

TESE DE DOUTORADO

TESE DEFENDIDA: 31/08/98

ALUNA: MARIA LOURDES GISI

ANEYO AO PROC. 615/95-CM

MARIA LOURDES GISI

A FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA
TÉCNICO-CIENTÍFICA E POLÍTICA DO ENFERMEIRO:
UMA DIRETRIZ CURRICULAR EM QUESTÃO



CASS: 0107308
6533 f
TOMBO: 910

SVE

MARIA LOURDES GISI

MARIA LOURDES GISI

A FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA
TÉCNICO-CIENTÍFICA E POLÍTICA DO ENFERMEIRO:
UMA DIRETRIZ CURRICULAR EM QUESTÃO

A FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA
TÉCNICO-CIENTÍFICA E POLÍTICA DO ENFERMEIRO:
UMA DIRETRIZ CURRICULAR EM QUESTÃO

Orientador Prof. Dr. Tullio Vigevani
Co-orientadora Profa. Dra. Vanda M. Galvão Jousias

1410000010

0000000000

Marília
1992

UNIVERSIDADE DE FILOSOFIA E
CIÊNCIAS
BIBLIOTECA
CAMPUS DE MARILIA

MFN=7913

SVE

CLASS: 610.7309
G533 f
TOMBO: <u>910</u>

MARIA LOURDES GISI

A FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA E POLÍTICA DO ENFERMEIRO: UMA DIRETRIZ CURRICULAR EM QUESTÃO

**A FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA
TÉCNICO-CIENTÍFICA E POLÍTICA DO ENFERMEIRO:
UMA DIRETRIZ CURRICULAR EM QUESTÃO**

076.7

COMISSÃO JULGADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, Campus de Marília, para obtenção do título de Doutor em Educação.

Presidente e Orientador

2º Examinador

3º Examinador

Orientador: Prof. Dr. Tullo Vigevani
Co-orientadora: Profa. Dra. Vanda M. Galvão Jouclas

1410000910



Marília
1998



MARIA LOURDES GISI

A FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA
TÉCNICO-CIENTÍFICA E POLÍTICA DO ENFERMEIRO:
UMA DIRETRIZ CURRICULAR EM QUESTÃO

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências
da Universidade Estadual Paulista, Campus de
Marília, para obtenção do título de Doutor em
Educação.

Gisi, Maria Lourdes

A Formação da competência técnico-científica e política do enfermeiro: uma diretriz curricular em questão. Maria Lourdes Gisi. Marília, 1998.

Tese - Doutorado - Faculdade de Filosofia e Ciências - Universidade Estadual Paulista.

1. Enfermagem - Formação profissional
2. Enfermeiro - Formação profissional
3. Enfermagem - Estudo e ensino

CDD 610-73069

MARIA LOURDES GISI

**A FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA TÉCNICO-
CIENTÍFICA E POLÍTICA DO ENFERMEIRO:
UMA DIRETRIZ CURRICULAR EM QUESTÃO**

COMISSÃO JULGADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

Presidente e Orientador:

Tullo Vigevani
Prof. Dr. Tullo Vigevani - UNESP

2º Examinador:

Vanda Maria Galvão Jouclas
Profa. Dra. Vanda Maria Galvão Jouclas - UFPR

3º Examinador:

C. A. Si
Prof. Dr. Celestino Alves da Silva Junior - UNESP

4º Examinador:

M. S. Zainko
Profa. Dra. Mária Amélia Sabag Zainko - UFPR

5º Examinador:

Paulo Eduardo Mangeon Elias
Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias - USP

Marília, 31 de agosto de 1998



AGRADECIMENTOS

Às pessoas das pessoas que contribuíram para a construção deste trabalho e impossível não retornar a cada etapa desde o início. Nessa caminhada muitos se fizeram presentes, algumas de modo especial:

A Profa. Dra. Maria Amélia Sabag Zinko e ao Prof. Evaldo Antonio Martins Pereira pelo incentivo para iniciar esta caminhada e pela lição de vida.

Aos professores com os quais cumpri os créditos e que possibilitaram aceitar a minha visão sobre o sentido desse estudo: Prof. Dr. Tullo Vigevani, Prof. Dr. Celestino Alves da Silva Junior, Prof. Dr. Paulo Ghiraldelli Junior.

Ao Prof. Dr. Francisco de Moraes Paz (in memoriam) pela capacidade de despertar a paixão pela busca do conhecimento.

Ao Prof. Dr. Tullo Vigevani pela orientação, compreensão e demonstração de confiança.

A Profa. Dra. Vanda Maria Galvão Juchas pela disponibilidade, atenção e estímulo.

Ao Prof. Sérgio Zuffeda Serafini e à Profa. Dra. Maria Amélia Sabag Zinko pelo apoio e incentivo.

Aos colegas professores dos Cursos de Enfermagem pela disponibilidade e atenção na participação nas entrevistas.

Aos colegas professores do Departamento de Enfermagem pelo apoio e incentivo.

A Márcia e Vilma da Secretaria de Pós-Graduação da UNESP pela atenção dispensada durante toda a jornada do curso.

A Dr. Jovana, Vera, Lucila Bello Chagas do Departamento de Enfermagem, Dr. Rômulo e a Sílvia Schwenden, pela importante contribuição na revisão bibliográfica.

Ao Francisco, Paulo e ao Márcia pelos trabalhos de digitação.

**Às minhas filhas
Franciele, Juliana e Bruna
Pelo carinho e solidariedade**

**À minha mãe
pelo constante incentivo**

**À memória do meu pai
pelo exemplo de vida**

AGRADECIMENTOS

Ao lembrar das pessoas que contribuíram para a construção deste trabalho, é impossível não retornar à cada etapa desde o início. Nesta caminhada muitas pessoas se fizeram presentes, algumas de modo especial:

À Profa. Dra. Maria Amélia Sabag Zainko e ao Prof. Evaldo Antonio Montiani Ferreira pelo incentivo para iniciar esta caminhada e pela lição de amizade;

Aos professores com os quais cumpri os créditos e que possibilitaram ampliar a minha visão sobre o sentido desse estudo: Prof. Dr. Tullo Vigevani, Prof. Dr. Celestino Alves da Silva Junior, Prof. Dr. Paulo Ghiraldelli Junior;

Ao Prof. Dr. Francisco de Moraes Paz (in memorian) pela capacidade de despertar a paixão pela busca do conhecimento;

Ao Prof. Dr. Tullo Vigevani pela orientação, compreensão e desmostração de confiança;

À Profa. Dra. Vanda Maria Galvão Jouclas pela disponibilidade, orientação e estímulo;

Ao Prof. Sérgio Zuñeda Serafini e à Profa. Rita de Cássia Lopes pelo importante apoio e incentivo;

