por outras pessoas ou ainda pela atuação e desempenho de competidores ou concorrentes. Quanto à natureza, as decisões podem ser programadas ou não-programadas (MORAES, 2009).

Existem diversos modelos de tomada de decisão propostos nas literaturas, entre eles, o modelo racional de tomada de decisão e o modelo de Shewhart, ou ciclo PDCA. O modelo é uma representação simplificada da realidade com o objetivo de facilitar a compreensão de estruturas e relações complexas, por meio da divisão dos aspectos que envolvem o processo.

Aqueles que ponderam suas opções e calculam níveis ótimos de acertos em suas decisões utilizam um modelo racional de tomada de decisão que se trata de um processo de quatro etapas com vistas a escolher alternativas que promoverão maior chance de sucesso. As etapas desse modelo são: examinar a situação através da definição do problema, identificar os objetivos e o diagnóstico das causas; criar alternativas sem avaliá-las; avaliar as alternativas selecionando a melhor e, por fim, implementar e monitorar a decisão fazendo os ajustes necessários (MORAES, 2009).

A teoria da escolha racional surgiu como uma ferramenta de análise política durante o início dos anos 1950, baseada em uma das premissas fundamentais da época do realismo clássico, segundo o qual os Estados agem racionalmente, calculando os custos e benefícios de ações alternativas na tentativa de escolher aquela que maximiza sua utilidade. Originalmente, tratava-se de uma política econômica projetada para analisar o comportamento racional de autointeresse numa competição por produtos escassos (ROSS, 2007).

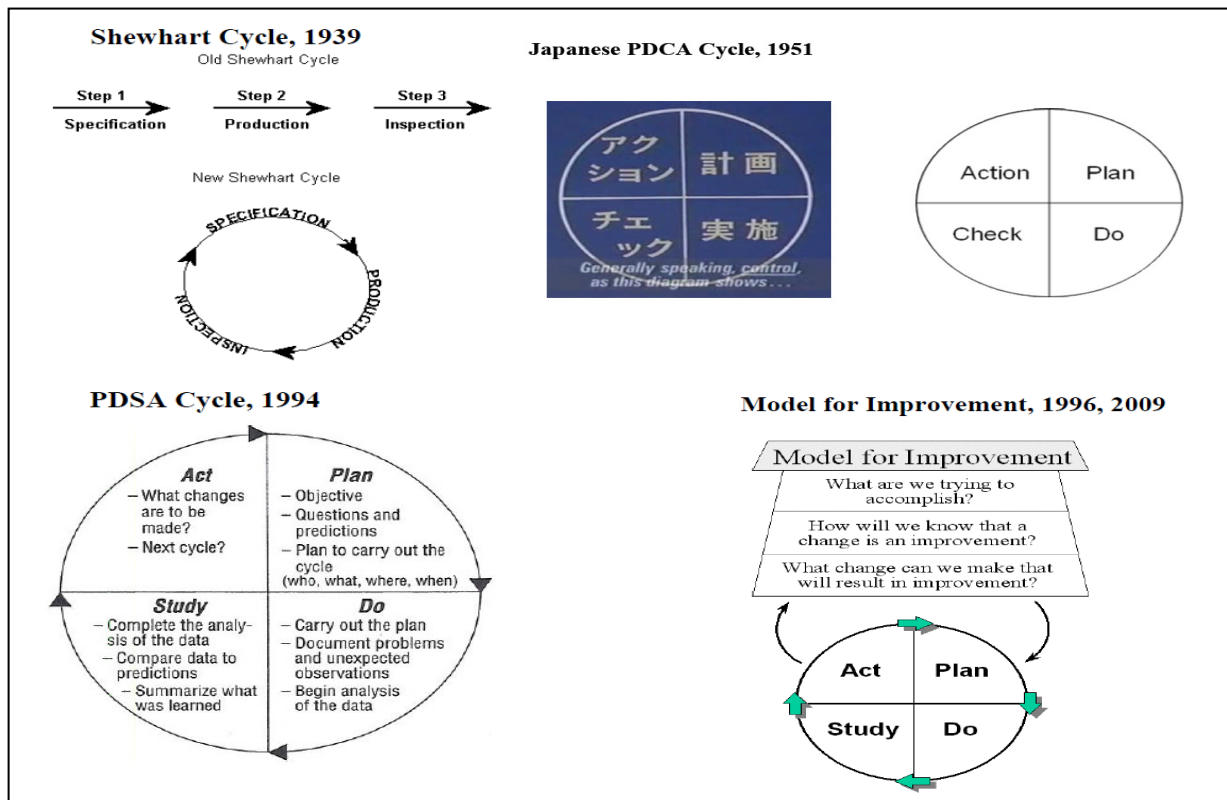
Outro modelo bastante citado na literatura é o de Shewhart, cuja primeira concepção utilizava uma sequência de três passos lineares (especificação-produção-inspeção) que mais

tarde, em 1939, viria a constituir um ciclo, em que um experimento era realizado para testar a hipótese, em um processo dinâmico de aquisição científica de conhecimentos.

Em 1950, Deming converteu o ciclo anterior em quatro passos (design – produção – vendas - pesquisa) e em 1951, os japoneses substituíram os termos anteriores por *Plan – Do – Check – Act*, originando o ciclo PDCA (MOEN, NORMAN, 2009).

O ciclo PDCA constitui uma de quatro etapas de resolução de problemas. Inclui a definição de planejamento de um problema e/ou de uma hipótese sobre as possíveis causas e soluções, a execução do plano, a verificação dos resultados e a ação no sentido de voltar ao plano inicial caso surjam resultados insatisfatórios. Em 1993, Deming substituiu a palavra “Check” por “Study” gerando o ciclo PDSA, descrevendo-o como um diagrama de fluxo de aprendizagem para melhoria de um processo. Em 1994, Langley, Nolan e Nolan refinaram o ciclo PDSA e introduziram três questões: o que estamos tentando realizar? Como saberemos que uma mudança é uma melhoria? Que mudanças podemos fazer que resultarão em melhorias? Com isso, geraram o modelo da melhoria (MOEN, NORMAN, 2009).

Figura 02 - Esquema representativo da evolução de alguns modelos de tomada de decisão



Fonte: MOEN, NORMAN (2009)

Os sistemas de apoio à decisão utilizam o método científico para, a partir dos dados e/ou informações, auxiliar nas decisões. Podem ser classificados em: baseados em lógica (lógica clássica, lógica *fuzzy*, sistemas especialistas), baseados em modelos (modelos probabilistas, modelos *fuzzy*, modelos em redes) e híbridos (dois ou mais sistemas utilizados para a mesma decisão) (MORAES, 2009).

Na Enfermagem, poucos são os autores que veiculam a temática da tomada de decisão, a exemplo de Ciampone (1991) e Marquis e Huston (1999). Ciampone (1991) descreveu que não é uma teoria que oferecerá o suporte completo para a tomada de decisão, mas ajudará a estruturar e analisar o processo percorrido, apresentando propostas de modelos de etapas. Marquis e Huston (1999) apresentaram quatro etapas como instrumento de essencial auxílio ao processo decisório.

O modelo enunciado por Ciampone (1991) compõe-se de nove etapas e possui como ponto inicial a percepção de que algo está fora da normalidade, logo após é delimitado o problema com base na situação em foco, sem deduções e /ou inferências. Na etapa seguinte é realizada a coleta de dados, vista pela autora como a base para a decisão. Após registros, os dados são analisados a partir das situações relevantes para a situação-problema (redefinição

do problema) e a partir de então, é possível propor alternativas, realizar a escolha ou decisão, implementar e avaliar. Na fase de escolha de decisão, a autora menciona ser essencial a compatibilidade com a filosofia do serviço de enfermagem e, se possível, que seja compartilhada com todos os profissionais envolvidos na instituição com o intuito de diminuir conflitos e dificuldades na implementação da decisão.

Marquis e Huston (1999) relataram que o modelo amplamente utilizado e mais conhecido é o “*modelo tradicional da resolução de problemas*” composto de sete etapas. Este apresenta algumas fragilidades quando restrições de tempo são consideradas, bem como pela ausência de uma etapa inicial de determinação de um objetivo. As etapas desse método consistem: 1. identificar o problema; 2. coletar dados para analisar as causas e consequências; 3. explorar situações alternativas; 4. avaliar alternativas; 5. selecionar a solução apropriada; 6. implementar a solução e 7. avaliar os resultados.

As autoras utilizaram o modelo gerencial de tomada de decisões, delineado por Harrison em 1981, como uma modificação do modelo tradicional, no qual o ponto fraco da ausência de determinação do objetivo é superado com o acréscimo dessa etapa e modificação das demais, ficando assim delineado: 1. estabelecer objetivos; 2. procurar alternativas; 3. avaliar alternativas; 4. escolher; 5. implementar e 6. dar seguimento e controlar.

As autoras supracitadas descreveram ainda o processo de Enfermagem como um sistema teórico de solução de problemas e tomada de decisões, porém com um ponto forte não encontrado nos demais: o mecanismo de retroalimentação. Muito embora tenha sido projetado para a prática do cuidado em enfermagem, pode ser facilmente adaptado para solução de problemas administrativos e de liderança, sendo apontado pelos educadores como um modelo de tomada de decisão bastante efetivo. Suas etapas são: 1. avaliar; 2. planejar; 3. implementar e 4. avaliar, podendo retornar a qualquer momento para etapa anterior. A crítica a esse modelo também diz respeito ao modelo tradicional, em que não há exigência de objetivos claramente definidos.

Percebe-se que os passos percorridos em cada modelo guardam semelhanças e diferenciam-se pelo número de etapas percorridas, porém ambos resgataram um aprofundamento teórico pertinente para resolução de problemas e recomendáveis para a utilização na prática profissional da Enfermagem.

3.6 MÉTODOS ESTATÍSTICOS: CONCEITOS PARA FUNDAMENTAR OS DADOS QUANTITATIVOS

A palavra estatística tem origem do latim, *status* (estado) e durante muito tempo guardou denominações referentes ao Estado. Genericamente é considerada uma ciência que se debruça sobre a coleta, organização, descrição, análise e interpretação de dados experimentais (DORIA FILHO, 1999; TRIOLA, 1999).

As estatísticas podem ser consideradas o corpo da análise dos métodos computacionais pelas quais as características de uma população são inferidas através de observações feitas em uma amostra representativa desse grupo. A amostragem e a inferência estatística são essenciais para a investigação científica de modo que a descrição do plano de amostragem implicará na natureza da população-alvo. Pode-se utilizar a estatística simplesmente para descrever dados, mostrando subtipos, distribuições, frequências por meio da *Estatística Descritiva* ou comparar grupos e fazer generalizações através da *Estatística Indutiva, Inferencial ou Analítica* (DORIA FILHO, 1999; DELORME, 2005).

A metodologia estatística possui como fundamento a teoria da probabilidade e muitas incompreensões em estudos geralmente são representadas por violações nas distribuições de probabilidade, que podem gerar conclusões equivocadas e irracionais. Assim, um conjunto de dados possíveis de um experimento é chamado espaço amostral, subconjuntos desse espaço amostral são denominados eventos. Na maioria dos experimentos, não é possível estimar as probabilidades intuitivamente, logo se deve atribuir a cada evento, através de um modelo matemático, uma probabilidade (DELORME, 2005).

A medida de probabilidade é uma regra que associa com cada evento contido no espaço amostral (S) um número, de maneira que as seguintes propriedades sejam satisfeitas:

1. Para cada evento, $P(A) \geq 0$;
2. $P(S) = 1$;
3. $P(\text{não } A) + P(A) = 1$;
4. Se A e B são mutuamente exclusivos, então $P(A \text{ ou } B) = P(A) + P(B)$ e $P(A \text{ e } B) = 0$.

As amostras, que são subconjuntos representativos de uma população devem ser qualitativa e quantitativamente semelhantes a ela, podendo ser classificadas em *probabilísticas* e *não-probabilísticas*. As não-probabilísticas devem ser evitadas, pois podem conter vícios e até levar a conclusões errôneas e as probabilísticas devem ser suficientemente grandes e escolhidas aleatoriamente e independentemente, onde cada um dos elementos da população possui igual chance de ser incluído com probabilidade conhecida e diferente de

zero, além de que a inclusão de um não altera a chance de inclusão dos demais (DORIA FILHO, 1999).

Os métodos de amostragem mais comuns descritos na literatura são: *aleatória simples*, onde toda amostra tem a mesma chance de ser escolhida; *estratificada*, onde a população é subdividida em no mínimo, dois estratos que compartilham características semelhantes, dos quais é extraída uma amostra de cada um deles; *sistemática* quando se escolhe um ponto de partida e é selecionado a cada k-ésimo elemento; *por conglomerados*, utilizando-se de todos os elementos dos conglomerados escolhidos após divisão da área populacional e, por fim, *amostragem de conveniência*, com aqueles que se mantêm acesso fácil (TRIOLA, 1999).

Por mais criteriosa e adequada para cada caso que seja a amostragem, provavelmente ocorrerá um *erro amostral*, definido como a diferença entre o resultado amostral e o verdadeiro resultado populacional resultantes de flutuações aleatórias. Para tal, antes da seleção da amostra define-se um valor máximo de aceitação de erro para o estudo. Além do mais, deve-se ter o máximo de cuidado em minimizar *erros não-amostrais*, que tratam não apenas de uma flutuação aleatória, mas de um instrumento de mensuração defeituoso, uma questão de formulação tendenciosa, um grande número de recusas de respostas ou ainda, cópia incorreta de dados amostrais (TRIOLA, 1999).

A determinação do tamanho da amostra é um item de extrema importância, posto que amostras desnecessariamente grandes acarretam desperdício de tempo e de dinheiro e aquelas excessivamente pequenas podem levar a resultados não confiáveis. Assim, para o cálculo da amostra aleatória de um estudo, inicialmente é analisada a finitude desta população.

Ao tratar de populações muito grandes a ponto de considerá-la infinita, podemos estimar o tamanho da amostra com base em:

Cálculo de tamanho de amostra para *média populacional* com fórmula representada por:

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \sigma}{E} \right)^2.$$

Cálculo de tamanho de amostra *da proporção populacional*:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \cdot p \cdot q}{E^2}, \text{onde :}$$

n = número de indivíduos da amostra;

$Z_{\alpha/2}$ = valor crítico correspondente ao grau de confiança desejado;

σ = desvio-padrão populacional da variável em estudo;

p = valor de referência;

q = proporção de indivíduos que NÃO pertencem à categoria de interesse e;

E = margem de erro.

O valor crítico expresso por $Z_{\alpha/2}$ corresponde ao grau de confiança desejado, este determina a probabilidade de conter o verdadeiro valor dentro de um limite inferior e superior de valores. Deste modo, um intervalo de confiança de 99% indica que ele possui 99% de probabilidade de incluir o verdadeiro valor do parâmetro em estudo (DANIEL, 2005; TRIOLA, 2008).

Os níveis de confiança mais utilizados e seus valores críticos em Z podem ser visualizados na tabela a seguir:

Tabela 01 - Níveis de Confiança mais utilizados com seus valores críticos. João Pessoa-PB, 2012

Níveis de confiança	α	Valor crítico ($Z_{\alpha/2}$)
90%	0,10	1,645
95%	0,05	1,96
99%	0,01	2,575

Quando o desvio-padrão populacional p e q forem desconhecidos, realizar-se-á um estudo piloto de modo a calcular o desvio-padrão amostral S e utilizá-lo em lugar de σ para o primeiro caso e, para o segundo caso, os valores amostrais de p e q ou ainda considerar 0,5 (valor que maximiza o tamanho de n por resultar no maior produto proveniente da multiplicação de p e q).

Em casos de populações finitas de amostras aleatórias, aplica-se um fator de correção, resultando nas seguintes fórmulas:

Cálculo de tamanho de amostra para média populacional:

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N - 1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}.$$

Cálculo de tamanho de amostra para proporção populacional:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}.$$

Por meio da *Estatística Inferencial*, podemos realizar generalizações sobre a população a partir dos dados amostrais e as principais aplicações dela são na estimativa do valor de um parâmetro populacional e na formulação de conclusões sobre a população. Vale ressaltar que, para fazer inferências sobre a população, é de extrema importância avaliar a rigorosidade na coleta de dados. Triola (1999) afirma que “dados coletados de forma imprecisa ou descuidada podem ser totalmente destituídos de valor, mesmo que a amostra seja suficientemente grande”.

Para obter uma estimativa do *parâmetro populacional*, é lançado mão dos estimadores, que são estatísticas amostrais. Como exemplo de estimadores é possível citar a média, a proporção, a variância, entre outros. As afirmações geradas a partir dos parâmetros populacionais podem ser testadas através dos *testes de hipóteses*. Em estatística, uma hipótese é uma alegação, ou afirmação, sobre uma propriedade de uma população (TRIOLA, 1999).