Aos colegas professores dos Cursos de Enfermagem do Estado do Paraná pela disponibilidade e atenção na participação nas entrevistas;

Aos colegas professores do Departamento de Enfermagem da UFPR pelo apoio e compreensão;

À Marinez e Vilma da Secretaria de Pós-Graduação da UNESP pela atenção dispensada durante todo o período do curso;

À Professora Vera Lúcia Bello Chagas do Departamento de Biblioteconomia da UFPR e a Antônia Schwinden, pela importante contribuição na revisão do trabalho;

Ao Wanderlei Baggio de Meira pelos trabalhos de digitação.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. OBJETIVOS	08
3. METODOLOGIA	09
4. RESULTADOS DO ESTUDO	18
4.1. A educação da educação e da saúde	18
4.2. Resultados	42
5. O PROCESSO DE FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL	43
5.1. Revisitando a história do ensino da enfermagem	43
5.2. Significado de competência, implicações no processo de formação	74
6. O PERCURSO METODOLÓGICO	94
6.1. Documentação teórico-metodológica	94
6.2. Processo de captação de realidade empírica	105
7. O LACERDADEIRO COM O CONTEXTO DOS AGENTES	112
7.1. O contexto	112
7.2. Os agentes	144
8. O LACERDADEIRO E OS AGENTES	150
8.1. O Lacerdaideiro	150
8.2. Os agentes	176
9. BUSCA	193

CONVITE

Completou-se uma jornada.

Chegar é cair na inércia
de um ponto final.

Na euforia da chegada,
há um convite irrecusável
para uma nova partida.

Helena Kolody

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE QUADROS.....	07
Resumo.....	08
1 PREÂMBULO.....	09
2 O SENTIDO DO ESTUDO.....	18
2.1 Contexto da educação e da saúde.....	18
2.2 Objetivos.....	42
3 O PROCESSO DE FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL.....	43
3.1 Revisitando a história do ensino da enfermagem.....	43
3.2 Significado de competência: implicações no processo de formação.....	74
4 O PERCURSO METODOLÓGICO.....	94
4.1 Fundamentação teórico-metodológica.....	94
4.2 Processo de captação de realidade empírica.....	105
5 APROXIMAÇÕES COM O CONTEXTO DOS AGENTES.....	112
5.1 Caracterização do contexto.....	112
5.2 Caracterização dos agentes.....	144
6 A MENSAGEM DOS AGENTES.....	150
6.1 Descrição das categorias.....	150
6.2 Análise das categorias.....	176
7 BUSCANDO CAMINHOS.....	193
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	200
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	204
Anexos.....	214
<i>Abstract</i>	246



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instituições de Ensino Superior com Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem	113
Quadro 2 - Quantitativo de docentes por regime de trabalho, titulação e entrada de alunos por ano	118
Quadro 3 - Carga horária total dos Cursos de Graduação e formação pedagógica	124
Quadro 4 - Categorias referentes às mensagens dos agentes da área hospitalar	150
Quadro 5 - Categorias referentes às mensagens dos agentes da área da saúde coletiva	151

GISI, M. L. *A formação da competência técnico-científica e política do enfermeiro: uma diretriz curricular em questão*. Marília, 1998. 246p. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Filosofia e Ciências, Campus Marília, Universidade Estadual Paulista.

RESUMO

A preocupação neste estudo está voltada para o processo de formação do enfermeiro. Considerou-se como ponto de partida a indicação do Parecer 314/94-CFE sobre a formação da competência técnico-científica e política do enfermeiro. Buscou-se captar os significados atribuídos pelos professores de Enfermagem a essa competência mediante uma pesquisa qualitativa junto aos sete Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná. Como referencial teórico para análise dos dados empíricos foram utilizados os conceitos desenvolvidos por Bernstein, em especial os que se referem à formação de códigos que norteiam a ação. A partir desse referencial considerou-se como a **voz** da categoria o novo discurso da Enfermagem e como **mensagem** os significados atribuídos à competência pelos agentes em um contexto local. Pôde constatar-se que as mensagens dos agentes são influenciadas pelos contextos locais (instituições de ensino e de saúde) e revelam, de modo geral, forte isolamento entre as diferentes categorias (professores, alunos, profissionais de serviço, currículos, disciplinas). Tal isolamento é considerado como uma porta fechada para a reelaboração de novos códigos, que, por sua vez, contemplem as novas formas de pensar e agir da sociedade contemporânea. Evidenciou-se, no entanto, que algumas mensagens já apontam para a ruptura do isolamento e a compreensão da necessidade de interação entre diferentes categorias e diferentes contextos, ultrapassando a visão fragmentada para uma visão de totalidade. Considera-se, no entanto, que novas práticas pedagógicas que favoreçam a formação da competência profissional requerem melhores condições de trabalho e a proposição de projetos inovadores que possibilitem refazer os elos entre as diferentes categorias.

Palavras-chave: Enfermagem-formação profissional; enfermeiro-formação profissional; enfermagem-estudo e ensino.

1 PREÂMBULO

A condição de partida do presente trabalho é o cenário de indagações e contradições do processo de formação do enfermeiro, motivo de constante preocupação na minha trajetória profissional como docente do ensino de Enfermagem.

A partir deste tema situei o núcleo do estudo na competência do enfermeiro, mais precisamente na formação acadêmica que propicia esta competência.

Tal opção encontra sua razão de ser no fato de que é cada vez mais freqüente a utilização do termo competência no discurso dos enfermeiros, o que já motiva o questionamento e o interesse em entender o seu significado no processo de formação do enfermeiro.

A intenção é suscitar contribuições sobre o tema, levantar pontos para reflexão e desse modo colaborar com o ensino que se pretende colocar à altura das exigências de formação do homem contemporâneo. Formação, não no sentido utilitário voltado para as questões imediatas, mas no sentido amplo que contempla a ação social do profissional, que para isto precisa compreender o significado histórico da sua época, suas determinações e suas possibilidades (Saviani, 1994).

A idéia de priorizar esta questão em particular foi também reforçada pela nova proposta de Currículo Mínimo para os Cursos de

Enfermagem, em especial o Parecer 314/94-CFE, que indica diretrizes, parâmetros e pressupostos que subsidiaram a Portaria 1721/94-MEC (Currículo Mínimo de Enfermagem) e que se constituem em norteadores para a reformulação e implementação dos currículos no âmbito dos cursos. Nesse Parecer, consta que:

A competência técnico-científica e política a ser adquirida no nível de graduação do enfermeiro deve conferir-lhe terminalidade e capacidade para inserção no mercado de trabalho considerando as demandas e as necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme quadro epidemiológico do país/região. (BRASIL, 1994, p. 3)

O Parecer retrata as análises e reflexões sobre a formação do enfermeiro e resulta de um amplo debate nacional coordenado pela Associação Brasileira de Enfermagem. Por esse motivo constitui importante diretriz para a formação do enfermeiro.