O teste de hipóteses possui como objetivo essencial fornecer metodologia que permita verificar se os dados amostrais trazem evidências que apoiem ou não uma hipótese estatística formulada. As hipóteses serão formuladas a partir dos componentes de estimação média, proporção e variância. A hipótese nula, representada por H_0 , é a que será testada podendo ser rejeitada ou não diante de um p-valor calculado. A hipótese contrária a ela é denominada hipótese alternativa, representada H_1 . A união de ambas cobre todos os valores do parâmetro populacional ou espaço paramétrico (DORIA FILHO, 1999; TRIOLA, 1999; DANIEL, 2005).

Doria Filho (1999, p.74) acrescenta que “um valor não significativo não implica em que a hipótese nula seja verdadeira, mas tão somente em que as evidências disponíveis não são suficientes para rejeitá-lo”.

O teste de hipótese pode gerar quatro decisões estatísticas, a saber: 1. Não rejeitar H_0 , quando esta hipótese é verdadeira; 2. Rejeitar H_0 , quando esta é falsa; 3. Rejeitar H_0 , estando esta hipótese verdadeira resultando no *erro tipo I* - $P(\text{rejeitar } H_0 \mid H_0 \text{ verdadeira}) = \alpha$ e 4. Não rejeitar H_0 , estando esta hipótese falsa gerando o *erro tipo II* - $P(\text{aceitar } H_0 \mid H_0 \text{ falsa}) = \beta$. No intuito de minimizar esses erros, as seguintes considerações devem ser observadas:

“Para α fixo, um aumento do tamanho n da amostra ocasiona uma redução β , logo uma amostra maior reduz a chance de cometermos o erro de não rejeitar a hipótese nula quando ela é falsa (erro tipo II); Para um tamanho n , fixo, da amostra, uma diminuição de α acarreta um aumento de β , reciprocamente, um aumento de α acarreta uma diminuição de β ; Para reduzir α e β , devemos aumentar o tamanho da amostra.” (TRIOLA, 1999, p. 175).

De acordo com as características da amostra, os testes de hipótese podem ser aplicados para uma amostra, para duas amostras dependentes ou independentes e para várias amostras, assim podem ser avaliadas individualmente ou pela diferença entre elas e, ainda, diante dos dados, podem-se realizar testes para a média, proporção e variância de uma população e para diferenças entre duas populações.

Nesse ínterim, a decisão pela rejeição ou não da hipótese nula estará fundamentada em critérios denominados de regras de decisão indicando valores que conduzem à rejeição e valores que conduzem à não rejeição. Valores condutores da rejeição da hipótese nula denominam-se de *região crítica*. A localização da região crítica difere os testes de hipóteses em unilaterais e bilaterais. Nos testes unilaterais a região crítica ou região de rejeição está situada na região extrema direita ou na região extrema esquerda da calda e o nível de significância (área) equivalente é α , enquanto nos bilaterais a região crítica está situada nas duas regiões extremas da cauda e o α é dividido entre as duas caudas (TRIOLA, 2008; ARANGO, 2009).

O teste para proporção populacional baseia-se na suposição de lançarmos uma hipótese sobre a proporção de elementos de uma população possuir uma característica em investigação e, para tal, alguns requisitos devem ser satisfeitos: as observações amostrais devem ser amostras aleatórias simples, as condições para distribuição binomial devem ser satisfeitas e, como tal, há um número fixo de tentativas independentes com probabilidades e

cada tentativa tem possibilidade de sucesso e fracasso. Além do mais, as condições $np \geq 5$ e $nq \geq 5$ devem ser satisfeitas (TRIOLA, 2008).

As hipóteses provenientes dos testes de hipótese para proporção são:

Tabela 02 - Hipóteses para o teste de hipótese para proporção. João Pessoa-PB, 2012

Teste bilateral	Teste unilateral à direita	Teste unilateral à esquerda
$H_0: p = p_0$	$H_0: p = p_0$	$H_0: p = p_0$
$H_1: p \neq p_0$	$H_1: p > p_0$	$H_1: p < p_0$

A estatística do teste para a proporção é definida por:

$$z = \frac{\left(\hat{p} - p_0 \right)}{\sqrt{\frac{p_0 q_0}{n}}}, \text{ onde :}$$

n = tamanho da amostra;

$$\hat{p} = \frac{x}{n}$$

x = número de indivíduos que possuem a característica de interesse na amostra;

p = valor de referência e;

$$q = 1 - p.$$

Como regra de decisão, diante do resultado obtido sob um nível α de significância, tem-se:

Testes unilaterais: se $Z_{cal} > Z_{\alpha}$ (direita) e $Z_{cal} < -Z_{\alpha}$ (esquerda), rejeita-se H_0 .

Teste bilateral: se $-Z_{\frac{\alpha}{2}} \leq Z_{cal} \leq Z_{\frac{\alpha}{2}}$ não se pode rejeitar H_0 e se $Z_{cal} < -Z_{\frac{\alpha}{2}}$ ou

$$Z_{\frac{\alpha}{2}} < Z_{cal}, \text{ rejeita-se } H_0.$$

Diante da necessidade de comparar proporções de características de diferentes grupos a partir de amostras independentes, pode-se recorrer ao *Teste para Diferença entre*

Proporções no intuito de detectar a existência ou não de diferenças estatísticas. Trata-se de inferências sobre duas populações, onde as proporções das duas amostras aleatórias simples devem ser *independentes* e, para cada uma das duas amostras, o número de sucessos e fracassos devem ser pelo menos cinco para cada uma delas (TRIOLA, 2008).

Nesse caso, as hipóteses possíveis para o teste de diferença entre proporções são:

Tabela 03 - Hipóteses para o teste de hipóteses para diferença entre proporções. João Pessoa-PB, 2012

Teste bilateral	Teste Unilateral à Direita	Teste Unilateral à Esquerda
$H_0: p_1 = p_2$	$H_0: p_1 = p_2$	$H_0: p_1 = p_2$
$H_1: p_1 \neq p_2$	$H_1: p_1 > p_2$	$H_1: p_1 < p_2$

As proporções $\hat{p}_1$ e $\hat{p}_2$ serão obtidas das amostras n_1 e n_2 e serão representadas pela

fórmula:

$$z = \frac{\left(\hat{p}_1 - \hat{p}_2\right) - \left(p_1 - p_2\right)}{\sqrt{\frac{\bar{p}\bar{q}}{n_1} + \frac{\bar{p}\bar{q}}{n_2}}}, \text{onde}$$

p_1 e p_2 = proporções de cada população;

n_1 e n_2 = tamanho da amostra;

$$\hat{p}_1 = \frac{x_1}{n_1} \text{ e } \hat{p}_2 = \frac{x_2}{n_2};$$

x_1 e x_2 = número de sucessos em cada amostra;

$$\bar{p} = \frac{x_1 + x_2}{n_1 + n_2} \text{ (proporção amostral combinada)}$$

$$\bar{q} = 1 - \bar{p}$$

Diante de um nível de significância α , a regra de decisão será norteada por:

Testes unilaterais: se $Z_{cal} > Z_{\alpha}$ (direita) e $Z_{cal} < -Z_{\alpha}$ (esquerda), rejeita-se H_0 .

Teste bilateral: se $-Z_{\frac{\alpha}{2}} \leq Z_{cal} \leq Z_{\frac{\alpha}{2}}$ não se pode rejeitar H_0 e se $Z_{cal} < -Z_{\frac{\alpha}{2}}$ ou $Z_{\frac{\alpha}{2}} < Z_{cal}$, rejeita-se H_0 .

Existe outro teste de hipóteses que se mostra útil quando se pretende verificar a existência de uma possível associação entre diferentes variáveis. Trata-se do *Teste de Independência*, onde se tem a pretensão de testar a possível associação entre as frequências observadas e as frequências esperadas de características de uma amostra. Nesse caso, utilizando o teste bilateral, a hipótese nula é de que as variáveis são independentes, ou seja, há divergências entre as frequências observadas e esperadas e o contrário gera a hipótese alternativa de que as variáveis guardam dependência. A estatística para esse teste é definida por:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}, \text{ onde :}$$

O_i representa a frequência observada e E_i a frequência esperada.

Diante de uma tabela de contingências de mensurações de duas entradas, tem-se que a frequência esperada de observações é dada por:

$$E_i = \frac{n_{i.} \times n_{.j}}{n}$$

Logo, os valores críticos serão encontrados a partir de uma distribuição Qui-Quadrado, ou seja, com $(r - 1) \times (s - 1)$ graus de liberdades e a regra de decisão, a um nível α de significância, será: se $\chi_{cal}^2 < \chi_{1-\alpha}^2$ não se pode rejeitar H_0 e $\chi_{cal}^2 > \chi_{1-\alpha}^2$ rejeita-se H_0 . (TRIOLA, 2008).

Nos três casos, existem evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula (H_0) se o valor da estatística do teste estiver dentro da região crítica de ocorrência, ou seja, p-valor menor igual ao nível de significância.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZANDO O ESTUDO

A presente investigação científica possui características de estudos exploratório, descritivo e inferencial. Sobre o caráter exploratório da pesquisa, Triviños (2009) assegura que ele permite ao observador ampliar sua experiência, adquirindo e aprofundando conhecimentos acerca da temática em foco, partindo, por vezes, de hipóteses geradas na realidade investigada.

A utilização do método de pesquisa descritivo proporciona a busca de descrições detalhadas de variáveis, utilizando os dados para justificar e avaliar as condições e práticas existentes ou sugerir planos para melhorar a atuação profissional na atenção à saúde (LOBIONDO; HABER, 2001; MINAYO, 1999; TRIVIÑOS, 2009). Triviños (2009) acrescenta que este tipo de estudo pode, ainda, estabelecer relações entre variáveis, denominando-o descritivo e correlacional, proposta, que, no presente estudo, será materializada por meio de Teste de Associação entre algumas variáveis.

O caráter inferencial remete à possibilidade de fazer estimativas da população a partir da representatividade escolhida. Sobre este aspecto, Arango (2009) assevera que a razão para aplicar métodos inferenciais reside na impossibilidade de fazer afirmações a partir de toda a população, por ser desconhecida, impossível de enumerar ou infinita.

No item que se refere ao método de abordagem, optou-se por permear entre o quantitativo e o qualitativo diante da natureza dos dados apresentados. No que se refere à abordagem qualitativa, Chizzotti (1991) afirma que se fundamenta em dados coligidos nas interações interpessoais, na coparticipação das situações dos informantes, analisadas a partir da significação que estes dão aos seus atos. O pesquisador participa, compreende e interpreta. Já a abordagem quantitativa é definida pela população e busca um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar. Ela transforma em números, opiniões e informações, por meio de recursos e técnicas estatísticas, para classificá-las e analisá-las (MINAYO, 1999).

Machado (2010) expõe que há literatura abundante sobre o eterno confronto entre teorias quantitativistas e qualitativistas em detrimento de poucos trabalhos que tentam desenvolver estratégias de integração entre as duas perspectivas, posto que do ponto de vista metodológico não há com incongruência nem mesmo uma continuidade entre as investigações quantitativa e qualitativa e, sim, naturezas diferentes: enquanto uma atua em níveis de

realidade objetivando trazer à luz os dados, indicadores e tendências observáveis, a outra trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

Neste estudo, a utilização das duas abordagens possibilitará o cruzamento de informações, o que acarretará uma melhor compreensão do objeto eleito para o estudo. A abordagem quantitativa envolverá o cálculo do tamanho da amostra objetivando o alcance de dados estatisticamente representativos da população eleita para o estudo, bem como os testes necessários e pertinentes para a análise dos dados e a qualitativa envolverá a análise dos dados subjetivos coletados sobre a inserção do tema Tomada de Decisão nas disciplinas contidas nas ciências da enfermagem.

Os métodos quantitativos são fortes em validade externa, ou seja, os resultados adquiridos podem ser generalizáveis para um conjunto de comunidades semelhantes, em contrapartida, são precários em validade interna no sentido de que nem sempre conseguem medir aquilo que pretendem. De maneira contrária se comportam os métodos qualitativos, pois possuem muita validade interna, onde focalizam as particularidades e generalidades e pouca validade externa (MACHADO, 2010).

Quanto ao seguimento processual da proposta investigativa, seus delineamentos serão alicerçados nos fundamentos teórico-metodológicos orientados pela TIPESC, que interpreta os fenômenos dinâmicos das transformações sociais, apoiando-se no MHD com vistas propositivas de captar e interpretar estes fenômenos integrados ao contexto histórico social no qual acontecem.

Ao perceber a transformação qualitativa do fenômeno, observa-se uma nova realidade objetiva e nega-se a realidade anterior, colocando-se um novo horizonte para a retomada do processo dialético. Descrever as contradições existentes na realidade objetiva, propor uma intervenção e configurar as principais mudanças é o que se pretende realizar nesta pesquisa com a ajuda da TIPESC.

Sobre a trajetória processual da Teoria, Egry (1996) expõe que:

“tratar-se de uma atividade práxica, que busca encontrar a aparência do fenômeno no cotidiano; a essência dessa qualidade e a gênese das transformações ocorridas nas diferentes categorias que podem recortar o fenômeno - (tempo – espaço), (teoria – prática), (necessidade – possibilidade). Prossegue afirmando que depois de compreender a realidade objetiva, dissecada através das Categorias Analíticas, busca-se a vulnerabilidade. Estas trarão os motes transformadores que passarão a constituir projetos de trabalho que, por sua vez, ao serem confrontados com o fenômeno gerarão novas

contradições, e a superação dessas contradições trará transformações, tanto do objeto quanto do próprio homem”.

A teoria investigativa proposta por Egry (1996) decompõe-se em etapas, iniciando-se com a Captação da realidade objetiva, passando pela Interpretação da realidade objetiva, pela Construção de um projeto de intervenção, pela Intervenção na realidade objetiva e, por fim, uma Reinterpretação da realidade objetiva. Para a captação dessa realidade objetiva, o método utiliza-se de três dimensões: singular, particular e estrutural.

A estratégia geral da investigação consistirá em captar e analisar, à luz da TIPESC, os conteúdos programáticos das disciplinas que compõem as Ciências da Enfermagem, tendo em vista suas dimensões singular, particular e estrutural. A dimensão singular é relativa ao processo de tomada de decisão nas disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem, enquanto a dimensão particular refere-se aos processos de ensino nas IES em Enfermagem na Paraíba, que se articulam com as políticas e diretrizes nacionais direcionadas aos processos de formação de profissionais de enfermagem, constituindo assim a dimensão estrutural.

No aspecto mais restrito, tentar-se-á apreender a realidade atual do processo formativo de Enfermagem no tocante à preparação dos futuros profissionais para o processo de Tomada de Decisão mediante situações que envolvam conteúdos das disciplinas constantes nas Ciências da Enfermagem em qualquer matriz curricular das instituições participantes do estudo.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O local de busca de dados para o presente estudo foi as Instituições de Ensino Superior (IES) que ministram o Curso de Graduação em Enfermagem. Na cidade de João Pessoa, existem atualmente 9 (nove) instituições de ensino superior em Enfermagem: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat (FASER), Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP), Faculdade Maurício de Nassau, Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP), Faculdades de Ciências Médicas da Paraíba (FCM), Faculdade Unida da Paraíba (UNPB) e Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

O Município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, detinha em 2010, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), em torno de

723.515 habitantes, ocupando uma área de unidade territorial de aproximadamente 211,274 Km². Estimativas da Fundação IBGE em 2011 revelam aproximadamente 733.155 habitantes. Atualmente (2012) comporta nove IES que possuem graduação em Enfermagem anteriormente citadas, sendo oito de cunho privado e uma pública. Dados do IBGE (2000) marcavam a existência de apenas três IES, sendo duas de caráter privado e uma pública.

Em visita preliminar às nove instituições, duas recusaram-se a participar do estudo.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO E AMOSTRA

Os sujeitos da pesquisa foram os docentes ministrantes de disciplinas que compõem o núcleo das Ciências da Enfermagem das sete IES que se disponibilizaram a participar da investigação, representados pelas disciplinas Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem.

Os critérios de inclusão foram:

1. Apresentar vínculo com a instituição;
2. Estar presente no momento da coleta de dados;
3. Aceitar participar da pesquisa e;
4. Não ter sido sorteado para coleta em outra IES.

De posse da lista dos docentes, foi realizado cálculo da amostra e sorteio aleatório dos participantes de cada instituição. Cada IES representou um estrato e a amostra foi calculada através do cálculo para uma proporção de uma população finita, utilizando-se como parâmetros: 95% de confiança, 10 pontos percentuais de margem de erro e uma proporção $p = 0.5$.

Após geração do quantitativo da amostra, as populações dos estratos (IES) foram computadas no Excel e realizado sorteio aleatório dos participantes do estudo. A seguir, na Tabela 04, visualiza-se a população adscrita em cada estrato de estudo e a amostra resultante.

Tabela 04 - População e amostra por cada estrato populacional. João Pessoa-PB, 2012

Estrato (IES)	População	Amostra	Amostra coletada
IES 1	58	36	36
IES 2	25	20	20
IES 3	10	9	9
IES 4	9	8	8
IES 5	13	12	12
IES 6	9	8	7
IES 7	18	14	14
Total	142	107	106

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A presente proposta de investigação científica seguiu rigorosamente os preceitos éticos demandados pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução N° 196/96, regulamentando pesquisas com seres humanos. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, em sessão realizada em Agosto de 2011, considerando-o aprovado para execução sob Protocolo 426/2011 (ANEXO A).

Todos os participantes foram informados sobre a pesquisa mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que buscou a anuência voluntária dos entrevistados e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro) ou subordinação, após explicação pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos e o incômodo que esta pudesse acarretar (BRASIL, 1996).

Também foi garantido o anonimato dos sujeitos, bem como das instituições que colaboraram com o estudo no ato da publicação dos dados e, ainda, o sigilo de informações consideradas confidenciais.

4.5 COLETA DE DADOS

Previamente à coleta de dados, foram realizados contatos e entrega de ofícios às Coordenações dos Cursos de Graduação em Enfermagem, solicitando a autorização para o

desenvolvimento da pesquisa nas instituições de ensino superior. Diante da liberação dos gestores das IES para realização do trabalho de campo, iniciaram-se os contatos diretos com os docentes.

A coleta de dados iniciou-se com a aplicação de teste piloto com alguns profissionais docentes, permitindo a detecção de duplicidades nas questões que foram ajustadas.

Nas visitas preliminares, as IES disponibilizaram o cadastro de seus professores e o levantamento dos dados quantitativos teve início em novembro de 2011 com o seguimento das etapas:

- Cálculo de amostra por estrato;
- Sorteio aleatório da amostra participante de cada estrato e;
- Início da coleta de dados seguindo a ordem do sorteio com os casos de recusa substituídos pelo nome subsequente e tabulação.

A coleta dos dados aconteceu em quatro momentos:

O Primeiro Momento aconteceu em novembro de 2011 e consistiu no preenchimento do Formulário produzido (Apêndice B), composto por dados relativos às instituições que aceitaram participar do estudo, no intuito de captar a descrição histórica e processual das IES. O formulário continha investigações sobre dados históricos, atividades processuais do curso e disciplinas do Eixo Ciências da Enfermagem. Esse apêndice permitiu o conhecimento do caráter institucional, bem como a regulamentação legal, o perfil do aluno egresso e o conhecimento das disciplinas disponibilizadas.

O Segundo Momento aconteceu de outubro de 2011 a julho de 2012 e consistiu na aplicação de questionários (ANEXO C) aos docentes responsáveis pelas disciplinas nas diferentes instituições.

O questionário estruturado foi composto das seguintes partes:

- a) Dados sócio-econômicos;
- b) Dados relacionados à escolaridade e;
- c) Dados relacionados ao processo de ensino e à tomada de decisões.

Essa etapa proporcionou o perfil social e profissional dos docentes da graduação em Enfermagem das diferentes IES no município de João Pessoa, como também obtivemos dados relativos aos processos de ensino e direcionamento para a tomada de decisões na opinião emitida pelos professores.

Ao término de cada coleta de dados em cada IES, solicitava-se a liberação dos planos de curso das disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem, porém apenas duas disponibilizaram os planos, as demais justificaram a não liberação por tratar-se de documentos internos de interesse único da instituição, solicitando que a análise dos dados acontecesse apenas com a utilização dos questionários respondidos pelos professores.

O Terceiro Momento consistiu na análise dos planos de cursos das disciplinas que compõem o núcleo Ciências da Enfermagem, com apoio de um formulário (Apêndice D), buscando nas *Bases Conceituais* dados que veiculassem a temática Tomada de Decisão. A *Base Conceitual* de um plano de curso é composta por *Ementa, Objetivos e Conteúdos Programáticos*.

No Quarto Momento, procedeu-se a comparação entre os achados dos planos e dos relatos escritos dos entrevistados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram condensados em bancos que foram a posteriori submetidos a métodos estatísticos de suporte a tomada de decisão, escolhidos aqueles que melhor se adaptaram à estrutura e ao delineamento dos dados amostrais. A fim de proceder ao desenvolvimento das técnicas estatísticas e seus artifícios, foi utilizado o software R, disponível em www.r-project.org como suporte a análise quantitativa do estudo, uma vez que se trata de um software livre e gratuito disponível à comunidade científica.

Os dados socioeconômicos e profissionais (questões 1 a 8) foram analisados de forma descritiva e as questões 9, 10, 11 e 12 do questionário anexo (ANEXO C) foram analisadas por meio de testes de hipótese para a proporção, com o objetivo de verificar se os dados amostrais traziam evidências que apoiassem ou refutassem a hipótese estatística formulada em cada questão, permitindo identificar características do Processo de Ensino nas Disciplinas das Ciências da Enfermagem, a partir dos dados dos docentes em cada IES, e a posteriori compará-las.

Em virtude de algumas IES possuírem amostras pequenas, por vezes inviáveis para testes estatísticos, procedia-se a junção em grupos por critérios de características educacionais: Universidade Pública (IES 1), Centros Universitários caracterizados como instituições que possuem cursos de diferentes áreas do conhecimento (IES 2, IES 4 e IES 7) e Faculdades caracterizadas como instituições com apenas uma área do conhecimento (IES 7, IES 3 e IES 6).

Na análise inferencial dos dados objetivos foram utilizados testes estatísticos como métodos para tomada de decisão:

- Testes de hipótese para proporção;
- Teste de igualdade das proporções e;
- Teste de independência de variáveis.

Nos três testes utilizados, prosseguiu-se a identificação das hipóteses a serem testadas, conhecidas como **hipótese nula (H_0)** e **hipótese alternativa (H_1)**.

Tabela 05 - Teste de apoio à Decisão e suas Hipóteses. João Pessoa-PB, 2012

Teste de	H_0	H_1
Hipótese para proporção	$p = 0,5$	$p > 0,5$
Igualdade de proporções	$p_1 = p_2$	$p_1 \neq p_2$
Associação entre variáveis	Independência	Dependência

Definidas as hipóteses, optou-se pelo nível de significância (α) de 0,05 e procedeu-se o cálculo das estatísticas dos testes e p-valor, no intuito de decidir pela rejeição ou não da hipótese nula.

Os dados qualitativos emergiram da aplicação dos questionários semiestruturados e o material empírico resultante forneceu informações dos docentes sobre o Processo de Ensino direcionado à Tomada de Decisões nas instituições formadoras de profissionais de enfermagem. Estes dados foram analisados à luz da técnica da Análise de Discurso na vertente proposta por Fiorin (2005), [... *para quem o texto é um todo organizado de sentidos num determinado universo de significação e é um objeto individual, enquanto o discurso é uma posição social porque materializa na linguagem e veicula na sociedade as representações ideológicas dos sujeitos*]. A análise seguiu os três níveis de leitura propostos, desde o nível superficial (onde afloram os significados), passando pelo nível intermediário

(onde os valores são definidos, encontrando acordos e desacordos) até o nível da estrutura profunda (significados abstratos e simples são categorizados).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Considerando as características metodológicas do estudo, a apresentação e discussão dos dados empíricos da presente pesquisa serão trabalhadas sob a ótica das abordagens quantitativa e qualitativa, que aparecerão interligados, atendendo às necessidades da análise, seguindo as seguintes etapas: 1. Caracterização das Instituições de Ensino Superior pesquisadas. 2. Perfil social e de formação dos docentes de enfermagem; 3. Análise das características do Processo de Ensino de Tomada de Decisão utilizando Testes de Hipótese para proporção; 4. Análise da Igualdade das proporções das características do ensino por característica institucional; 5. Análise da Associação entre variáveis e 6. Proposta de modelo processual de Tomada de Decisão.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR PESQUISADAS

O município de João Pessoa-PB detém o quantitativo de 09 (nove) Instituições de Ensino Superior (IES) que ministram o curso de graduação em Enfermagem, destas, 07 (77,8%) autorizaram a coleta de dados para a composição da pesquisa. As instituições visitadas possuem características bem diferenciadas quanto ao caráter institucional e tempo de atuação no mercado (tabela 06), bem como caracterização dos docentes e características de ensino (analisados adiante).

Tabela 06 - Dados legais das IES participantes do estudo. João Pessoa-PB, 2012

IES	Bases Legais	Ano de início	Tempo decorrido (2012)	Característica institucional
IES 1	Portaria MEC nº 365/1958	1953	59 anos	Universidade
IES 2	Res. CONSEPE 11/06 e Res. CONSUNI 003/06	2006	6 anos	Centro de Ensino
IES 3	Portaria MEC 250/2008	2008	4 anos	Faculdade
IES 4	Portaria MEC nº 2.874/2004	2011	1 ano	Centro de Ensino
IES 5	Portaria MEC nº. 496/2006	2006	6 anos	Centro de Ensino
IES 6	Portaria MEC nº. 496/2006	2006	6 anos	Faculdade
IES 7	Portaria MEC nº 1375/2001	2001	11 anos	Faculdade

Todas as IES consideradas na pesquisa possuem suporte legal para atuar enquanto estabelecimentos de ensino. Quanto ao ano de início de funcionamento, uma das instituições pesquisadas foi criada ainda na década de 50 do século XX, enquanto as demais iniciaram suas trajetórias de funcionamento entre os anos de 2001 e 2011, como consequência das políticas neoliberais e das novas políticas da educação nacional, incentivadas a partir da década de 90.

O Presidente Fernando Henrique Cardoso, em seu primeiro mandato (1995-1998) manteve o foco na LDB de 1996, propiciando a expansão do ensino superior privado por meio da liberalidade para criação de novos cursos e por critérios de aprovação extremamente facilitadores. Em decorrência das políticas adotadas pelo Governo Federal, foi possível perceber o crescimento do ensino superior privado no país. No caso da enfermagem, somente na década de 90, foram criados no Brasil noventa e quatro cursos superiores, dos quais setenta e sete (82%) eram privados e dezessete (18%) públicos (BARBOSA, BAPTISTA, 2008).

Uma das consequências dessa ação para as Universidades públicas, conforme assegura Figueiredo (2005), foi o sucateamento do setor representado por cortes de verbas, não abertura de concursos públicos para professores e funcionários técnico-administrativos, continuidade da expansão do ensino superior privado e das matrículas dela decorrentes, destinação de verbas públicas para as faculdades particulares e da ausência de uma política efetiva de assistência estudantil.

Durante o primeiro mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006), medidas legais apontaram muito mais para a continuidade do que para a descontinuidade das políticas anteriores no setor, com destaque para a Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, que instituiu o Programa Universidade para Todos (PROUNI) regulamentando a “compra” das vagas ociosas nas instituições privadas e, com isso, destinando verba pública para este setor, com isenção de uma série de impostos (SGUISSARDI, 2006).

Diante de tais acontecimentos, é possível explicar e, talvez, justificar a motivação para o aumento do número de Faculdades particulares a partir de 1990 no Brasil, pontualmente na cidade de João Pessoa, onde observamos a abertura de oito instituições de ensino superior, todas elas com o curso de graduação em Enfermagem incluso. Esse incentivo governamental, ao mesmo tempo de possibilita a formação de mais profissionais de enfermagem a serem lançados no mercado de trabalho, também aumenta a concorrência por empregos, quando comparados à quantidade de novos cursos e o tamanho da capital, resultando em salários cada vez menores para a categoria. Além do mais, incentiva a

acumulação de capital no setor privado de investidores educacionais, bem como desprestigia o caráter histórico e conceitual das Universidades públicas.

A caracterização institucional foi o critério adotado para relacionar as IES em grupos de afinidades no intuito de aumentar as possibilidades de análises estatísticas inferenciais. Este estudo define *Universidade* como, instituição de ensino superior de cunho público, de estrutura multicampi e multicêntrica, direcionada ao ensino de diversas áreas do conhecimento; Define *Centro Universitário*, como instituição de ensino superior de cunho privado, com graduações em diferentes áreas do conhecimento; *Faculdade*, como instituição de ensino superior de cunho privado, com graduações em apenas uma área do conhecimento. Seguindo essa caracterização, foi trabalhada uma Universidade, três Centros Universitários e três Faculdades que possuem curso de graduação em enfermagem.

As Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, instituídas pela Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE), sob a Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, “*definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos de formação de enfermeiros a serem aplicados em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em Enfermagem*”.

A Resolução em lide também assegura em seu artigo 3º o perfil do formando egresso, apresentando o profissional de enfermagem de nível superior dotado de:

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

Tomando por base a caracterização legal do profissional egresso de Enfermagem, elencaram-se, no Quadro 01, as características do profissional a ser formado em cada IES e, fundamentado nesses dados, observou-se que a maioria das instituições persegue os ditames legais para formação desse profissional, com exceção das IES 2 e 6, que restringem a formação do profissional de enfermagem a uma de suas competências/habilidades gerais como “*administrador de unidade ou serviços de enfermagem*” e “*coordenador do trabalho de enfermagem*”.

Quadro 01 - Características do profissional enfermeiro a ser formado em cada IES pesquisada. João Pessoa-PB, 2012

IES	Características do Profissional a ser formado
IES 1	Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificada para o exercício da Enfermagem e da docência com base em conhecimentos científicos e habilidades técnicas e em princípios éticos.
IES 2	<i>Administrador</i> de unidades e/ou serviços de enfermagem em qualquer instituição na execução de funções assistenciais. No campo do ensino, como na prática profissional, pesquisando e acompanhando a constante evolução das ciências.
IES 3	Enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica reflexiva, com competência técnica e científica, respeitando os preceitos éticos e legais para o exercício da enfermagem.
IES 4	Interventor no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.
IES 5	O campo de atuação do enfermeiro compreende as áreas de assistência à saúde no âmbito da promoção, prevenção de agravos e cuidados voltados para recuperação e reabilitação de pessoas acometidas de doença; gerenciamento de serviços e ações assistenciais; ensino e pesquisa.
IES 6	<i>Coordenador do trabalho de enfermagem</i> , com competência técnico-científica, ético-política, para intervir na realidade de saúde, de forma propositiva na perspectiva da transformação dos perfis epidemiológicos, nacional, regional e particularmente na Paraíba.
IES 7	Formação generalista com postura ética e humanista, atuando na assistência direta aos usuários do sistema de saúde e coordenando o processo do cuidar em enfermagem. Atuando, também, com base ética, em equipe multiprofissional, assumindo, quando necessário, o papel de responsável técnico.

As competências e habilidades desenvolvidas na formação em enfermagem também são elencadas na Resolução CNE/CES nº 3/2001. São elas, Atenção à saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança, Administração e Gerenciamento; Educação Permanente. O Art. 4º do citado diploma legal define essas competências e habilidades como:

- **Atenção à saúde:** aptidão adquirida no intuito de prestar ações integradas e contínuas de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, também no âmbito individual, utilizando-se do senso crítico, qualidade da assistência e princípios legais;
- **Tomada de decisões:** capacidade de tomar decisões baseadas em evidências científicas para viabilização dos recursos humanos e materiais disponíveis;
- **Comunicação:** capacidade de interação interprofissional e com a clientela assegurando a confiabilidade das informações confiadas;
- **Liderança:** aptidão a assumir posições de liderança, com compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento;
- **Administração e gerenciamento:** aptidão para tomar iniciativas, fazer gerenciamento e administração de recursos humanos e materiais e;
- **Educação permanente:** capacidade de aprender continuamente e atuar diretamente com a educação e formação de novos profissionais.

Todo e qualquer curso de graduação possui como característica fundamental a obrigação de prover o graduando das competências, habilidades e atitudes inerentes à formação que procura. No artigo 6º da Resolução em tela, são elencados os conteúdos essenciais para o curso de graduação em enfermagem no âmbito das Ciências Biológicas e da Saúde; das Ciências Humanas e Sociais e, particularmente, das Ciências da Enfermagem. Neste estudo, denominaremos estas três Ciências como “Eixos” para o processo de formação.