No que se refere especificamente ao tópico que trata da competência, verifica-se que nesta indicação não há referência tão-somente à competência do enfermeiro de modo genérico, mas é explicitado que esta deve ser técnico-científica e política. Chama a atenção o fato de nominar-se o científico, já que presumivelmente este é inerente a competência técnica. Estar-se-ia reafirmando a base científica desta competência? Pois, competência significa saber/fazer pressupondo uma prática desenvolvida em bases científicas. Na história da enfermagem consta que em sua origem a atividade era



desenvolvida de forma intuitiva e empírica e que posteriormente passou a buscar as bases científicas para sua prática, primeiro nas ciências biológicas e depois nas ciências humanas.

Poderia ainda esta indicação referir-se apenas à competência técnico-científica, e neste caso estaríamos preocupados em buscar entender qual o compromisso político desta competência. Conforme nos indica Nosella (1983, p.93), "A competência técnica deve ser analisada à luz do horizonte político que gera e alimenta diferentes concepções de cultura e diferentes projetos políticos". Mas a indicação do Parecer vai além, acrescenta a competência política e, sendo assim, remete à capacidade de articulação voltada para a consecução de projetos, conferindo a esta indicação uma dimensão ainda maior com profundas implicações no processo de formação.

Verifica-se ainda que esta competência é considerada como requisito para a terminalidade da formação, o que também precisa ser melhor compreendido à medida que a aquisição da competência extrapola o domínio do ensino formal, hoje mais do que nunca, dada a velocidade das mudanças na sociedade.

Quanto a referência à inserção do enfermeiro no mercado de trabalho, cabe ressaltar que este não está efetivamente voltado para as necessidades prioritárias da população, o que impõe a participação do enfermeiro no movimento mais amplo dos trabalhadores da saúde para a reorientação do processo de produção dos serviços de saúde voltada para esta finalidade.



É certo que propiciar competência faz parte do papel da escola como instrumento imprescindível para que o enfermeiro possa dar respostas aos problemas, tendências e necessidades resultantes das mudanças sociais e desenvolver um trabalho de maior impacto na saúde da população. A razão do questionamento não se encontra na sua proposição, mas nos diferentes significados atribuídos ao termo e na maneira como competência técnico-científica e política é entendida no processo de formação. Isto porque:

[...] competência tomada apenas formalmente serve para qualquer coisa, também para produzir ignorância. Podemos ser competentes ao extremo na produção da ignorância alheia, ou em táticas voltadas a dificultar a formação da consciência crítica. (Demo, 1997, p.64-b)

É o caso, por exemplo, em que esta é relacionada tão-somente a determinados tipos de comportamentos que visam fornecer aos alunos um conjunto de habilidades para o exercício da profissão: um ensino com característica puramente instrumental. Nesta concepção, o conhecimento é considerado como algo a ser consumido e seus objetivos acabam por favorecer a competitividade, que inclusive é muitas vezes entendida como inerente à competência, não contemplando a “produção das condições que atribuem sentido aos saberes escolares” (Tanguy, 1997, p.30).

Essa tendência busca atender àqueles que recebem os recém-egressos no mercado de trabalho e que consideram que a formação propiciada não

preenche os requisitos existentes. Quanto a isto, há que se ter cuidado, pois, esse discurso, na verdade, pode estar responsabilizando a educação por problemas que na empresa se traduzem por escasso crescimento e nos serviços de saúde pela dificuldade para implantar as políticas de saúde. É um modo de atribuir esses problemas aos indivíduos e às instituições que propiciam a formação profissional, como se não fossem as próprias instituições, públicas ou privadas, que organizam o processo de trabalho e definem seus investimentos (Enguita, 1990).

Embora o Parecer 314/94-CFE esteja indicando que, além da competência técnico-científica, o enfermeiro deve adquirir competência política, não há aí garantia de sólida formação geral comprometida com a superação das desigualdades sociais, pois o político não se define por si só como favorável a esta superação (Silva, 1992).

Igualmente é preciso estar atento para o fato de que entre a “[...] instrumentação técnica e a percepção política pode haver confluência e divergência porque a primeira não pode ser tomada como força cega, mas como insumo relevante e mesmo essencial embora nunca fatal” (Demo, 1997, p.177-b).

Assim, situar a busca da competência no processo de formação levando em consideração as condições do país, suas contradições, suas desigualdades sociais e o momento histórico que se vive para então definir o que é relevante para a formação profissional, é um imperativo para todos aqueles que se envolvem com a tarefa da educação.

Da mesma forma, é fundamental considerar as transformações sócio-econômicas, culturais e políticas decorrentes do processo de globalização, o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e sua repercussão no sistema educacional, na área da saúde como um todo, em particular no processo de trabalho em saúde e na inserção do enfermeiro neste trabalho.

O entendimento que tais reflexões antecedem as análises sobre o significado de competência profissional, remete à necessidade de contextualizar as questões que dizem respeito à formação do profissional na atualidade para na sequência desenvolver os capítulos que se referem especificamente à competência. Essas questões estão contidas no capítulo 2, que contempla também os objetivos deste estudo.

É no capítulo 3 que se busca, numa retrospectiva do ensino da enfermagem, identificar como foi sendo construída a competência profissional e em qual contexto a enfermagem é levada a rever os seus conteúdos de ensino e como vem concretizando os seus projetos. Procura-se compreender as transformações que ocorreram neste processo histórico, bem como as determinações sociais que conformaram a prática do enfermeiro e delinearam a competência para o seu exercício profissional.

Parte-se do pressuposto que “[...] nada se constrói fora da história, ela não é uma unidade vazia ou estática da realidade, mas uma totalidade dinâmica de relações que explicam e são explicadas pelo modo de construção concreto” (Minayo, 1992, p. 89).



A importância dessa abordagem histórica situa-se, assim, no fato de que ela nos auxilia a compreender melhor o momento presente e as possibilidades para a formação pretendida.

Na sequência, ainda no capítulo 3, discutem-se os diferentes significados atribuídos à competência, tendo em vista a finalidade para o qual o termo é utilizado. Finalidade esta que nem sempre é explicitada no processo de formação, e mesmo o sendo pode não ter relação com a prática pedagógica que se efetiva no cotidiano do contexto educacional.

O capítulo 4 trata da metodologia selecionada para este estudo, os pressupostos teóricos e o processo de captação da realidade empírica. Para apreender o significado atribuído à competência técnico-científica e política do enfermeiro como uma totalidade, considerou-se necessário contemplar o ensino da enfermagem voltado para a dimensão individual e aquele orientado para a dimensão coletiva do processo saúde-doença. Isto no entendimento de que ambas as expressões da prática profissional apresentam especificidades socialmente determinadas e motivam, assim, o interesse em captar os significados atribuídos à competência sob estes dois prismas.