Incluem-se neste último eixo (Ciências da Enfermagem) os conteúdos vinculados aos Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem e Administração de Enfermagem, considerados neste estudo como “Subeixos” do processo formativo. Nas matrizes curriculares propostas pelos diversos cursos de graduação, as Ciências da Enfermagem são compostas por diversas disciplinas que qualificam e individualizam o trabalho profissional dos enfermeiros, pela prática privativa desses conteúdos:

“**Fundamentos de Enfermagem:** os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo; **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais

e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem; e **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem” (BRASIL, 2001).

Os subeixos elencados direcionam a formação do profissional de enfermagem para o desenvolvimento efetivo de habilidades, competências e atitudes gerais que caracterizam o seu exercício laboral. Diante desse entendimento, buscou-se verificar a carga horária que os cursos analisados disponibilizam para formação de seus profissionais, bem como a carga horária direcionada para o Eixo Ciências da Enfermagem e, ainda, o percentual de cada subeixo (Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem). Os dados coletados foram dispostos na tabela 07 e 08.

Tabela 07 - Dados absolutos da Carga Horária Total (CHT), da Carga Horária do Eixo Ciências da Enfermagem (Eixo CECH) e percentual resultante nas IES. João Pessoa-PB, 2012

IES	CHT	Eixo CECH	% da CHT
IES 1	4050	1770	43,70
IES 2	4005	1700	42,45
IES 3	4000	1655	42,37
IES 4	4000	1400	35
IES 5	4040	1260	31,2
IES 6*	-	-	-
IES 7	4120	1820	44,17

*Não disponibiliza a grade curricular do curso.

Os dados revelam que nas IES pesquisadas a Carga Horária Total (CHT) direcionada à formação do profissional de enfermagem encontra-se no intervalo compreendido entre 4005 (quatro mil e cinco) e 4120 (quatro mil e cento e vinte) horas com Carga Horária ofertada no Eixo Ciências da Enfermagem (Eixo CE CH), variando de 1260 (mil e duzentos e sessenta) a 1820 (mil e oitocentos e vinte) horas.

A representação percentual desse eixo para a formação do profissional de enfermagem mostra-se bem significativa, posto que componha de 35 a 44,17% da carga horária total disponibilizada para o curso, ressaltando a importância e qualificação do conhecimento que esse eixo representa na formação do enfermeiro.

Tabela 08 - Percentual dos Subeixos em relação ao Eixo Ciências da Enfermagem nas IES. João Pessoa-PB, 2012

IES	Eixo CE CH	% de Fundamentos	% de Assistência	% de Administração
IES 1	1770	24,6	63,6	9,3
IES 2	1700	25,0	70,6	4,4
IES 3	1655	16,6	81,0	2,4
IES 4	1400	22,9	67,1	10,0
IES 5	1260	25,4	68,3	6,3
IES 6*	-	-	-	-
IES 7	1820	25,3	68,1	9,6

*Não disponibiliza a grade curricular do curso.

Dentro do Eixo Ciências da Enfermagem, o subeixo Fundamentos teve representação percentual variando entre 16,6 e 25,4%, Assistência entre 63,6 e 81% e Administração entre 2,4 e 9,3%.

Observa-se que, o subeixo Assistência de Enfermagem perfaz o maior percentual do eixo das Ciências da Enfermagem, posto que as disciplinas que o compõem direcionam o conhecimento teórico-prático em todas as fases e características do processo de saúde-doença do indivíduo e da coletividade em todos os níveis de atenção em saúde, compreendendo, portanto, o maior quantitativo de disciplinas que se individualizam pela etapa ou especificidade da vida humana ou ainda pela atenção prestada, como exemplo assistência direcionada à saúde da criança, mulher, adulto, idoso; usuário de bloco cirúrgico, terapia intensiva, dentre outros.

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, através das Diretrizes Curriculares, recomenda que sejam contemplados, na formação do profissional, elementos essenciais em cada área do conhecimento com fins de desenvolver competência e desenvolvimento intelectual para atuação autônoma e permanente de suas atividades e, para tal, um dos princípios das diretrizes visa assegurar às IES ampla liberdade na composição de sua carga horária, bem como evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação (BRASIL, 2001).

5.2 PERFIL SOCIAL E FORMATIVO DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM

De posse dos dados das IES pesquisadas, enquanto extrato individualizado realizou-se o agrupamento das instituições segundo sua característica institucional, obtendo-se um montante de 36 docentes de uma Universidade pública, 40 de Centros Universitários privados e 30 de Faculdades, resultando uma amostra total de 106 docentes.

Segue-se uma caracterização social e formativa desses profissionais. A princípio, observa-se na Tabela 09 a distribuição dos professores quanto ao gênero, em que é possível identificar o caráter majoritário do sexo feminino entre os docentes ministrantes de disciplinas do Eixo Ciências da Enfermagem, com percentual variando entre 88,89 e 90%.

Tabela 09 - Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo o Gênero. João Pessoa-PB, 2012

Variáveis	IES					
	Universidade Pública		Centros Universitários Privados		Faculdades	
Gênero	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Feminino	32	88,89	36	90,00	27	90,00
Masculino	4	11,11	4	10,00	3	10,00
Total	36	100,00	40	100,00	30	100,00

Sobre a variável “gênero”, a predominância do sexo feminino na enfermagem remonta aos primórdios do nascimento dessa categoria profissional, onde o cuidado aos enfermos era exercido exclusivamente por mulheres (CARVALHO, KALINKE, 2008). Os dados também seguem a tendência da caracterização dos professores de enfermagem que revela o índice de 84% de docentes mulheres. Os autores afirmam que esse número retrata a dinâmica do processo de gênero, em que mais graduandos do sexo feminino concluem o curso, aumentando a probabilidade de também serem professores (PEREIRA, SANTOS, SILVA, 2010).

Fatores históricos e culturais, por vezes, têm determinado diferenças consideráveis de gênero que se manifestam nas diversas categorias profissionais. Na Enfermagem, ainda é possível perceber grupos profissionais majoritários em gênero, embora já não seja desconsiderável o percentual de profissionais do sexo masculino.

Em relação à idade, verifica-se na Tabela 10 que docentes da Universidade Pública estão inclusos, em sua maioria, na faixa etária entre 45 e 54 anos, enquanto nos Centros Universitários e Faculdades a maioria encontra-se na faixa etária dos 25 aos 34 anos.

Tabela 10 - Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo a faixa etária. João Pessoa-PB, 2012

Variáveis	IES					
	Universidade Pública		Centros Universitários Privados		Faculdades	
Faixa etária	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
25 ---35 anos	5	13,9	18	45,00	15	50,00
35 ---45 anos	8	22,22	10	25,00	8	26,67
45 ---55 anos	18	50,00	9	22,50	6	20,00
= > 55 anos	5	13,9	3	7,50	1	3,33
Total	36	100,00	40	100,00	30	100,00

Observa-se uma relação dos dados dessa tabela com aqueles relativos ao histórico das instituições, posto que os docentes das *Universidades* iniciaram sua carreira profissional no magistério superior após o surgimento de concursos. As demais instituições registram o início de suas atividades em épocas bem mais recentes.

Em estudo de natureza descritiva, tipo censo, realizado por Magalhães, Yassaka e Soler (2008) com 77 docentes de um curso de graduação em Enfermagem de uma Instituição Autárquica Estadual, a maioria dos docentes estava disposta na faixa etária entre 41 e 50 anos, portanto, com mais experiência pessoal. Pereira, Santos e Silva (2010) também verificaram uma significativa presença de docentes nessa faixa etária em estudo realizado em duas instituições privadas e uma pública, no município de João Pessoa/PB.

A tabela 11 apresenta a distribuição dos professores considerando seus locais de formação. Os dados revelam que a maioria dos professores das instituições privadas é egressa das instituições públicas.

Tabela 11 - Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo a IES de formação. João Pessoa-PB, 2012

Variáveis	IES					
	Universidade Pública		Centros Universitários Privados		Faculdades	
Tipo de IES de formação	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Pública	29	80,6	21	52,5	16	53,3
Privada	7	19,44	19	27,5	14	46,7
Total	36	100,00	40	100,00	30	100,00

Bom Conselho e Bessa (2007) relatam que o ensino público assume uma concepção educacional intimamente ligada ao ensino e à pesquisa além da prática formativa. Contudo, esta caracterização gera altos custos e impede a expansão das instituições. Para estes autores, por outro lado, o setor privado está diretamente implicado com a formação para a prática profissional e atende a um público maior.

Sobre a expansão do ensino superior, por meio da iniciativa privada, Bom Conselho e Bessa (2007) consideram que, à medida que ampliam o acesso ao ensino superior, mercantilizam a educação e oferecem aos alunos uma formação de baixo nível e altas mensalidades, numa lógica perversa e antidemocrática.

Tabela 12 - Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo o tempo de graduação. João Pessoa-PB, 2012

Variáveis	IES					
	Universidade Pública		Centros Universitários Privados		Faculdades	
Faixa etária	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
< 1 ano	0	0,00	1	2,50	0	0,00
1 ---3 anos	0	0,00	3	7,50	2	6,7
3 ---5 anos	0	0,00	9	22,50	2	6,7
5 ---10 anos	4	11,11	10	25,00	10	33,3
>10 anos	32	88,89	17	42,50	16	53,3
Total	36	100,00	40	100,00	30	100,00

A tabela 12 evidencia o tempo transcorrido após a graduação dos professores das instituições de ensino destacando docentes em sua maioria com mais de 10 anos de formação. Estudo realizado por Magalhães, Yassaka e Soler (2008) ressalta a maioria de docentes

referindo experiência acadêmica de pelo menos 10 anos, o que aponta para uma tendência de maturidade profissional entre esses docentes.

Carvalho e Kalinke (2008) afirmam que as diferentes modificações no direcionamento do ensino superior sugerem perfis profissionais maduros e diferenciados, sendo bastante oportuna a experiência dos enfermeiros acumulada neste setor.

Os autores prosseguem afirmando que o processo de formação profissional na década de 70 foi marcado pelo enfoque ao diagnóstico e planejamento do serviço de enfermagem, supervisão e administração. A década de 80, mesmo com a aprovação da Lei 7498/86 (do exercício profissional), trouxe prejuízos à formação e uma precária melhoria na assistência de enfermagem, enquanto na década de 90 a formação objetivou capacitar o enfermeiro a interagir com a equipe, identificando e intervindo em diferentes situações clínicas. O novo milênio trouxe a “Era do Conhecimento” e, com ela, as instituições vêm exigindo um perfil profissional de busca constante de novos conhecimentos e habilidades, no ritmo das inovações tecnológicas, com potencial para resolução de problemas e tomada de decisões.

Tabela 13 - Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo a pós-graduação. João Pessoa-PB, 2012

Variáveis	IES					
	Universidade Pública		Centros Universitários Privados		Faculdades	
Pós-graduação	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Especialização	0	0,00	13	32,50	9	30,00
Mestrado	20	55,56	27	67,50	19	63,30
Doutorado	16	44,44	0	00,00	2	6,70
Total	36	100,00	40	100,00	30	100,00

O estudo revelou que a maioria dos professores participantes da pesquisa possuía pós-graduação, *stricto sensu*, nível Mestrado. Essa forma de qualificação vem crescendo nos últimos anos e contribuído para a melhoria dos processos formativos, nos quais estes enfermeiros se inserem.

Pimentel, Mota e Kimura (2007) observaram que a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) registrou, na última década, um sensível aumento no número de enfermeiros com cursos de mestrado e doutorado e que esse aumento poderia implicar no desenvolvimento científico-tecnológico da profissão, além de melhor prepará-lo para a docência. Entretanto, as autoras acrescentam que, na atualidade,

mestres e doutores estão sendo pouco preparados para a educação de nível superior em decorrência da maior capacitação direcionada para o desenvolvimento de pesquisas.

De acordo com Censo de Educação Superior (CES) em 2010, nas IES pública, os docentes com mestrado correspondiam a 28,9% e com doutorado a 49,9%. O grupo com titulação até “Especialização” tem reduzido seu percentual (21,2%) e, nas IES privadas, os dados do CES revelam participação majoritária do mestrado com representação de 43,1%. O grupo com até “Especialização,” apesar de ter sofrido uma queda de mais de 10% em relação a 2001, ainda corresponde a 41,5% e o doutorado obteve crescimento mínimo nestas instituições passando de 12,1% em 2001 a 15,4% em 2010. Observa-se que apesar da elevação das funções docentes com doutorado nas instituições privadas, esse percentual ainda se mostra bastante reduzido comparativamente ao verificado nas instituições públicas (CES/INEP, 2011).

Sobre esses números pode-se inferir que muitas Faculdades e Centros Universitários seguem o mínimo estabelecido pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que reza em seu artigo 52 a obrigatoriedade mínima de um terço do corpo docente composto por mestres e doutores, porém o custo que os doutores podem representar para a instituição gera a contratação de maior quantitativo de mestres no intuito de cumprir a legislação e as demais vagas preenchidas por profissionais que possuem até a Especialização.

Tabela 14 - Distribuição dos Professores das IES em Enfermagem, segundo o tempo de ensino na IES que trabalha. João Pessoa-PB, 2012

Variáveis	IES					
	Universidade Pública		Centros Universitários Privados		Faculdades	
Tempo de ensino	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
< 1 ano	0	0,00	15	37,50	4	13,33
1 ---3 anos	1	2,78	12	30,00	6	20,00
3 ---5 anos	6	16,67	11	27,50	9	30,00
5 ---10 anos	6	16,67	0	0,00	10	33,33
>10 anos	23	63,89	2	5,00	1	3,34
Total	36	100,00	40	100,00	30	100,00

O tempo de ensino dos docentes nas instituições revelou-se diversificado nos cenários pesquisados. Na IES Pública, a maioria possui mais de 10 anos de atuação, enquanto nos Centros Universitários a maioria encontra-se com menos de 1 ano e nas Faculdades entre 5 e 10 anos.

As instituições públicas, pelo seu tempo de existência no mercado, detêm um quadro efetivo de docentes com grande tempo de atuação, já algumas Faculdades com pelo menos 10 anos registram tempo de ensino dos professores entre 5 e 10 anos. A abertura recente de algumas Faculdades e Centros Universitários tem possibilitado o acesso de professores em início de carreira.

Tabela 15 - Distribuição das disciplinas ministradas pelos professores, segundo os subeixos das Ciências da Enfermagem. João Pessoa-PB, 2012

Variáveis	IES					
	Universidade Pública		Centros Universitários Privados		Faculdades	
Subeixos das Ciências da Enfermagem	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Fundamentos de Enfermagem	6	16,67	16	40,00	13	43,33
Assistência de Enfermagem	27	75,00	21	52,50	14	46,67
Administração	3	8,33	3	7,50	3	10,00
Total	36	100,00	40	100,00	30	100,00

Sobre o quantitativo das disciplinas das Ciências da Enfermagem, considerando seus subeixos, tem-se grande parte direcionada à Assistência de Enfermagem, seguida de Fundamentos de Enfermagem e, por último, Administração em Enfermagem.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) possuem, entre outros objetivos, o de proporcionar os alunos dos cursos de graduação em saúde o “*aprender a aprender*” englobando o “*aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*”, tudo isso visando a uma formação profissional direcionada à autonomia e tomada de decisão na assistência prestada, alicerçado no Projeto Pedagógico do curso desenvolvido em cada IES (BRASIL, 2001). Vale salientar que as DCN não orientam o direcionamento de carga horária para os diferentes eixos da formação, deixando essa responsabilidade a critério de cada instituição formadora.

O destaque das disciplinas do subeixo Assistência de Enfermagem deve-se, provavelmente, à ligação de seus conteúdos teóricos e práticos, a todos os níveis da assistência de enfermagem, tanto individual, quanto coletiva, considerando os determinantes do processo saúde-doença, além dos princípios éticos e legais do cuidado. Esses percentuais variam entre 46 e 75% das disciplinas, enquanto os Fundamentos de Enfermagem representam de 16 e 43% das disciplinas e Administração entre 7 e 10%.

5.3 CARACTERIZANDO O DIRECIONAMENTO DO ENSINO PARA A TOMADA DE DECISÃO NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

Considerando que o Ensino do Processo de Tomada de Decisão aos discentes dos cursos de formação superior em Enfermagem ainda se apresenta pouco perceptível nas diferentes instituições de ensino, utilizaram-se como parâmetro de análise algumas características diretamente implicadas com o processo de ensino-aprendizado nessa temática. Para tanto, optou-se por realizar Teste de Hipóteses para proporção no intuito de verificar a ideia testada em cada característica conhecida como hipótese alternativa (H_1), representada por $p > 0,5$ e a hipótese nula (H_0) por $p \leq 0,5$.