Para uma melhor compreensão desses significados, buscou-se uma aproximação com o contexto dos agentes. O cenário institucional é assim descrito no capítulo 5, o que possibilita conhecer as condições existentes para o desenvolvimento da prática pedagógica dos professores de enfermagem e as



possibilidades para a formação do enfermeiro condizente com as exigências que se colocam na atualidade.

Faz parte, ainda, do capítulo 5 a descrição do perfil dos agentes deste estudo; perfil este que buscou caracterizar a formação acadêmica, as áreas de atuação, a busca de aperfeiçoamento profissional, bem como o envolvimento com associações de classe e outras (Conselhos, Conferências de Saúde etc.). O entendimento que tal perfil tem relação com os significados que os agentes atribuem à competência profissional é que motivou essa caracterização.

As mensagens dos agentes sobre competência técnico-científica e política do enfermeiro descritas e analisadas no capítulo 6 indicam os significados por eles priorizados. Tais significados revelam concepções existentes acerca da Enfermagem, da Educação e da Saúde, os determinantes sociais e os limites e possibilidades para as transformações necessárias.

Ao se proceder a análise com base em conceitos de Bernstein (1996), buscou-se identificar não só a influência do contexto sobre o discurso da Enfermagem, mas também o espaço para a proposição e o desenvolvimento de novos projetos pedagógicos.

É, portanto, a partir da análise das mensagens que são apresentados os caminhos para superação dos limites existentes. O capítulo 7 indica esses caminhos, entendendo-se que a sua proposição resulta da capacidade de análise do autor, permeada pelas suas concepções acerca das questões tratadas neste trabalho.



2. O SENTIDO O capítulo 8, que se refere às considerações finais sobre o que constituiu motivo de questionamento para este estudo, traz implícito o desafio em formar um enfermeiro com competência profissional para as exigências do mundo contemporâneo. E remete à necessidade de novos estudos e novas reflexões, colocando este trabalho como um novo ponto de partida.

Essa mundo modificado significa, no pensamento de Habermas, a transformação das próprias instituições. "Na medida em que a técnica e a ciência pervadem as estruturas institucionais da sociedade, desmoronam-se as antigas legitimidades", ou no dizer de Marcuse a técnica é "[...] em cada caso, um projeto histórico-social, não se projeta o que uma sociedade e os interesses nela dominantes possam fazer para os homens e com as coisas." Sendo tal dominação material, faz parte da própria razão técnica (Habermas, 1988, p. 43).

Se considerarmos, como na filosofia marxista, que os homens se constroem pela ação transformadora sobre a natureza e o mundo, portanto, produzem e reproduzem as condições para sua existência, a ciência e a técnica que dependem constituir instrumentos para a construção de um mundo mais humanizado, impõem-nos hoje, desafios imensos.

O método científico, ao favorecer a dominação cada vez mais eficaz da natureza, proporcionou também os instrumentos para uma dominação

² HABERMAS, J. *Técnica e ciência como ideologia*, p. 43. O autor apresenta o conceito de racionalidade em Weber e as análises de Marcuse acerca das implicações da instituição da razão técnica como dominação sobre a natureza e os homens.

2 O SENTIDO DO ESTUDO

2.1 O CONTEXTO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE

A educação enfrenta hoje a difícil tarefa de ter de propiciar uma formação que possa dar respostas às exigências de um mundo profundamente modificado pelos avanços da técnica e da ciência.

Esse mundo modificado significa, no pensamento de Habermas, a transformação das próprias instituições: “Na medida em que a técnica e a ciência pervadem as esferas institucionais da sociedade... desmoronam-se as antigas legitimações”, ou no dizer de Marcuse a técnica é “[...] em cada caso, um projeto histórico-social; nele se projeta o que uma sociedade e os interesses nela dominantes pensam fazer com os homens e com as coisas.” Sendo tal dominação material, faz parte da própria razão técnica. (Habermas, 1968, p.45)¹

Se considerarmos, como na filosofia marxista, que os homens se constroem pela ação transformadora sobre a natureza e o mundo, portanto, produzem conhecimento ao produzirem as condições para sua existência, a ciência e a técnica que deveriam constituir instrumentos para a construção de um mundo mais humanizado, impõem-nos, hoje, desafios imensos.

O método científico, ao favorecer a dominação cada vez mais eficaz da natureza, proporcionou também os instrumentos para uma dominação

¹ HABERMAS, J. *Técnica e ciência como ideologia*, p.45. O autor apresenta o conceito de racionalidade em Weber e as análises de Marcuse acerca das implicações da instituição da razão técnica como dominação sobre a natureza e os homens.



cada vez mais intensa do homem sobre o homem, através da dominação da natureza (Habermas, 1968)². Este fato pode ser constatado em todos os setores da sociedade, mas o que importa hoje é compreender o significado dessas transformações na vida das pessoas.

A denominada revolução técnico-científica, por exemplo, que resultou em profundas modificações dos métodos de produção e no surgimento de produtos revolucionários, possibilitando um expressivo aumento da produtividade industrial, ao mesmo tempo levou à progressiva diminuição do trabalho vivo e em consequência, ao desemprego estrutural.

No entendimento de Gorz (1982), “[...] na idade da automomatização, o crescimento deixa de ser gerador de emprego...”, uma vez que as indústrias poderão produzir mais reduzindo o seu pessoal. Acrescenta ainda que o trabalho torna-se marginal em grande parte das produções materiais e nas atividades de organização.³

Nesta mesma linha de raciocínio, Habermas considera que não cabe mais entender o tempo de trabalho como medida de valor econômico, conforme proposto pela teoria marxista, já que o progresso técnico-científico tornou-se ele próprio uma fonte de mais-valia.

Ao tornar-se mais tênue a ligação entre trabalho e emprego, uma vez que os avanços tecnológicos acenam com ganhos de produtividade e levam à

² ibid

³ GORZ, A. *Adeus ao proletariado: para além do socialismo*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982. p.160-1. O autor sustenta esta afirmação no fato de que com a revolução microeletrônica o trabalho não se encontra mais “face a face” com a matéria.

diminuição do tempo de trabalho, diminui também a centralidade do trabalho na vida das pessoas, não se considerando mais pertinente a denominação de “sociedade do trabalho”. Esta idéia está vinculada ao surgimento da empresa industrial capitalista em que o modo de produção se caracteriza pela divisão técnica do trabalho e pela presença do trabalhador assalariado, cujo critério de racionalidade é a produtividade, o crescimento e a lucratividade.