Em virtude das IES em estudo representarem grande parte das instituições formadoras em Enfermagem na cidade de João Pessoa, bem como comportar a maioria do quantitativo de alunos e professores em Enfermagem, procederá à análise utilizando a totalidade dos docentes do estudo, independente de sua instituição de ensino, no sentido de analisar as características do Ensino de maneira ampliada na cidade de João Pessoa. Nas tabelas a seguir, pode-se observar o estudo das hipóteses direcionadas ao ensino em enfermagem.

Tabela 16 - Teste de hipótese para a característica Formação específica para exercer suas atividades nas IES. João Pessoa-PB, 2012

Característica do Ensino nas IES	Hipóteses estudadas	p-valor
Formação específica para exercer suas atividades	H_0 : a proporção de docentes que receberam formação específica para exercerem suas atividades nas IES é menor igual a 0,5	0.03249
	H_1 : a proporção de docentes que não receberam formação específica para exercerem suas atividades nas IES é maior que 0,5	

Nível de significância (α) = 0,05

Considerando 0,05 o nível de significância, o p-valor inferior a esse critério estabelecido oferece evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula (H_0), logo, a característica **Formação específica para exercer suas atividades** apresentou como aceita a hipótese de que a proporção de docentes que **não** receberam formação específica para exercerem suas atividades nas IES é maior que 0,5, com percentual de professores que afirmaram esse fato de 59,4%.

Esta evidência reflete as mudanças nos paradigmas educacionais enfrentados pelos cursos de saúde, em que os profissionais se tornam docentes pela capacidade técnica e muitos não possuem formação pedagógica e, por vezes, também não dispõem dessa orientação na instituição formadora. Sobre a temática, Farias e Casagrande (2004) concordam que condições de capacitação, qualificação e desenvolvimento do corpo docente devem ser incentivadas para que o processo de ensino-aprendizagem seja mais efetivo.

A capacitação do professor universitário é um fator de extrema importância para a qualidade do ensino superior. Nos dias atuais, tem-se que os cursos de pós-graduação consideram mais relevantes à condução de pesquisas e elaboração de projetos individuais do que a preparação específica para a docência. Para tanto, se faz necessária a conscientização entre os próprios professores sobre a necessidade pedagógica do docente bem como incentivos por parte das instituições de ensino que lecionam, oferecendo programas de educação continuada, no intuito de quebrar paradigmas educacionais como o de que docentes do ensino superior não necessitam de formação pedagógica (PIVA, FIGUEREDO, LIAO, 2008).

Porém, algumas instituições de ensino superior não oferecem programas de formação continuada para o docente através do incentivo à formação de habilidades e competências dirigidas diretamente ao ensino que seria de extrema importância para o seu bom desempenho em sala de aula.

Os docentes, segundo estudo de Piva, Figueredo e Liao (2008), acreditam que a educação continuada é importante e correlacionam capacitação à responsabilidade e dedicação, 11,63% dos participantes afirmaram que o docente deve complementar sua formação, porque *“a busca do conhecimento contínuo faz-se necessária, sobretudo em um mercado de trabalho onde as competências mais valorizadas são a capacidade de obter informações”*.

No horizonte imediato, visualiza-se a necessidade do direcionamento formativo aos docentes das diferentes instituições de ensino, posto que a educação contínua não apenas capacita o profissional para o exercício de funções como também potencializa o mote estimulador de renovação de suas atividades de ensino na instituição tornando-o mais atuante e com a sensação de utilidade no seu exercício laboral.

Tabela 17 - Respostas dos docentes para a característica “Formação específica para exercer suas atividades nas IES”. João Pessoa-PB, 2012

Variável	IES					
	Universidade Pública		Centros Universitários Privados		Faculdades	
Formação específica nas IES	F	%	f	%	f	%
SIM	6	16,67	21	52,5	16	53,33
NÃO	30	83,33	19	47,5	14	46,67
Total	36	100,00	40	100,00	30	100,00

Observando isoladamente os percentuais apresentados pelas IES, percebe-se que os docentes das instituições privadas afirmam, em sua maioria, a existência de Formação específica para exercer suas atividades, como pudemos visualizar na Tabela 14.

Sobre o incentivo à qualificação de docentes de escolas particulares, os dados concatenam com as conclusões da pesquisa realizada em 2004 com 211 instituições de ensino superior: 85% realizam algum tipo de incentivo e/ou capacitação, incluindo desde a realização de semanas pedagógicas até auxílio financeiro para titulação e congressos, porém o principal modelo são as semanas pedagógicas, seguidas por acompanhamento do trabalho docente e apoio didático-pedagógico (ABMES, 2004).

Os professores da IES Pública relatam capacitação oferecida pela instituição apenas no ato da admissão do concurso público para professor universitário:

Oficina com professores recém-admitidos (D15);

Nas primeiras semanas participei de uma oficina promovida pela coordenação do curso e um seminário (D17);

Um curso de capacitação didática oferecido pela reitoria (D22);

Um curso introdutório que abordou temáticas inerentes ao exercício da docência no âmbito da UFPB (D25);

Oficina com todos os recém-contratados (D30).

Já os docentes das IES particulares relatam, em sua maioria, capacitações semestrais ofertadas pela instituição:

Oficina de capacitação pedagógica com todos os docentes, que acontece semestralmente (D39);

Encontros para discussões pedagógicas (D43);

Oficinas pedagógicas em todo início do período, bem como atualizações em metodologia do ensino (D52);

Metodologia do ensino e pesquisa e oficinas de planejamento (D76);

A cada semestre a IES promove um curso buscando atualização dos docentes (D 90);

Metodologia do Ensino Superior (especialização oferecida pela instituição) (D96).

A tabela 18, a seguir, direciona a característica *Interferência da coordenação nos planos de curso nas IES*.

Tabela 18 - Teste de hipótese para a característica “Interferência da coordenação nos planos de curso nas IES”. João Pessoa-PB, 2012

Característica do Ensino nas IES	Hipóteses estudadas	p-valor
Interferência da coordenação nos planos de curso	H ₀ : a proporção de docentes referem que a coordenação do curso interfere nos planos de curso da disciplina ministrada na IES é menor/igual a 0,5	
	H ₁ : a proporção de docentes referem que a coordenação do curso não interfere nos planos de curso da disciplina ministrada na IES é maior que 0,5.	0.004365

Nível de significância (α) = 0,05

Ao nível de significância de 0,05, o p-valor resultante da estatística do teste apresentou valor inferior ao critério de referência adotado, oferecendo evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula (H₀), logo, a característica **Interferência da coordenação nos planos de curso** apresentou como aceita a hipótese de que a proporção de docentes que se referem que a coordenação do curso **não** interfere nos planos de curso da disciplina ministrada na IES é maior que 0,5 com percentual de afirmação da assertiva de 63,20%.

Esse percentual de não interferência da coordenação sobre os planos de curso demonstra a autonomia dispensada aos docentes em suas instituições de ensino. Arnoni (2004) defende a ideia de que o processo de trabalho em educação possui como uma de suas

principais características o grau de autonomia que o docente exerce em seu meio de trabalho, pois ele ocupa o papel de decisor de suas abordagens pedagógicas, estratégias, métodos, técnicas e instrumentos de ensino, muito embora existam políticas, diretrizes, programas, projetos do Estado e da instituição formadora que direcionam o ato de ensinar.

Sobre a possível interferência da coordenação nos planos de curso, Franco (2002), ao abordar as quatro funções do coordenador, cita em um dos tópicos das competências institucionais que o coordenador deverá atuar como um assistente pedagógico do corpo docente, com o objetivo de oportunizar para o professor condições para que ocorra a junção entre teoria e prática na sala de aula e, para que isto ocorra, faz-se necessário incutir nos professores como são desejáveis suas aulas ao serem ministradas.

Diante da proposição, concorda-se com o grau de autonomia que os processos de trabalho em educação disponibilizam ao docente, devendo fazer uso do direito concedido com prioridade e conhecimento das competências exigidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso que leciona, a fim de adequá-las ao plano de curso de sua disciplina. Os coordenadores dos cursos, enquanto gestores, devem repassar para seus professores as competências requeridas para a categoria profissional a ser formada e a filosofia da instituição no intuito de direcioná-lo, mas não ditar os métodos de abordagem a serem seguidos na condução do processo de Ensino-aprendizagem.

A tabela 19 evidencia como a característica em estudo se manifesta nas instituições.

Tabela 19 - Respostas dos docentes para a característica “Interferência das coordenações nos planos de curso nas IES”. João Pessoa-PB, 2012

Variável	IES					
	Universidade Pública		Centros Universitários Privados		Faculdades	
Interferência das coordenações nas IES	f	%	F	%	f	%
SIM	3	8,33	18	45,00	18	60,00
NÃO	33	91,67	22	55,00	12	40,00
Total	36	100,00	40	100,00	30	100,00

A não interferência das coordenações dos cursos sobre o plano de ensino das disciplinas ministradas pelos docentes torna-se mais perceptível nas instituições de porte maior, como na Universidade e nos Centros Universitários Privados. As faculdades privadas ainda registram certa interferência por parte das coordenações.

Tabela 20 - Teste de hipótese para a característica Ensino de Tomada de Decisão nas Disciplinas de Enfermagem. João Pessoa-PB, 2012

Característica do Ensino nas IES	Hipóteses estudadas	p-valor
Ensino de Tomada de Decisão nas Disciplinas de Enfermagem	H ₀ : a proporção de docentes que se referem que na sua disciplina não é previsto o ensino da tomada de decisão é menor/igual a 0,5	1.48e-05
	H ₁ : a proporção de docentes que se referem que na sua disciplina é previsto o ensino da tomada de decisão é maior que 0,5	

Nível de significância (α) = 0,05

Tomando por nível de significância 0,05, obtemos p-valor inferior ao critério adotado (Tabela 20) e por oferecer evidências estatísticas, rejeita-se a hipótese nula (H₀) e tem-se com hipótese aceita para a característica **Ensino de Tomada de Decisão nas Disciplinas de Enfermagem** que a proporção de docentes que se referem que na sua disciplina é previsto o ensino da tomada de decisão é maior que 0,5, com percentual de afirmação de 70,75%.

Sobre a discussão da temática “Tomada de decisões”, a Resolução nº 3/2001 assegura esse item como uma competência geral a ser desenvolvida junto aos estudantes egressos nessa categoria profissional, justificando-a pela necessidade de tomar decisões visando ao uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, dos serviços e práticas, além de fornecer habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada (BRASIL, 2001).

Aos casos que responderam afirmativamente, foi questionado qual o modelo previsto em literaturas acadêmicas era utilizado. Poucos foram os docentes que citaram modelos de apoio à decisão, a exemplo dos relatos a seguir:

“Com base em Kurcgant, Chiavenato e elaborado pelo próprio professor”(D7);

“Então nosso modelo de decisão parte de um problema dinâmico, de informação e determinação da alternativa de ações usando modelo analítico ou racional de March e Simon” (D8);

“É utilizado, embora restrito ao modelo estático “árvore de decisão” (D33).

Alguns relataram etapas de um processo decisório:

“Ver primeiro para selecionar as prováveis decisões e só depois tomar a decisão” (D34);

“Gerenciamento de conflitos” (D66);

“Negociações e tomadas de decisões na saúde” (D78).

Alguns professores citaram apenas abordagens pedagógicas e metodológicas de ensino, como se pode visualizar em alguns relatos a seguir:

“Estão sendo ministradas utilizando metodologias ativas com base na problematização de Paulo Freire” (D2; Citações semelhantes por 4, 12, 22, 41, 52, 53, 58, 67, 93, 95, 97, 102);

“Enfermagem baseada em evidências” (D8; Citações semelhantes por 11, 103);

“Procuro relacionar a teoria a casos práticos, como casos clínicos partir de situações práticas” (D5; Citações semelhantes por 14,15, 18, 24, 28, 34, 37, 51, 57, 61, 74, 77, 81, 87, 91, 94, 98, 100, 101, 105);

Outros ainda citaram referenciais teóricos da disciplina em foco:

“Em várias literaturas, tais como: Campos, Paim, Mendes entre outros” (D17).

“Geralmente a tomada de decisão ocorre respaldada em conhecimentos técnicos e científicos relacionados com o objeto de trabalho” (D18).

“As tomadas de decisões são preconizadas pelos manuais de vigilâncias epidemiológicas publicadas pelo Ministério da saúde e demais, além do Código de Ética de Enfermagem” (D19; Citações semelhantes por 55 e 72);

“A teoria das necessidades humanas básicas de Horta” (D11 e D31);

“Os modelos conceituais e teorias de enfermagem que orientam a assistência a partir do uso da estrutura metodológica do processo de enfermagem” (D25; Citações semelhantes por 26, 29, 54, 80).

Aos docentes que responderam negativamente, foi questionado como ele achava que os alunos baseavam suas tomadas de decisões técnicas relativas à sua disciplina em situações práticas?

Dos que responderam **Não**, 21 (19,8%) alegaram que os estudantes baseavam-se na competência técnica, 5 (4,7%) responderam em um modelo de tomada de decisão existente na literatura especializada, mas não vista em sua disciplina e 4 (3,7%) alegaram a experiência que o tempo de serviço acaba conferindo aos profissionais.

Diante dos dados apresentados, emerge a necessidade de analisar as bases conceituais que compõem os planos de cursos das disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem no âmbito dos processos formativos nas diferentes instituições participantes, no intuito de buscar a temática “Tomada de Decisão” dissolvida nos elementos *Ementa, Objetivos e Conteúdos Programáticos*. Essas informações foram simplificadas no Quadro 02, onde se tem vinculados a IES e a disciplina na qual se encontrou o direcionamento ao processo decisório.

Quadro 02 - Análise dos planos de curso das disciplinas em busca de direcionamento ao ensino do processo de tomada de decisão. João Pessoa-PB, 2012

IES	Disciplinas com direcionamento ao ensino do processo de tomada de decisão nos planos de curso
IES 1	Administração e Gestão em Serviços de Atenção à Saúde I e II, as demais utilizam a Sistematização da Assistência de Enfermagem.
IES 2	Não disponibilizou.
IES 3	Nenhuma. Utilizam-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem.
IES 4	Não disponibilizou.
IES 5	Gerenciamento em Enfermagem, as demais utilizam a Sistematização da Assistência de Enfermagem.
IES 6	Não disponibilizou.
IES 7	Não disponibilizou.

O quadro em lide exibe duas instituições que direcionam a tomada de decisão nas disciplinas do Subeixo “Administração em Enfermagem”, outra não apresentou nenhuma disciplina e as demais não disponibilizaram os planos de curso por tratar-se de documentos

internos e particulares da instituição que não poderiam ser utilizados como fonte de dados. Esses interesses foram respeitados e alicerçados pela Resolução 196/1996, utilizando os critérios da beneficência e da não maleficência às IES que tomaram tal posição.

A Resolução CES/CNE 3/2001 direciona ao subeixo “Administração em Enfermagem” [...*os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho da Enfermagem e da assistência de enfermagem*].

A palavra “administração” vem do latim *ad* (direção para) + *minister* (obediência, subordinação), designando o desempenho de tarefas de direção dos assuntos de um grupo ou comunidade. No campo da enfermagem, administrar é cuidar do outro, devendo o enfermeiro planejar, organizar, avaliar e coordenar suas ações (ROSENSTOCK *et al*, 2011). Nesse ínterim, as tomadas de decisão perpassam todas as disciplinas das Ciências da Enfermagem, inclusive a Administração, posto que a tomada de decisão, na prática do enfermeiro, é uma atividade rotineira, presente nas áreas assistencial, educacional ou gerencial. No contexto das práticas de saúde, o enfermeiro desenvolve atividades essenciais integradas e concomitantes, envolvendo o cuidado, a gerência, a educação e a pesquisa (PEREIRA, LINO, COSTA, 2011).

Outro aspecto importante é o fato de que as IES em Enfermagem recorrem à Sistematização da Assistência como “um modelo” a ser seguido em grande parte das disciplinas ministradas no curso.

A Resolução COFEN 358/2009 traz a Sistematização da Assistência de Enfermagem como uma atividade privativa do enfermeiro, utilizando método e estratégia de trabalho científico para identificação de situações, subsidiando suas ações (BRASIL, 2009). Considera, ainda, a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho em saúde adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. Elenca em seu artigo 3º que a SAE possui como composição: Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Relatório de Enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é conceituada como um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, com o objetivo de reduzir as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a adaptação e recuperação do paciente.