As mudanças indicadas, que já constituem uma realidade facilmente observável, não podem ser generalizadas quando nos referimos ao nosso país, que apresenta um quadro bastante heterogêneo nas relações de trabalho. Ao lado de mudanças como as decorrentes das relações flexíveis de trabalho e da terceirização convive ainda o assalariamento clássico, muito embora o desemprego estrutural já constitua um problema de difícil solução (Médice, 1993).

Essa heterogeneidade que se faz presente em diferentes instituições, quer de produção de bens, quer de serviços, pode ser observada também em instituições da mesma natureza, como é o caso da produção dos serviços de saúde, cujo emprego encontra-se totalmente segmentado em um mercado assalariado para empregos públicos e privados, um mercado para autônomos como é o caso da medicina supletiva, um mercado para o exercício

* O autor utiliza a denominação “Medicina supletiva” para designar as empresas de médicos do grupo cooperativo e outras empresas de seguro-saúde e os serviços auto-organizados pelas empresas.

liberal independente (médicos, odontólogos, psicólogos e enfermeiros), através da organização empresarial ou individual, em consultórios privados (Médice, 1993)⁴.

Cabe destacar que o setor saúde, entendido como um setor de produção de serviços, embora com presença cada vez maior de aparelhos e máquinas visando ao aumento do rendimento do trabalho, vem indicando que a diminuição do emprego, não é tão acentuada como no setor de produção de bens.

Na primeira metade dos anos 90, “[...] o emprego no setor saúde cresceu 2 % ao ano em hospitais e clínicas demonstrando um ritmo inferior à década de 70, com crescimento médio de 10 %, e à década de 1980, com crescimento de 5 % em média ao ano” (Chompré, 1997, p.157).

As análises de Offe, relativas ao fato de o trabalho inserir-se hoje num plano secundário no contexto da vida das pessoas, acrescentam elementos que demonstram que esta questão é ainda mais complexa e não se restringe à diminuição do tempo de trabalho. Ao afirmar que o trabalho parece ter perdido “[...] sua qualidade subjetiva de centro organizador das atividades humanas, de auto-estima, e das referências sociais, assim como das orientações morais”, aponta mecanismos que na sua ótica poderiam ter contribuído para este fato. Enumera a erosão das tradições culturais, religiosas ou seculares e o hedonismo consumista como responsáveis pelo enfraquecimento das concepções

⁴ O autor utiliza a terminologia “Medicina supletiva” para designar as empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, empresas de seguro-saúde e os serviços auto-administrados pelas empresas.



éticas do trabalho, além dos processos de racionalização técnica e organizacional que minimizam o “fator humano” ao eliminar os espaços de autonomia para orientações morais (Offe, 1989 p.26-8).

Podemos dizer que todos esses autores concordam que o trabalho humano foi profundamente modificado e que a racionalização técnica e organizacional teve um profundo impacto na vida do homem contemporâneo.

Agora precisamos considerar o avanço tecnológico no contexto de uma economia globalizada que faz sentir seus efeitos de modo cada vez mais intenso nos países. Veiculada pela ideologia neoliberal, segundo Ianni (1997), impregna tanto as práticas das empresas, corporações e conglomerados transnacionais como as práticas dos governos nacionais e até mesmo se faz presente na vida intelectual, dentro e fora das universidades, na produção científica e através dos meios de comunicação, certamente com implicações profundas para o sistema educacional.

Observa-se hoje já um reposicionamento acerca da formação profissional. O que se espera são profissionais criativos e aptos a dar respostas às mudanças aceleradas e em níveis mais complexos de decisões. O parecer do Instituto de Economia Alemã, por exemplo, atribui hoje grande importância a uma educação voltada para uma qualificação mais geral ou o que eles denominam de qualificações-chave entendidas como: “[...] qualificações amplas, conhecimentos de âmbito geral, capacidade de associação de dados e informações, capacidade de decisão frente a situações complexas” (Markert, 1994, p.133-4).



Nessa perspectiva, a educação passa a ter grande relevância para o sistema produtivo, embora a razão desta importância esteja vinculada muito mais à alta competitividade que se estabeleceu no panorama mundial em torno do poder econômico, cujo mercado é, cada vez mais, de domínio das grandes corporações, do que com a formação do profissional cidadão.

À medida que o conhecimento passa a ser considerado uma importante estratégia para a competitividade na economia mundial, as universidades estão sendo fortemente influenciadas por mudanças externas. “Grupos exógenos começam a bater à porta dessas instituições, impondo novas regras ao jogo, com exigências que de alguma maneira desestabilizam as formas pelas quais as universidades vinham funcionando tradicionalmente” (Guadilla, 1994, p.64-5).

Voltada para dentro de si mesma, a Universidade que vinha procurando dar conta do ensino, da pesquisa e da extensão com dificuldades cada vez mais visíveis, consideradas por muitos como indicador de uma crise sem precedentes na história, principalmente pela sua incapacidade de dar respostas às crescentes exigências sociais, vê-se agora diante de inúmeros impasses e desafios. Por um lado, não pode simplesmente submeter a pesquisa e o ensino às regras ditadas pelo mercado, cujo interesse é geralmente por resultados imediatos, comprometendo assim os objetivos mais amplos da instituição: por outro, terá que encontrar novos caminhos para esta nova realidade.



A atual estrutura de cursos estanques isolados da realidade social parece não conseguir mais dar respostas às novas demandas sociais. A pesquisa, que vem sendo considerada como um importante instrumento para um ensino crítico e criativo, na grande maioria está centrada nos limites do conhecimento das disciplinas ao invés de emergir de problemas sociais concretos. E a extensão que têm sido historicamente colocada em um plano secundário pela maioria dos docentes, vêm se constituindo em muitos casos em uma função distante do efetivo compromisso social que lhe cabe, sem o impacto esperado no ensino e nas práticas de saúde.

As instituições de ensino, no entanto, não estão sendo envolvidas hoje tão-somente pelo setor econômico, cabe aqui destacar a enorme influência das novas formas de produção e circulação de conhecimentos propiciadas pelas tecnologias da informática e da comunicação. Em decorrência destas mudanças, as instituições de ensino irão enfrentar alguns desafios:

[...] incorporação dos novos conhecimentos no mesmo ritmo em que eles se produzem...; as novas formas integradas de organização do conhecimento; a vinculação mais estreita no que se chama "novo humanismo científico-técnico"; as novas filosofias com esquemas de educação globalizadora e unificadora do mundo; a importância de que a universidade seja produtora e ao mesmo tempo usuária do software que será veículo de transmissão de grandes quantidades de conhecimento e de informação; a multiplicação de formas diversas de

comunicação e de transmissão de informação; a reestruturação do nível sócioinstitucional. (Guadilla, 1994, p.67)

Ao referir-se aos países da América Latina, no entanto, a citada autora chama atenção para o compromisso que as universidades têm com o desafio em dar respostas à extrema situação de pobreza existente. É evidente que, no caso do Brasil, as universidades precisam, mais do que em qualquer época, assumir compromissos voltados para a justiça social, o que não significa ignorar os desafios técnico-científicos, mas entendê-los como instrumentos para a busca da igualdade de condições.