A Resolução COFEN nº 272/2002, art. 2º, afirma que *A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada*, o que contribuiu para que as coordenações de enfermagem

convocassem os profissionais a repensar o processo e adequar a instituição às normas estabelecidas. Muito embora o Conselho Federal de Enfermagem tenha tornado obrigatória a implementação da SAE, reforçando a importância e necessidade de se planejar a assistência de enfermagem, ainda existem várias dificuldades para sua execução que envolvem não apenas a deficiência de recursos, mas a forma como o profissional se apropria do conhecimento.

Assim, a SAE constitui um norte orientador das práticas assistenciais de enfermagem e não um método orientador de tomada de decisões em todos os âmbitos das atividades atuantes por essa categoria profissional.

No item referente à característica **Necessidade de o estudante aprender um modelo de tomada de decisão na formação**, evidências estatísticas (p-valor inferior ao nível de significância adotado) asseguram que a maioria dos docentes se refere que o discente deve aprender um modelo de tomada de decisão, representando 87,73% dos respondentes (Tabela 21).

Tabela 21 - Teste de hipótese para a característica Necessidade de o estudante aprender um modelo de tomada de decisão na formação. João Pessoa-PB, 2012

Característica do Ensino nas IES	Hipóteses estudadas	p-valor
Necessidade de o estudante aprender um modelo de tomada de decisão na formação	H₀: a proporção de docentes que se referem que o discente não deve aprender um modelo de tomada de decisão é menor/igual a 0,5 H₁: a proporção de docentes que se referem que o discente deve aprender um modelo de tomada de decisão é maior que 0,5	8.391e-15

Nível de significância (α) = 0,05

Peres e Ciampone (2006) acreditam que o saber técnico tem sido ampliado por meio do planejamento estratégico que também utiliza as dimensões política e social como bases para o processo decisório, gerando maior governabilidade nas ações.

Um estudo realizado por Guimarães e Martinez (2004) mostrou que os trabalhadores em enfermagem demonstravam maior domínio do processo de trabalho de seu ambiente laboral e, como consequência, era exigido deles o domínio do processo de trabalho e a capacidade de estabelecer relações significativas na organização, no intuito de buscarem uma tomada de decisão mais acertada. As autoras acreditam, ainda, que nos vários modelos que

existem, a decisão nem sempre é o resultado de um processo sequencial, pois depende de um recurso primordial para a tomada de decisão: a informação e a capacidade de responder as demandas e necessidades do serviço.

O profissional enfermeiro, na execução de seu processo laboral, ultrapassa as exigências de seu exercício, pois se vincula aos processos de trabalho em saúde de forma ampliada e, diante dessa característica, solicita-se desse profissional, habilidades e competências referentes à tomada de decisões. Nesse horizonte imediato, a maioria dos docentes concorda que o ensino de um modelo de tomada de decisão aos estudantes embasaria e facilitaria o posicionamento frente a situações de decisões em seus processos de trabalho.

Seguem abaixo alguns relatos de docentes que acreditam na importância de um modelo de tomada de decisão a ser repassado aos estudantes:

“Reduzirá os erros técnicos da enfermagem e sairá da intuição para o científico” (D1);

“Profissional mais seguro” (D3);

“Mais um respaldo para tomar decisões” (D10);

“Os modelos de decisão potencializam as ações da enfermagem no âmbito administrativo e assistencial” (D17);

“O aluno de enfermagem ainda está muito voltado para a técnica, o modelo de decisão estimula nesse aluno uma visão holística sobre toda a situação” (D49);

“A utilização de um modelo de decisão complementar a prática de tomada de decisão, pois direcionaria com maior rapidez a prática da enfermagem” (D85).

Porém alguns docentes relatam desacreditar em um modelo de decisão a ser seguido:

“Não acredito em “modelo para tomada de decisão”, creio que as decisões devem ser tomadas caso a caso, a partir da avaliação das necessidades do cliente”(D38);

“Na saúde nada é exato”(D45).

Diante dos relatos, percebe-se que a maioria acredita em um modelo capaz de direcionar as decisões nas diferentes situações onde o profissional de enfermagem encontra-se atuante, facilitando suas ações e embasando cientificamente suas conclusões. Aqueles que desacreditam o justificam por considerar a individualidade dos casos, o que não nos resta dúvida de que o modelo processual ideal deve conduzir o problema e não ser construído enquanto objeto-problema.

5.4 TESTES DE IGUALDADE DE PROPORÇÃO

No sentido de comparar as características entre as instituições pesquisadas, realizou-se Teste de Igualdade de proporções, onde H_0 diz que as proporções das características são iguais nas IES pesquisadas e H_1 é a hipótese de que a característica em foco difere nas IES. Por tratar-se de inferências sobre duas populações, onde as proporções das duas amostras aleatórias simples devem ser *independentes*, optou-se por: 1. Teste de Igualdade entre IES Públicas e Privadas (incluindo amostras dos Centros Universitários e Faculdades) e 2. Teste de Igualdade entre Centros Universitários e Faculdades.

Tabela 22 - Teste de Igualdade de Proporções para as características Formação específica nas IES e Interferência da coordenação nos planos de curso. João Pessoa-PB, 2012

Característica do Ensino nas IES	Hipóteses estudadas	p-valor	
		Pu x Pr	CU x Fa
Formação específica para exercer suas atividades	H ₀ : a proporção de docentes que não receberam formação específica para exercerem suas atividades é a mesma nas IES	0.0007121	1
	H ₁ : a proporção de docentes que não receberam formação específica para exercerem suas atividades difere nas IES		
Interferência da coordenação nos planos de curso	H ₀ : a proporção de docentes que se referem que a coordenação do curso não interfere nos planos de curso da disciplina ministrada é a mesma nas IES	3.404e-5	0.3168
	H ₁ : a proporção de docentes que se referem que a coordenação do curso não interfere nos planos de curso da disciplina ministrada difere nas IES		

Pu (Pública); Pr (Privada); CU (Centro Universitário); Fa (Faculdade).

Nível de significância (α) = 0,05

Este tópico de análise busca verificar as semelhanças e diferenças estatísticas nas proporções das características do ensino entre as instituições investigadas. Destarte, podemos observar na Tabela 22 que as características **Formação específica para exercer suas atividades e Interferência da coordenação nos planos de curso** apresentaram evidências estatísticas de que as proporções dos docentes diferiram entre IES Pública e Privadas. No que se refere à primeira característica, a diferenciação das instituições se justifica em face destas apresentarem afirmações divergentes em relação à hipótese nula, posto que enquanto 83,3% dos docentes da Universidade Pública afirmaram que não receberem formação específica para exercer suas atividades na instituição, nas IES Privadas correspondeu a 47,1%.

No item direcionado à segunda característica na Universidade Pública, 91,7% dos docentes afirmou a não interferência da coordenação do curso nos planos de curso, enquanto que nas IES Privadas correspondeu a 48,6%.

No teste de igualdade realizado entre Centros Universitários e Faculdades, as referidas características apresentaram-se estatisticamente iguais, apresentando percentuais de

47,5% (Centros Universitários) e 46,7% (Faculdades), na primeira característica 55% (Centros Universitários) e 40% (Faculdades).

No item referente à Formação docente para exercer suas atividades nas IES, percebe-se que entre IES Públicas e Privadas divergem e entre IES Privadas se assemelham. Na Pública a maioria relata a não formação e nas Privadas a minoria relata essa não formação. Rodrigues e Mendes Sobrinho (2006), analisando alguns textos de ensino em cursos superiores no Brasil, observam que ainda hoje predomina na atuação de docentes a lógica tecnicista, ou seja, basta ser um especialista competente em alguma área para exercer a docência e, em meio a esse paradigma, o curso de enfermagem possui a maior parte de seus professores com pouca formação pedagógica.

Valente e Viana (2010) acrescentam que, diferente do professor do ensino de nível médio, que possui formação pedagógica desenvolvida no curso de Licenciatura, o docente de nível superior, embora quase sempre sendo Mestre e/ou Doutor, nem sempre tem aproximação com as abordagens ou concepções de ensino-aprendizagem que o habilitem a exercer a docência com a mesma eficiência com que exerce sua profissão de origem.

Lembrando que, como não há formação específica para professor de Universidades, a busca torna-se individual, mediante cursos, congressos, pós-graduação, dentre outros. Muito embora o incentivo deva partir também da instituição à qual está vinculado e dos órgãos federais inerentes ao sistema educacional do país (VALENTE, VIANA, 2010).

Esse fato leva a crer que as IES Públicas, pelo seu caráter seletivo em concursos e exigência de títulos de formação para o ensino, acreditam na não necessidade de formação direcionada a seus docentes no ato de ingresso na instituição, posto que se considere que este detenha expertise para tal atividade, possuindo titulação de mestrado acadêmico e doutorado e alguns com inclusão de licenciatura. Porém, tal situação não exclui uma atualização pedagógica direcionada a esses profissionais. As IES privadas possuem docentes especialistas e mestres, por vezes, mestrado profissionalizante com qualificação, em sua maioria técnica, exigindo das instituições formações pedagógicas para o cargo que assumem.

Sobre a Interferência das coordenações nos planos de curso, segue-se o ocorrido com a característica Formação, posto que nas IES públicas os docentes relatem, em sua maioria, a não interferência, diferente das IES privadas.

Silva, Araújo, Guimarães, Gomes e Slomski (2009), utilizam-se de Zabala (2004) para referir-se a três funções atribuídas aos professores universitários que incluem o ensino, a pesquisa e a administração de diversos setores da instituição, além da função de orientação. Com a Lei 9394/96, novas funções foram agregadas, estabelecendo no Art. 13 as funções de

participação da elaboração do projeto pedagógico: *elaboração e cumprimento do plano de trabalho*; aprendizagem dos alunos; estabelecimento de estratégias de recuperação para alunos de menor rendimento; ministração dos dias letivos e horas-aula estabelecidos; participação integralmente dos períodos dedicados ao planejamento, à avaliação e ao desenvolvimento profissional.

Os autores supracitados, utilizando-se de Cantídio (1981), também elencam as funções de um coordenador de curso: Direção/supervisão do ensino; Estudo e formulação de currículos; Aprovação dos programas; *Acompanhamento da execução dos planos de ensino*; Avaliação da produtividade do processo de ensino-aprendizagem; Poder de atuar em áreas físicas utilizadas em atividades didáticas; e Articulação com o Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão.

Nesses aspectos concorda-se que o docente possui autonomia, competência e alicerce legal para elaboração e condução do plano de curso da disciplina ministrada e a coordenação exerce o papel de acompanhamento desses planos no intuito de garantir as características e metodologias institucionais adequadas ao estabelecimento de ensino, o seguimento do Projeto Pedagógico do curso e os preceitos das Diretrizes Curriculares.

Tabela 23 - Teste de Igualdade de Proporções para as características Ensino de Tomada de Decisão e Necessidade do estudante aprender um modelo de decisão. João Pessoa-PB, 2012

		p-valor	
Característica do Ensino nas IES	Hipóteses estudadas	Pu x Pr	CU x Fa
Ensino de Tomada de Decisão nas Disciplinas de Enfermagem	H ₀ : a proporção de docentes que se referem que na sua disciplina é previsto o ensino da tomada de decisão é a mesma nas IES		
	H ₁ : a proporção de docentes que se referem que na sua disciplina é previsto o ensino da tomada de decisão difere nas IES	0.6429	0.1276
Necessidade de o estudante aprender um modelo de tomada de decisão na formação	H ₀ : a proporção de docentes que se referem que o discente deve aprender um modelo de tomada de decisão é a mesma nas IES		
	H ₁ : a proporção de docentes que se referem que o discente deve aprender um modelo de tomada de decisão difere nas IES	0.2312	1

Pu (Pública); Pr (Privada); CU (Centro Universitário); Fa (Faculdade).

Nível de significância (α) = 0,05

No entanto, as características **Ensino de Tomada de Decisão nas Disciplinas de Enfermagem** e **Necessidade de o estudante aprender um modelo de tomada de decisão na formação** podem apresentar proporções estatisticamente iguais nas IES pesquisadas (Tabela 23), posto que as características nas duas instituições, o ensino de tomada de decisão e a importância de o estudante aprender um modelo de tomada de decisão na graduação, representaram maioria ou equivalência percentual entre os docentes. Quanto à primeira característica, porcentagens revelam 75% na Universidade Pública, 68,6% nas IES privadas e, em relação à segunda característica, valores de 94,4% na Universidade pública, 84,3% nas IES privadas.

No teste de igualdade realizado entre Centros Universitários e Faculdades, as referidas características apresentaram-se estatisticamente iguais, apresentando percentuais de 60% (Centros Universitários) e 80% (Faculdades) na primeira característica e 85% (Centros Universitários) e 83,3% (Faculdades).

Evidenciam-se proporções estatisticamente iguais tanto entre IES pública e privada quanto Centros Universitários e Faculdades, destacando o Ensino de Tomada de Decisão nas

disciplinas e a Importância do aprendizado pelo estudante de um modelo de tomada de decisão.

5.5 ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS DO ESTUDO

Com o propósito de verificar a existência de dependência entre as variáveis, algumas delas foram submetidas a Teste de Independência. Esse tópico de análise também se utiliza do teste de hipótese, onde H_0 considera que não há associação entre as variáveis, isto é, são independentes e H_1 que as variáveis guardam uma certa dependência, logo p-valor inferior ao nível de significância ($\alpha=0,05$) leva à rejeição da hipótese nula.

Analisou-se a relação entre o 1. Subeixo das ciências da enfermagem e o ensino de tomada de decisão pelos docentes; 2. O tipo de IES e a Interferência da coordenação nos planos de curso da disciplina; 3. O tempo de ensino na IES e a Interferência da coordenação nos planos de curso da disciplina; 4. A IES de formação e a Importância de o discente aprender um modelo de tomada de decisão e 5. Associação entre o tempo de conclusão do curso e o ensino de tomada de decisão, que estão expostos nas tabelas a seguir:

Tabela 24 - Associação entre o Subeixo das Ciências da Enfermagem e o Ensino de Tomada de Decisão nas Instituições de Enfermagem. João Pessoa-PB, 2012

Ensino de Tomada de Decisão	Subeixos das Ciências da Enfermagem			p-valor
	Fundamentos de Enfermagem	Assistência de Enfermagem	Administração em Enfermagem	0.3943
Sim	23	44	8	
Não	12	18	1	

Tomando por base a Resolução que direciona as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso, em que o subeixo Assistência de Enfermagem ganha destaque entre os demais eixos em virtude de caracterizar os conteúdos teóricos e práticos em todos os níveis da assistência de enfermagem (BRASIL, 2001) e exigir dos futuros profissionais, constantemente, tomada de decisão imediata, buscou-se verificar a existência de associação significativa entre essas variáveis, porém o teste de independência evidenciou p-valor acima do nível de significância estabelecido, resultando na não existência de dependência entre essas variáveis, conforme observado na tabela 24.

Tabela 25 - Associação entre o Tipo de IES e a Interferência da coordenação nos planos de curso da disciplina. João Pessoa-PB, 2012

Tipo de IES	Interferência da coordenação nos planos de curso		P-valor
	Sim	Não	
Pública	3	33	3.404e-05
Privada	36	34	

Em virtude de as IES públicas disponibilizarem de maior liberdade entre seus docentes na condução do processo educativo em relação às faculdades privadas, que geralmente dispensam um maior controle sobre a condução dos conteúdos programáticos, posto que as cobranças legais sobre essas instituições se apresentam maiores, buscou-se investigar a existência de associação estatística entre essas características. O p-valor resultante designa comprovação estatística da associação dos eventos apresentados, como se pode visualizar na tabela 25. Além do mais, o resultado é constatado em dados apresentados anteriormente (Tabela 22), onde 91,7% dos docentes de instituição pública afirmaram a não interferência da coordenação nos planos de curso da disciplina, enquanto nas IES privadas esse percentual corresponde a 48,6%.

Tabela 26 - Associação entre o Tempo de Ensino na IES e a Interferência da coordenação nos planos de curso das disciplinas. João Pessoa-PB, 2012

Tempo de Ensino na IES	Interferência da coordenação nos planos de curso		P-valor
	Sim	Não	
< 1 ano	11	9	0.06049
1 ---3 anos	10	9	
3 ---5 anos	7	19	
5 ---10 anos	6	10	
> 10 anos	5	20	

Seguindo o mesmo raciocínio do item anterior, buscou-se investigar a possível associação entre o tempo de ensino do docente na instituição e a interferência da coordenação nos planos de curso das disciplinas, posto que quanto maior seu vínculo com a instituição e a repetição semestral das disciplinas ministradas, a capacidade do docente de autoelaborador de seu plano de curso sem a interferência da coordenação sobre este aumentaria. Porém o p-valor apresentou-se muito próximo do nível de significância, necessitando de maiores investigações para concluir a associação estatística entre essas variáveis como visualizado na Tabela 26.