É talvez na área da saúde que fica mais evidente a necessidade deste compromisso da Universidade com a superação das desigualdades sociais. Os avanços da tecnologia caminham lado a lado com a morte de milhares de crianças e adultos por problemas decorrentes da pobreza e da ausência de simples medidas sanitárias. Diante desses contrastes, cabe ainda retomar as idéias do filósofo Hans Jonas, citado por Garrafa (1997, p.128), quando se refere à aparente impotência da ética e da filosofia frente ao homem tecnológico:

"[...] ao mesmo tempo em que gera novos seres humanos através do domínio de complexas técnicas de fecundação assistida (artificial), o homem tecnológico agride diariamente o meio ambiente do qual depende a manutenção futura da sua espécie ... um homem que oscila

suas ações entre a criação de novos benefícios extraordinários e a insólita destruição de si mesmo.”

Embora sejam visíveis tais contrastes, o setor saúde encontra-se ainda no discurso daquilo que deve ser. Novas concepções de saúde foram formuladas e novas diretrizes orientam a produção dos serviços. Saúde é hoje entendida como um direito de todos e dever do Estado, consideram-se as relações sociais, econômicas, culturais e ambientais como determinantes das condições de vida e de saúde, mas a situação de saúde da população ainda não reflete mudanças significativas.

A busca de saúde, como uma exigência para todos, segundo Berlinger (1995, p.21-4), surge neste século veiculada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) através de duas utopias: a primeira refere-se à nova concepção de saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social. Embora signifique um avanço na forma de conceber a saúde ao considerar não só a doença, não só o aspecto biológico, recebeu críticas principalmente por constituir um conceito idealizado e pelo fato de colocar o plano físico, mental e social no mesmo nível de determinação. É inegável, no entanto, que tal conceito possibilitou um grande avanço sobre a questão. A segunda utopia é o lema “Saúde para todos no ano 2000”, lançado pela OMS na década de 70, o que levou vários países a formular projetos visando atingir tal meta. A utopia deste lema, segundo o autor, não reside mais, como no passado, na falta de conhecimentos e recursos técnicos, mas

decorre principalmente da crise pela qual passam os países em que se tornam cada vez mais visíveis a pobreza e a degradação ambiental.

No Brasil, a incorporação da saúde como direito social resulta de um processo muito lento, se considerarmos a sua incorporação nas Constituições de outros países. Conforme Dallari (1995, p.15-24), a incorporação Constitucional do direito à saúde de modo explícito como “[...] integrante do interesse público fundante do pacto social, somente ocorre com a promulgação da Carta de 88”. As constituições anteriores limitavam-se a atribuir à União a competência de planejar os Sistemas Nacionais, e estes referiam-se à garantia de assistência médica e sanitária tão-somente para os trabalhadores, o que excluía grande parcela da população.

A nova Constituição incorporou a concepção de saúde, não apenas como direito, mas como resultado das reais condições de existência, quais sejam alimentação, habitação, educação, renda, transporte etc. E, ao mesmo tempo, previu a organização de um Sistema Único de Saúde, descentralizado e capaz de viabilizar o acesso universal e igualitário às ações e serviços na promoção, na proteção e na recuperação da saúde.

A constatação da distância entre o que se assegurou na Constituição em relação ao direito à saúde e a transformação da prática social tem constituído objeto de várias análises nos últimos anos. Assim, Gerschman (1995, p.130) considera necessário “[...] identificar se as resistências se localizam na máquina burocrática do Estado ou na sociedade civil”. Se

considerarmos as análises feitas por Mendes (1994), poderíamos focalizar a questão na política econômica, pois, segundo o autor:

[...] pode-se perceber que as políticas de saúde no Brasil, seguiram nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado impulsionadas pelo projeto de reforma sanitária, inscreveram-se nos textos jurídico-legais, mandamentos inspirados no modelo institucional-redistributivo e, de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, caracterizaram-se práticas sociais derivadas do modelo residual. (Mendes, 1994, p.81-6) ⁵

Os entraves da burocracia Estatal, no entanto, não podem ser desconsiderados quando se busca a causa da morosidade na implantação das mudanças propostas.

De acordo com o Informe sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 do Banco Mundial, cujo tema é “Investir em Saúde”, a questão da saúde passa agora por uma “{...} vertente predominantemente economicista inserida nas mudanças por uma nova ordem econômica mundial”. Analisa-se a situação de saúde e dos serviços da ótica do custo benefício coletivo, prevendo uma divisão de ações de saúde entre o setor público e o setor privado. Há referência ainda aos

⁵ No modelo residual, as políticas sociais intervêm quando os canais naturais e tradicionais de satisfação das necessidades (família e mercado) não estão em condições de resolver determinadas exigências do indivíduo. MENDES, E. V. *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, p.81-82.



serviços clínicos essenciais e aos serviços não essenciais, privilegiando a atuação do setor privado nesses últimos (Elias, 1996, p.59).⁶

Pensar as questões de saúde por uma vertente economicista, em um país com profundas desigualdades sociais, coloca-nos diante da preocupação com a qualidade da assistência que será propiciada para a população.

A divisão existente no atual sistema da saúde brasileiro ainda se dá pela oferta de serviços públicos prestados diretamente ou via compra de serviços de terceiros, atendendo principalmente aos grupos sociais desprovidos de recursos, e um setor privado com serviços filantrópicos ou os lucrativos que hoje são majoritariamente representados pelo sistema supletivo de assistência médica (medicina de grupo, cooperativas médicas, seguro saúde etc.).

A grande preocupação, no caso brasileiro, é que imensa parcela da população não conta ainda com uma assistência básica de qualidade, embora os avanços tecnológicos impulsionados pelo desenvolvimento das pesquisas biomédicas surpreendam constantemente a população. O diagnóstico através de imagens como a ultrassonografia, a tomografia e a ressonância magnética é um bom exemplo deste avanço. Com efeito, a consulta médica, na qual se valorizava um cuidadoso diagnóstico clínico, o que pressupunha uma ampla base de conhecimentos e experiência, hoje se tornou uma consulta “tecnológica” que se

⁶ - Tal orientação é condizente com a função do setor de produção de serviços no processo global de reprodução de uma estrutura social, como sendo aquele voltado para a reprodução das estruturas formais, das formas de circulação e das condições culturais dentro das quais se realiza a reprodução material da sociedade. Ver em OFFE, C. *Trabalho e sociedade: problemas e estruturas e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*, v.2, p.15.

baseia principalmente na interpretação para o cliente dos resultados de métodos de diagnóstico altamente sofisticados (Machado, 1995-b).

Isto nos dá uma idéia de como a autonomia técnica se faz presente também no setor saúde, embora caiba salientar que a incorporação da tecnologia convive ainda de modo intenso com o trabalho humano. E o processo de trabalho em saúde ainda reflete fortemente o modelo tayloriano com uma nítida divisão do trabalho entre os profissionais pela busca das especializações, bem como pela divisão das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais que integram a denominada equipe de saúde, ou ainda no âmbito da própria categoria, como é o caso da enfermagem.

O parcelamento do trabalho e a hierarquização das funções são ainda uma realidade na saúde. Trata-se de uma organização em que “[...] o resultado do trabalho de um é o ponto de partida do trabalho do outro”. Uma organização que adquire um caráter coletivo mas que, “[...] toma o coletivo como a soma dos trabalhos individuais e é reforçado pelo Estado como a soma de indivíduos cidadãos” (Schraiber, 1989, p.108).

A divisão técnica do trabalho da enfermagem é bem visível, o enfermeiro assume a “liderança” dos demais (técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem) e com exceção dos atendentes os demais tem suas funções estabelecidas via legislação profissional (Lei nº 7498, regulamentado pelo Decreto 94.406/86). Na prática, no entanto, esta delimitação não é assim tão precisa, pois depende em grande parte da política institucional.

Nas empresas privadas, por exemplo, a redução dos custos recai geralmente na redução do pessoal mais oneroso para a instituição, no caso o enfermeiro.

Desta forma, as atividades que, pela legislação em vigor, são de competência exclusiva do enfermeiro ou não ocorrem, como é o caso da consulta de enfermagem e da prescrição de enfermagem, ou, muitas vezes, são realizadas por pessoal de nível médio e elementar, como é o caso do cuidado a pacientes graves com risco de vida. Assim muitas das atividades, que se exercidas pelo enfermeiro iriam contribuir com a melhoria da assistência, não têm força de lei, apenas aquelas que convêm à instituição, que são as relacionadas ao gerenciamento do serviço de enfermagem.

Conforme indica Castellanos (1987) a delimitação das funções entre os diferentes componentes da equipe de enfermagem é determinada mais pelas forças econômicas e políticas das práticas sociais do que pelos critérios de competência técnico-científica.

Pode-se acrescentar ainda a esta divisão do trabalho a escassa autonomia conferida aos profissionais, o que vem constituindo motivo de insatisfação crescente. Se aliarmos a isto as precárias condições de trabalho na grande parte das instituições, quer sejam elas públicas, quer privadas, mais o desgaste decorrente da elevada responsabilidade, os riscos para saúde a que estão sujeitos esses trabalhadores e a pouca valorização profissional, é possível entender a desmotivação hoje tão visível entre os trabalhadores de saúde.



Não são poucos os estudos acerca dos Recursos Humanos em Saúde, assim denominados na maioria dos textos que tratam do assunto; podemos destacar Paim (1993), Machado (1995-A), Santana (1996), Nogueira (1985), entre outros. Nesses estudos, a grande ênfase recai sobre a necessidade de rever a formação dos trabalhadores de saúde⁷ e de investir na educação continuada, pois consideram isto fundamental para a reorganização do Sistema Único de Saúde e avaliam que os mesmos não estão preparados para tal tarefa. Certamente não estão, embora as demais questões apontadas mereçam igual atenção por aqueles que discutem essa problemática.

As críticas feitas às universidades brasileiras por propiciarem uma formação distante das diretrizes da reforma sanitária precisam ser avaliadas com a importância que representam para o atual contexto da saúde.

No ensino de enfermagem já se observa um movimento que busca, com a introdução de novas disciplinas e novos conteúdos, acompanhar as mudanças propostas pela nova política de saúde. Isto pode ser constatado, por exemplo, na tese de doutorado de Mendes, ao identificar as inovações curriculares que ocorreram nos diversos Cursos de Enfermagem (Mendes, 1996, p.280).

Tais inovações, no entanto, ainda não atingiram a prática do enfermeiro. O que se observa é um fazer mais repetitivo e acrítico, atrelado às

⁷ Embora seja usual a denominação de "Recursos Humanos" em saúde esta é uma terminologia inadequada para designar os trabalhadores da saúde, que historicamente tem sido tratados como um recurso a mais, um instrumento do sistema produtor de serviços, desvalorizando-os enquanto atores fundamentais para uma assistência de qualidade. Conforme indica Machado, ao dissociar RH de trabalhadores perde-se a capacidade de percebê-los como pessoas com conhecimentos, habilidades, sentimentos, desejos e necessidades. MACHADO M. H. *Trabalhadores da saúde: um bem público*, p.54-B.



necessidades imediatas colocadas no seu cotidiano pela instituição, prática esta com a qual não conseguiu romper ainda.

O mesmo pode-se dizer do avanço atingido pela enfermagem no que se refere à ampliação do seu corpo de conhecimentos e à consolidação da pós-graduação, cujos resultados não se constituem ainda em processo de incorporação e transformação das práticas do enfermeiro (Bussinger, 1997).

Verifica-se, de fato, que grande parte do contingente da força de trabalho em Enfermagem “subsidiava o modelo hegemônico de recuperação e cura do corpo individual, subordinado à ordem institucional sob o comando dos enfermeiros que representam os interesses da ordem instituída” (Queiroz & Salum, 1997, p. 202).

Tal subordinação decorre de vários fatores que caracterizam a Enfermagem; uma prática social heterogênea na sua composição e permeada de contradições.

Na prática, o enfermeiro exerce de modo geral a função gerencial, embora no discurso seja considerado como profissional que se ocupa do cuidado direto e atende às necessidades do indivíduos. Da mesma forma, preconiza o trabalho em equipe, mas o que se observa é uma prática fragmentada com nítida divisão entre os que dominam a concepção e aqueles que executam. Outros fatores que contribuem com a subordinação profissional são: a profissionalização e o desenvolvimento científico tardios e o fato de a profissão ser predominantemente feminina. Tal subordinação, por sua vez, reforça o

corporativismo e o isolamento, ao qual são atribuídas dificuldades para uma nova prática integrada com as práticas dos demais profissionais de saúde e a participação na construção de projetos de saúde e não apenas na execução dos mesmos (Silva, 1986; Castellanos, 1987; Queiróz & Salum, 1998).

Cabe salientar que os enfermeiros sempre estiveram muito preocupados com a busca da especificidade da sua prática, numa tentativa de delimitar as suas funções em relação às funções dos demais agentes de Enfermagem e da própria Medicina, e pouco com o que deveria ser a questão central desta preocupação: como esta prática está contribuindo com a transformação do processo de produção dos serviços de saúde como um todo.