Tabela 27 - Associação entre a IES de formação e a importância de o discente aprender um modelo de tomada de decisão. João Pessoa-PB, 2012

IES de formação	Importância de o discente aprender um modelo de tomada de decisão		p-valor
	Sim	Não	
Pública	34	2	0.2312
Privada	59	11	

Analisando as características econômicas das instituições em estudo, buscou-se verificar a existência de associação entre o tipo de IES de formação (pública ou privada) e a opinião dos docentes sobre a importância de o aluno aprender algum modelo de tomada de decisão. Porém o p-valor resultante não exibe evidências estatísticas para essa associação, conforme visualizado na Tabela 28. Corroborando com a não associação, dados apresentados na Tabela 24 evidenciam que a necessidade de o discente aprender um modelo de tomada de decisão se apresenta com percentuais majoritários em ambos os tipos de instituições de ensino, revelando-se entre 94,4% dos docentes das IES públicas e 84,3%, das privadas.

Compreendendo que a partir da década de 90, em consequência das políticas neoliberais e das novas políticas da educação nacional, grande quantidade de cursos de enfermagem foram criados em diversas regiões do Brasil, inclusive no Nordeste, valendo destaque majoritariamente ao setor privado (BARBOSA, BAPTISTA, 2008; PEREIRA, SANTOS, SILVA, 2010). Fato esse que, atualmente, perfaz em João Pessoa o quantitativo de oito instituições de ensino privadas que ministram o curso de graduação em enfermagem. Destarte, essas instituições poderiam determinar o perfil de profissionais de enfermagem que hoje atuam enquanto docentes.

Tabela 28 - Associação entre o tempo de conclusão do curso e o ensino de tomada de decisão. João Pessoa-PB, 2012

Tempo de conclusão do curso	Ensino de tomada de decisão		p-valor (α) 0,05
	Sim	Não	
1---10 anos	29	15	0.6013
> 10 anos	45	17	

A possível associação entre o tempo de formação do docente e o ensino de tomada de decisão (Tabela 28) embasou-se em Carvalho e Kalinke (2008) que relatam que a década de graduação do enfermeiro pode indicar a experiência deste profissional no mercado de

trabalho, revelando suas competências e habilidades, posto que as diferentes modificações no direcionamento do ensino ao profissional de enfermagem sugerem perfis profissionais diferenciados.

A década de 70 foi marcada pelo enfoque ao diagnóstico e planejamento do serviço de enfermagem, supervisão e administração, enquanto a década de 80, mesmo com a lei do Exercício Profissional 7498/86, trouxe prejuízos à formação e uma precária melhoria de assistência de enfermagem. Já a formação da década de 90 objetivou capacitar o enfermeiro a interagir com a equipe, identificando e intervindo em diferentes situações clínicas, além de possuir o domínio intelectual da dinâmica assistencial de sua unidade de cuidado. O novo milênio trouxe a “Era do Conhecimento” e, com ela, as instituições vêm exigindo um perfil profissional de busca constante de novos conhecimentos e habilidades, no ritmo das inovações tecnológicas, com potencial para resolução de problemas, enfrentamento de mudanças e tomada de decisões (CARVALHO, KALINKE, 2008).

No entanto, o p-valor resultante não exhibe evidências estatísticas para essa associação entre os docentes pesquisados, como pode ser visualizado na tabela 28.

5.6 SUGESTÃO DE MODELO PROCEDIMENTAL DE TOMADA DE DECISÃO DIRECIONADO ÀS DISCIPLINAS VINCULADAS ÀS CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM

Diante dos dados que o estudo apresenta, no qual o Ensino de Tomada de Decisões, embora seja relatado pela grande maioria dos docentes pesquisados, não é percebida a inserção de temas relativos à temática nos planos de cursos das Instituições, a não ser nas disciplinas vinculadas no subeixo “Administração em Enfermagem”. Percebe-se, na graduação em Enfermagem, grande direcionamento para o desenvolvimento de competências técnicas e para tais a Sistematização da Assistência de Enfermagem assume o papel norteador.

Seguindo as evidências estatísticas de que a maioria dos docentes se referem à importância de o discente aprender um modelo de tomada de decisão e de relatos que evidenciam que o ensino de tal modelo respaldaria e sistematizaria suas ações, nos propomos a construir um modelo processual de tomada de decisão direcionando não apenas para ações assistenciais, mas a todas as aplicações que necessitam de tomada de decisões.

O modelo é uma representação simplificada da realidade com o objetivo de facilitar a compreensão de estruturas e relações complexas, por meio da divisão dos aspectos que envolvem o processo.

O presente modelo busca alicerçar as decisões em todas as disciplinas vinculadas às ciências da enfermagem, posto que o direcionamento à tomada de decisões não é exclusivo de disciplinas administrativas e perpassa todos os momentos da formação do enfermeiro. O modelo processual delineado é composto por três etapas no intuito de facilitar a memorização dos passos e a execução das ações (Figura 03). Foi desenvolvido a partir da leitura de modelos já existentes na literatura, porém objetivando uma sequência reduzida de etapas que facilitasse a condução do processo de tomada de decisão.

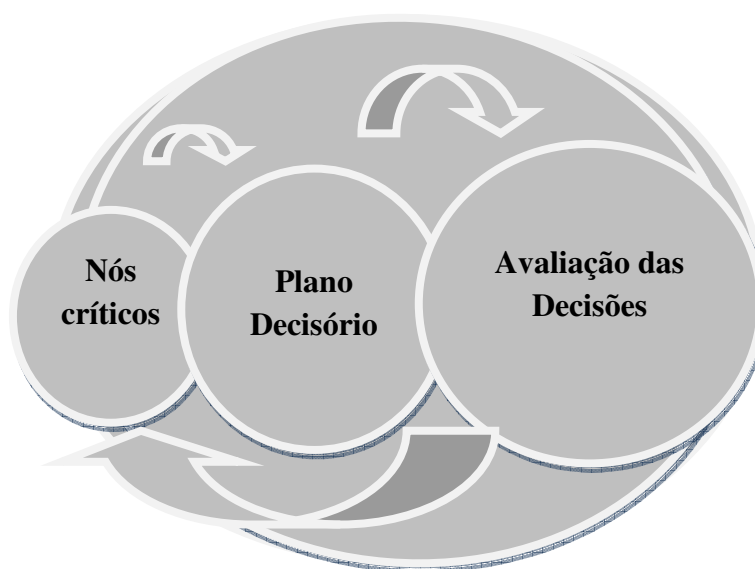
A primeira etapa é a ***Deteção de nós críticos*** que será o alvo para o qual se buscará soluções, independente da atuação (assistencial, gerencial, ensino ou pesquisa).

Parte-se do pressuposto de que os nós críticos estão presentes nos mais diversos aspectos da formação profissional. Artmann (2000) caracteriza “*nós críticos*” como os pontos de enfrentamento de um dado problema e sobre os quais serão elaboradas as propostas de ação.

A segunda etapa é a ***Elaboração do Plano Decisório***, no qual será sistematizado o problema (nó crítico), os objetivos e as estratégias para saná-lo, seja direta ou indiretamente.

A terceira etapa é a ***Avaliação das decisões***, onde se analisa a aplicabilidade das decisões e resolubilidade dos nós críticos.

Figura 03 - Esquema representativo da proposta de modelo procedimental de tomada de decisão direcionado às disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem. João Pessoa-PB, 2012



Toma-se por ***nós críticos*** uma determinada situação-problema que exige de algum ator uma tomada de decisão para modificar seu estado atual. São exemplos de nós-críticos: uma problemática, questionamento ou hipótese que gera um projeto de investigação científica,

o estudo de uma infração ética, a falta de conhecimento sobre uma temática ou contexto profissional, uma angústia ou inquietação pessoal, administração de recursos humanos e/ou pessoais, sinais e sintomas clínicos, situações emergenciais, problemas de saúde pública ou de assistência especializada, dificuldades de ensino-aprendizado, etc.

Os nós-críticos serão elencados e para cada um deles serão desenhados: os objetivos a serem alcançados; as metodologias a serem utilizadas e as ações a serem desenvolvidas pelos respectivos responsáveis; o tempo necessário para aplicar as decisões tomadas e, finalmente, a avaliação do processo como um todo.

A etapa da avaliação retroalimentará todo o processo com a inserção de novos nós - críticos quando necessário.

6 CONCLUSÃO

O século XXI propiciou para a educação a possibilidade de realizar inúmeras ressignificações, especialmente nos processos de aprendizagem. Muitas investigações científicas buscaram aprofundar e compreender o processo formativo sob esta perspectiva e, no bojo das pesquisas realizadas, ganhou destaque a reflexão sobre a dialogicidade entre o mundo da educação e o mundo do trabalho.

O presente estudo analisou o processo formativo de profissionais de enfermagem buscando encontrar o lugar da *Tomada de decisões* no âmbito das disciplinas integrantes do eixo Ciências de Enfermagem nas matrizes curriculares de Universidades, Centros Universitários e Faculdades que oferecem este curso. Esse esforço acadêmico mostrou-se relevante para o processo formativo desta profissão posto que, ao inserir-se no mundo do trabalho, o enfermeiro será constantemente instado a tomar decisões devendo, consequentemente, estar preparado para essa situação.

No horizonte imediato, a pesquisa reflete sobre a formação dos profissionais de enfermagem no contexto da Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001, que prevê o desenvolvimento de competências e habilidades gerais para o exercício da profissão, dentre as quais a Tomada de Decisões.

Os resultados do estudo, sob a ótica das instituições formadoras que aceitaram participar da pesquisa forneceram importantes informações sobre a caracterização dos estabelecimentos de ensino; perfil social e formativo dos docentes; características do ensino em João Pessoa, possibilitando a comparação e associações entre essas características, resultando na proposição de um modelo de tomada de decisão, construído com base em modelos estatísticos pré-existentes, a ser aplicado nas disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem.

Sobre a *Caracterização das Instituições de Ensino*, constatou-se que a maioria delas ainda não possui duas décadas de existência; oferecem curso de enfermagem com uma carga horária compreendida entre 4005 (quatro mil e cinco) e 4120 (quatro mil e cento e vinte) horas, disponibilizam entre 35 e 44,17% de sua carga horária para o Eixo Ciências da Enfermagem e quanto ao subeixo Assistência de Enfermagem reservam entre 63,6 a 81%.

Quanto ao *Perfil social e formativo dos docentes de Enfermagem*, observam-se docentes, em sua maioria, do sexo feminino; com idade entre 45 e 55 anos na IES pública e entre 25 e 35 anos nas IES privadas; formação em IES pública; com mais de 10 anos de formação; Mestrado como maior titulação; com mais de 10 anos de ensino na IES pública e

entre 1 e 10 anos de ensino nas IES privadas; com disciplinas direcionadas às Ciências da Enfermagem.

Na *Caracterização do Ensino de Tomada de Decisão*, evidências estatísticas comprovam a não formação específica dos docentes para exercer suas atividades na instituição, a não interferência da coordenação dos cursos nos planos de ensino dos docentes (maior percentual dessas afirmações resultante da IES pública), na disciplina ministrada é previsto o ensino de tomada de decisão e observa-se a importância de o discente aprender um modelo de tomada de decisão.

Observou-se, ainda, que as características *Formação específica para exercer suas atividades e Interferência da coordenação nos planos de curso* apresentaram evidências estatísticas de que as proporções dos docentes diferiram entre IES pública e privada e que as características *Ensino de Tomada de Decisão nas disciplinas de Enfermagem e Necessidade de o estudante aprender um modelo de tomada de decisão na formação* poderiam apresentar proporções estatisticamente iguais nas IES pesquisadas.

No estudo associativo de variáveis, registrou-se a independência nas associações entre o Subeixo das Ciências da Enfermagem e o Ensino de Tomada de Decisão nas Instituições de Enfermagem; entre IES de formação e a Importância de o discente aprender um modelo de tomada de decisão; e entre Tempo de conclusão do curso e o Ensino de tomada de decisão. A existência de associação foi encontrada entre o Tipo de IES e a Interferência da coordenação nos planos de curso da disciplina e muito próximo do limite de dependência, necessitando de maiores investigações sobre a possível associação, o Tempo de Ensino na IES e a Interferência da coordenação nos planos de curso das disciplinas.

Diante dos dados apresentados, o estudo propôs um modelo sugestivo de tomada de decisão direcionado às disciplinas vinculadas às Ciências da Enfermagem composto das seguintes etapas: Nós-críticos → Plano Decisório → Avaliação das Decisões. Esta proposta surge no intuito de facilitar a memorização das etapas e promover a execução imediata das ações nos diversos âmbitos do processo de trabalho do profissional de enfermagem.

Ao longo das décadas, avançaram não apenas os recursos tecnológicos e de informação, dentre as várias áreas, a educação também tem aperfeiçoado suas ideias de ensino-aprendizagem em prol da formação de um profissional graduado, generalista e capacitado com as necessidades demandadas pelo exercício de sua categoria, de seu processo laboral e, a Tomada de Decisão citada, não em detrimento das demais competências, mas por ser foco do estudo que ora se delineia, se entende pela capacidade de considerar na prática de

saúde, evidências científicas e uso apropriado de recursos humanos, materiais, estratégias de ensino-aprendizado, procedimentos e outros.

Ao término dessa investigação, com a certeza de alcance de objetivos traçados e com possibilidades de investigações futuras ou suporte para estudos comparativos sobre a temática, acredita-se na importância da qualidade do processo formativo de profissionais de saúde, particularmente de enfermagem, para o bom desempenho de suas ações junto aos usuários dos serviços de saúde e da comunidade que necessita de profissionais capacitados e envolvidos na prestação da assistência qualificada, do ensino provedor de competências, habilidades e atitudes e da gerência edificadora com foco na tomada de decisão e resolução de conflitos visando à eficiência e à eficácia de suas ações.

REFERÊNCIAS

ADAIR, E.J. **Decision making and problem solving strategies**. 2nd ed. Kogan page. London and Philadelphia. Reprinted in 2007.

ABMES. Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior. **Perfil das Instituições de Ensino Superior Particulares e sua Contribuição para o Desenvolvimento do Brasil**. 2004.

AFONSO, S.R.O Sistema Educacional no Brasil antes e depois da implementação da LDB 9394/96. **Artigonal**. 2009.

ARANGO, H.G. **Bioestatística: teórica e computacional**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ARNONI, M. E. B. Dialética do trabalho educativo e saber de ensino: um desafio na formação do professor. **Revista UNORP**, São José do Rio Preto – SP. Ano III v. 8. p. 41-49. Março, 2004.

ARTMANN, E . **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial..** OFICINA SOCIAL Nº 3: DESENVOLVIMENTO SOCIAL: COPPE/UFRJ, 25p., 2000. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf> . Acesso em 30.11.2012

BARBOSA, T.S.C., BAPTISTA, S.S., Movimento de expansão dos cursos superiores de enfermagem na região centro-oeste do Brasil: uma perspectiva histórica. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**. V. 10, nº 4, p. 945-56. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 20.01.2012.

BOM CONSELHO, D.E.A. do; BESSA, P.P. **Ensino Superior Particular no Brasil: Histórico e Desafios**. 2007. Disponível em <http://www3.mg.senac.br/NR/rdonlyres/eoqcsmbybxfmyfq5kq3bpqd7pplftb76aww24x4griymjsunbt6goq5w3qdubmetjpzpswcfba5o72d/deise.PDF>. Acesso em 12.07.2012

BRASIL. MEC. **Ministério da Educação e Cultura: principais atividades e realizações – 1930-1967**. Rio de Janeiro: MEC, 1967.

BRASIL. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília (DF): Senado, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Rio de Janeiro, p. 15-44, jul. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares nacionais para a educação de jovens e adultos. Bases legais: histórico**. Brasília (DF); 2000.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Plano nacional de Educação**. Brasília (DF): Senado, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF). 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. PARECER CNE/CES 1133/2001 - Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF). 2001.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358/2009. Revoga a Resolução nº 272/2002. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF). 2009.

BRASIL. **Projeto-Lei Nº 8.035, DE 2010**. Aprova o Plano Nacional de Educação para o decênio 2011-2020 e dá outras providências. Brasília (DF): Senado, 2010.

BRASIL. Núcleo de Desenvolvimento Educacional. **Orientações para elaboração do plano de ensino – UFTM**. Disponível em: http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/DATP_orientacoes_elaboracao_plano_ensino.pdf. Acesso em 30.11.2012.

BUCHANAN, L.; O'CONNELL, A. A brief history of decision making. **Harvard Business Review**. January, 2006.

BYKH, A; VISOTSKA, E; ZHEMCHUZHKINA; PORVAN, A; ZHOOK, A. Application of Network Technologies for Development of Medical Data-Advisory Clinic "Med-Health". **International Journal "Information Theories & Applications"**, v.14. p.139-144. 2007.

CARVALHO, D.R., KALINKE, L.P. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim da enfermagem**, v.2, nº 1, p. 82-95, 2008.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. 3ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1991.

CIAMPONE, M.H.T. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. Coordenadora. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU. 1991.

DANIEL, W.W. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. John Wiley & Sons, INC. 2005.

DELORME, A. Statistical Methods, **Swartz Center for Computational Neuroscience**, INC, University of San Diego California, La Jolla, USA. 2005.

DELORS, J.(org). Educação, um tesouro a descobrir. **Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC; UNESCO, 1998.

DIOGO, R.C.; GOBARA, S.T. Educação e Ensino de Ciências Naturais/Física no Brasil: do Brasil Colônia à Era Vargas. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. Brasília. Maio/ago. v. 89. n. 222, p. 365-383. 2008.

DORIA FILHO, U. **Introdução a bioestatística**: para simples mortais. São Paulo: Elsevier. 14^a reimpressão. 1999.

EGRY, EY. **Saúde coletiva**: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone. 1996.

FARIA, J.I.L., CASAGRANDE, L.D.R. A educação para o século XXI e a formação do professor reflexivo na enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**, v.12, nº 5, p. 821-27, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a17.pdf>. Acessado em 31.05.2012.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M.A. **Processo de trabalho em saúde**. 2^a ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG. Coopmed. 2009. 68p.

FAVORETO, A.; KLEIN, L.R. **Marxismo e educação no Brasil (1922-1935)**: o discurso do PCB e de seus intelectuais. Tese. Pós-Graduação em Educação. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2008.

FIGUEIREDO, E.S.A., Reforma do ensino superior no Brasil: um olhar a partir da história. **Revista da UFG [Internet]**. Ano VII, nº 2, 2005. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/45anos/C-reforma.html. Acesso em 23.10.2011.

FIORIN, José Luiz. **Elementos de análise do discurso**. São Paulo: Contexto. 2005.

FRANCO, E. **Funções do coordenador de curso**: como construir o coordenador ideal. Brasília: ABMES, 2002.

GUIMARÃES, E.M.P., MARTINEZ, E.Y.D. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência e Informação**, v.33, nº 1, p. 72-80, 2004.

HELENE, O., HORODYNSKI-MATSUSHIGUE, L. O que esperar do novo PNE? **O Estado de São Paulo**. 18/01/11. Disponível em <http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,o-que-esperar-do-novo-pne,667573,0.htm>. Acessado 09.01.2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **CENSO 2010 João Pessoa**. 2010.

INEP. **Censo da educação superior 2010**: divulgação dos principais resultados. Out 2011.

JESUS, W. F. O "problema nacional": a história de uma emenda que transformou o financiamento da educação no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos pedagógicos**, Brasília, v. 88, nº 220, p. 477-495. Set./dez. 2007.

KANG, T.H. Poder Político e Atraso Educacional no Brasil, 1930-1964. Temas de economia aplicada. **Informações FIPE**. p 16-20. Abril de 2010.

LEOPARDI, M.T. Introdução. In: **O Processo de Trabalho em Saúde**: Organização e Subjetividade. Santa Catarina: Papa-Livro. 1999.

LOBIONDO-WOOD, G., HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.

MACHADO, M.F. Diálogo entre metodologias quantitativas e qualitativas no campo da saúde. **Psicologia PT**. 2010. p: 1-7.

MAGALHAIS, L.C.B, YASSAKA, M.C.B, SOLER Z.A.S.G. Indicadores da qualidade de vida no trabalho entre docentes de curso de graduação em enfermagem. **Arquivo Ciências da Saúde**; v .15, nº 3, p. 117-24. jul-set. 2008.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 2. ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul. 1999.

MENDES-GONÇALVES, R.B.M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR. 1992.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. **Trabalho em saúde**. 2005.

_____. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde**. 2003. Disponível em http://www.ufrgs.br/faced/pesquisa/educasaude/banco_de_textos/6-Merhy%20&%20Franco.pdf. Acesso em 15.10.2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec. 1999.

MOEN, R., NORMAN, C. **Evolution of the PDCA Cycle**. 2009. Disponível em <http://pkpinc.com/files/NA01MoenNormanFullpaper.pdf>. Acesso em 12.08.2011.

MORAES, R.M. de. **Modelos Inteligentes de Tomada de decisão**. IX Encontro Regional de Matemática Aplicada e Computacional. 2009.

NÓBREGA-THERRIEN, S.M. GUERREIRO, M.G.S, MOREIRA, T.M.M, ALMEIDA, M.I. Projeto Político Pedagógico: concepção, construção e avaliação na enfermagem. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v. 44. nº 3. p.679-86. 2010.

NOGUEIRA, R.P. O Trabalho em Serviços de Saúde. In: **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família NESCON- Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Representação do Brasil, 2000. 80p.

NOSOW, V., PÜSCHEL, V.A.A. O ensino de conteúdos atitudinais na formação inicial do enfermeiro. **Revista da Escola Enfermagem USP**, v. 43. Nº Esp 2. p.1232-7. 2009.

OLIVEIRA, M.A.C., EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.34. nº 1. p. 9-15. 2000.

PAES NETO, G.P; OLIVEIRA, V.M.; MOTA, J.F. Materialismo histórico dialético como referência para formação de professores em educação física da UEPA. **Anais do V Colóquio de Epistemologia da Educação Física**, Maceió-AL, Brasil, 22 e 23 de outubro de 2010.

PAIÃO, M.R.R.S.; PEDUZZI, M., CIAMPONE, M.H.T. **Reflexões sobre o Processo de Trabalho no Ensino de Graduação em Enfermagem**. 2006. Disponível em <http://www.ie.ufmt.br/semiedu2006>. Acesso em 15.08.2011.

PEDUZZI, M. ANSELM, M.A.O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, Jul./ago. v. 55, n. 4, p. 392-398. 2002.

PEDUZZI, M.; SHRAIBER, L.B. **Processo de Trabalho em Saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde Fio Cruz. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em 23.10.2012.

PEREIRA, F.J.R.; LINO, N.L.; COSTA, D.L. Enfermagem e o poder de decisão gerencial e assistencial. In: SANTOS, S.R., SILVA, C.C., COSTA, M.B.S. **Enfermagem em administração e gestão na atenção à saúde**. João Pessoa. Editora Universitária da UFPB, 2011.

PEREIRA, F.J.R., SANTOS, S.R., SILVA, C.C. Caracterização de professores e estudantes de enfermagem em João Pessoa-Paraíba. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, nº 3, p.486-91, 2010.

PERES, A.M., CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, nº 3, p. 492-9, 2006.

PERNA, P. de O.; CHAVES, M.M.N. O Materialismo Histórico-Dialético e a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem. **Revista Trabalho Necessário**. Ano 6. Nº 6. 2008.

PIMENTEL, V.; MOTA, D.D.C.de F., KIMURA, M. Reflexões sobre o preparo para a docência na pós-graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v. 41, nº 1, p.161-4. 2007.

PINHEL, I. **O desenvolvimento de competências para docência segundo a vivência de docentes de um curso de graduação em enfermagem** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

PIVA, J.A.A.C.; FIGUEREDO, M.M.; LIAO, C.O. A. Importância da capacitação docente na visão de um grupo de professores universitários. **Anuário da produção acadêmica docente**. V II, N 3, Ano 2008.

QUEIROZ, V. M; EGRY, E Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.41. nº 1.p.26-33. 1988.

RIBEIRO, S.B. de O.; SAMPAIO, S. de F.O processo de trabalho em enfermagem: revisão de literatura e percepção de seus profissionais. **Anais do XIV Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas** - 29 e 30 de setembro de 2009.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101. 2000.

ROSS, N. **The Rational Decision-Making Model and Leadership Behaviour in International Crises**. 2007. Disponível em <http://www.e-ir.info/?p=168>. Acesso em 12.07.2011.

ROSENSTOCK, K.I.V; LIMA, E.A.P.; SALES, E.C.S; SANTOS, J.B.; PIMENTA, R.L. Abordagens teóricas da administração e suas aplicações na prática de enfermagem. In: SANTOS, S.R., SILVA, C.C., COSTA, M.B.S. **Enfermagem em administração e gestão na atenção à saúde**. João Pessoa. Editora Universitária da UFPB, 2011.

SAMPAIO, S.F. O processo de trabalho em enfermagem: uma percepção de enfermeiros. **II Seminário Internacional sobre o trabalho na Enfermagem (SITEN)**. Curitiba-PR. 2008. <http://www.abennacional.org.br/2SITEn/Arquivos/N.090.pdf>. Acesso em 15.07.11.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. 10 ed, rev. Campinas-SP: Autores associados. Coleção educação contemporânea. 2008.

SILVA, C.C da. **Competências na prática educativa para constituição da força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2003. 164 p.

SILVA, M.J.; SOUSA, E.M.; FREITAS, C.L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Mar./abr. v.64. n^o.2. 2011.

SILVA, A.C.R.; ARAÚJO, A.M.P.; GUIMARÃES, I.P; GOMES, S.M.S.; SLOMSKI, V.G. O ideário pedagógico do professor-coordenador de curso de ciências contábeis – o projeto político-pedagógico e o currículo como instrumento de sua concretização. In: **Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia**. Braga: Universidade do Minho, 2009.

SGUISSARDI, V. Reforma universitária no Brasil - 1995-2006: precária trajetória e incerto futuro. **Educação Social**. V. 27, n^o 96, p. 1021-56. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v27n96/a18v2796.pdf>. Acesso em 25.11.2011.

TAFFAREL, C.N.Z. Marxismo E Educação: Contribuição ao debate sobre a teoria educacional e a transição. **Revista HISTEDBR On-line**. Campinas. Número especial. p. 257-270. Abr. 2011.

TRIOLA, M.F. **Introdução à estatística**. 9.ed. Rio de Janeiro: LTC. 1999.

_____. **Introdução à estatística**. 10.ed. Rio de Janeiro: LTC. 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

VALENTE, G.S.; VIANA, L.O. O ensino de nível superior no Brasil e as competências docentes: um olhar reflexivo sobre esta prática. **Práxis Educacional**. Vitória da Conquista, v. 6, n. 9 p. 209-226 jul./dez. 2010.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

Eu, FRANCILENE JANE RODRIGUES PEREIRA, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e de difusão científica intitulada: **MODELO DE TOMADA DE DECISÕES EM DISCIPLINAS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM: Revisando as bases conceituais para formação de novos perfis profissionais**, e sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações: a pesquisa justifica-se em face da falta de informações sobre a existência ou não de conteúdos relativos à tomada de decisão em disciplinas que compõem as ciências de enfermagem no curso de formação de enfermeiros e a exigência constante de tomada de decisões por parte deste profissional a quem cabe a direção de uma parcela significativa da força de trabalho em saúde. O objetivo do estudo é compreender o processo de tomada de decisão veiculado nos conteúdos técnicos que compõem as disciplinas da ciência de enfermagem no âmbito do processo formativo de enfermeiros. A investigação será ancorada pela Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC); os dados serão coletados através de um questionário e os materiais analisados e aplicados métodos de tomada de decisão. A participação é voluntária, tendo o participante a liberdade para desistir em qualquer momento da pesquisa, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo dos dados coletados. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo **telefone (083) 9918-9938** ou **e-mail: francilenejane@gmail.com** ou 3216.7302 (Comitê de Ética e Pesquisa do HULW).

Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.

Ciente dessas informações, concorda em participar do estudo.

João Pessoa, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Apêndice B - Formulário – Captação da Descrição Histórica e Processual das IES em Enfermagem

IES : _____

() PÚBLICA () PRIVADA

Dados Históricos

1. Bases legais para funcionamento junto ao MEC: _____
2. Ano de início de funcionamento do curso: _____
3. Característica institucional: () Universidade () Centro de Ensino () Faculdade

Dados das atividades processuais do curso

4. Perfil do profissional egresso: _____

5. Carga horária total: _____

Dados relativos às disciplinas do Eixo Ciências da Enfermagem

6. Disciplinas do Subeixo Fundamentos de Enfermagem:

Carga horária: _____

7. Disciplinas do Subeixo Assistência de Enfermagem:

Carga horária: _____

8. Disciplinas do Subeixo Administração em Enfermagem:

Carga horária: _____

Apêndice C - Questionário – Avaliação das bases conceituais no ensino das disciplinas vinculadas às ciências da enfermagem

NOME/INICIAIS: _____ Data ____/____/____

IES PÚBLICA () Qual? _____

IES PRIVADA () Qual? _____

Disciplina ministrada nesta Instituição: _____

Prezado Colega - Todos os dados obtidos deste questionário serão confidenciais

DESCOBRINDO VOCÊ E SUA FORMAÇÃO

Dados Pessoais

1. Sexo:

() Masculino () Feminino

2. Idade: _____

3. Estado Civil:

() Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado/Separado () União Estável

4. Etnia

() Branco () Pardo () Negro () Mulato () Indígena () Amarelo

Dados de Escolaridade

5. Onde você cursou Enfermagem:

() Instituição Pública () Instituição Privada

6. Há quanto tempo você concluiu a graduação:

() menos de 1 ano () 1 |---- 3 anos () 3 |---- 5 anos () 5 |---- 10 anos () mais de 10 anos

7. Você possui alguma pós-graduação? Marque sua maior titulação

() especialização () mestrado () doutorado () Não tenho pós-graduação

DESCOBRINDO VOCÊ E SEU AMBIENTE DE TRABALHO

8. Há quanto tempo você trabalha nesta Instituição de Ensino Superior (IES):

() menos de 1 ano () 1 |---- 3 anos () 3 |---- 5 anos () 5 |---- 10 anos () mais de 10 anos

9. Para o exercício de suas atividades nesta Instituição de Ensino Superior, você recebeu algum tipo de formação específica?

() Não () Sim

Em caso de resposta afirmativa, cite quais:

10- Nesta Instituição de Ensino Superior, a coordenação do curso tem intervenção sobre os conteúdos técnicos inseridos no plano de curso de sua disciplina?

() Não () Sim

Em caso afirmativo, descreva-o:

11 - Na sua disciplina, além dos conteúdos técnicos específicos, você prevê o ensino de processos de tomada de decisão em situações práticas?

() Não () Sim

Em caso afirmativo, o ensino de processos de tomada de decisão em situações práticas é baseado em algum modelo previsto na literatura acadêmica? Qual?

Em caso negativo, como você acha que os alunos baseiam suas tomadas de decisões técnicas relativas à sua disciplina em situações práticas?

() Em um modelo de tomada de decisão existente na literatura especializada, mas não vista em sua disciplina

() Na competência técnica relativa ao objeto do trabalho que está sendo executado

() Na experiência que o tempo de serviço acaba conferindo aos profissionais

12. Você acha que um estudante de enfermagem deveria aprender um modelo de decisão para utilização no exercício das disciplinas técnicas?

() Sim () Não

Justifique sua resposta:

Assinatura do entrevistado

Apêndice D - Formulário – Dados relativos às bases conceituais dos planos de curso das disciplinas vinculadas às ciências da enfermagem no direcionamento ao ensino de tomada de decisão

IES : _____

☐ PÚBLICA ☐ PRIVADA

1. Direcionamento ao processo de tomada de decisão nas disciplinas do Subeixo Fundamentos de Enfermagem?

☐ NÃO ☐ SIM

Disciplina (s):

2. Direcionamento ao processo de tomada de decisão nas disciplinas do Subeixo Assistência de Enfermagem?

☐ NÃO ☐ SIM

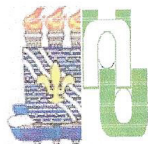
Disciplina (s):

3. Direcionamento ao processo de tomada de decisão nas disciplinas do Subeixo Administração em Enfermagem?

☐ NÃO ☐ SIM

Disciplina (s):

ANEXO A – Certidão de aprovação de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HULW



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 30/08/2011, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **MODELO DE TOMADA DE DECISÕES EM DISCIPLINAS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM: revisando as bases conceituais para formação de novos perfis profissionais.** Protocolo CEP/HULW nº. 426/2011, Folha de Rosto nº 458202. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE Nº 0203.0.126.000-11, dos pesquisadores **FRANCILENE JANE RODRIGUES PEREIRA, CÉSAR CAVALCANTI DA SILVA e EUFRÁSIO DE ANDRADE LIMA NETO.**

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 31 de agosto de 2011.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-MAIL:comitedeetica@hulw.ufpb.br