É nesta perspectiva que Queiroz & Salum (1997) indicam que a busca da especificidade do enfermeiro, como dos demais agentes de enfermagem, só pode se dar na perspectiva de uma “nova forma de produzir saúde”. Sendo a Enfermagem parte do trabalho coletivo em saúde, não há um processo próprio de trabalho e nem um objeto que lhe seja específico. A Enfermagem é sim responsável pelo desenvolvimento da sua especificidade neste processo de produção de serviços de saúde, tanto na assistência e na gerência como na investigação e no ensino. É, portanto, a prática que lhe confere a especificidade mediante a utilização dos seus instrumentos. Para tornar mais claro especificam:

“[...] se o objeto se identifica com as expressões - perfis epidemiológicos do coletivo que sob a ação das práticas de saúde, deverá se transformar, no sentido de aperfeiçoar tais perfis, devemos buscar nossa especificidade



- ou seja resituar o cuidado a partir deste objeto e desta finalidade”.

(Queiroz, & Salum, 1997, p. 204-5).

Ao tomar como foco de atenção o processo de formação do enfermeiro constata-se, assim, que existem muitas questões não resolvidas no âmbito da própria profissão. Ao mesmo tempo o enfermeiro é convocado para colocar-se à altura das necessidades concretas que se apresentam no atual contexto das práticas de saúde.

Essas questões não resolvidas conformam a diversidade de concepções acerca da formação do enfermeiro. Assim, quando se trata de definir qual profissional a escola de Enfermagem pretende formar, o que implica a definição de qual saber, instalam-se o conflito e a dificuldade de superá-lo. Se a isto acrescentarmos para “qual finalidade”, o que desvela o compromisso social dos atores envolvidos no processo de formação, a questão torna-se ainda mais complexa, pois, se a finalidade da educação não está clara para seus atores, estes correm o risco de deixar-se seduzir por caminhos que não consideram as prioridades sociais.

As inquietações em torno dessas questões não são novidade na Enfermagem e têm sido motivo de análises e reflexões, mais especificamente a partir da década de 1980, podendo ser observadas na produção científica de Germano (1983), Barros (1985), Nakamae (1987), Almeida & Rocha (1989), entre outros.



A postura mais crítica a respeito da formação do enfermeiro tem contribuído de modo significativo com o avanço das discussões nesta área. Assim podemos destacar a nova proposta do Currículo Mínimo - Parecer 314/94 CFE e Portaria 1721/94MEC, resultante de um amplo processo de discussão em nível nacional, coordenado pela Associação Brasileira de Enfermagem.

Como consta do Parecer 314/94-CFE, o novo currículo “pretende conferir à formação do enfermeiro atualidade e coerência com o momento presente”. Indica as diretrizes, os pressupostos e parâmetros para a elaboração dos currículos plenos, traduzindo em termos de legislação um importante avanço para a profissão.

As minhas inquietações acerca do processo de formação encontram-se exatamente no fato de que este avanço repousa ainda em um documento, com força da legislação, hoje já integrado nos currículos plenos dos cursos de todo país, demonstrando que a mudança que se espera é ainda uma possibilidade do vir-a-ser.

Tal inquietação surge em decorrência da minha trajetória profissional como docente da Universidade Federal do Paraná (UFPR) desde 1977, cujo resgate considero importante para a compreensão da opção por esta investigação.

A preocupação com o meu preparo para o exercício da docência levou-me através de cursos de pós-graduação a buscar, no Setor de Educação da UFPR, subsídios para a minha prática. Na minha dissertação de Mestrado já



apontei questões relativas à formação acadêmica do enfermeiro. Ao questionar os enfermeiros de serviço sobre a prática educativa, entendida como um dos instrumentos de promoção e manutenção da saúde e de qualificação do pessoal em serviço, observei que, embora a considerassem de grande importância, esta não era realizada sistematicamente. As causas indicadas referiam-se basicamente a dois fatores: um relacionado à instituição, que impunha uma sobrecarga de atividades de cunho gerencial afastando-os do contato com a clientela, o outro ao órgão formador, cujo ensino era pautado no modelo biomédico, não instrumentalizando o enfermeiro para esta prática. (Almeida, 1985)

Preocupada com as questões referentes ao processo de formação, assumi a coordenação do Curso de Enfermagem em 1986 e tive a oportunidade de coordenar um amplo processo de reformulação curricular. A implementação de tal proposta me fez sentir as limitações existentes ao concretizar um projeto pensado, mesmo com ampla participação dos docentes, alunos, enfermeiros de serviço e representantes das entidades de classe da Enfermagem na sua construção. Pequenas mudanças esbarravam em enormes dificuldades, algumas decorrentes da estrutura institucional, cuja excessiva departamentalização e conseqüente fragmentação do conhecimento obstaculiza propostas mais integradas, outras decorrentes das precárias condições físico-financeiras das universidades, além das dificuldades que dependiam da mudança da prática pedagógica dos docentes.

* UNIVERSIDADE Federal do Paraná. A evolução de uma proposta curricular para o Curso de Enfermagem. Tese de licenciatura, p. 34-35.

Embora tenha sido elaborado, de modo participativo, um plano de ação⁸ que visava instrumentalizar os docentes na implementação do currículo, prevendo-se cursos de capacitação, seminários, oficinas de trabalho e a implantação de um sistema de avaliação, não foi possível concretizar este plano e como consequência muitas das diretrizes da nova proposta. As razões específicas destas dificuldades não cabem ser analisadas no momento, e não é novidade que o fervor em mudar currículos, que tomou as universidades como um todo na década de 1980, pouco contribuiu para as mudanças esperadas.

Constatam-se inúmeros entraves impostos pelas próprias instituições universitárias, que levam à implementação dos planos de ação a tornar-se uma tarefa extremamente difícil. Neste sentido, cabe fazer referência à sobrecarga dos professores por inúmeras tarefas, tais como cargos de chefia, participação em comissões, preenchimento de formulários, representações, elaboração de relatórios e até por projetos individuais. Chegou-se ao ponto de não se conseguir compatibilizar horários para discutir projetos coletivos como, por exemplo, o projeto pedagógico do curso.

Outra questão que tem dificultado o avanço das mudanças curriculares é a estrutura da instituição. É extremamente difícil pensar um currículo flexível ou integrado com a departamentalização profundamente cristalizada na prática docente.

⁸ UNIVERSIDADE Federal do Paraná. *Avaliação de uma proposta curricular para o Curso Enfermagem: relato de experiência*, p.34-48



Finalmente, é preciso considerar que o currículo formal é apenas um dos elementos na definição do tipo de profissional a ser formado. A existência de outros elementos historicamente determinados precisa ser desvelada como é o caso da própria cultura da instituição, os valores que norteiam a prática docente e que, muitas vezes, se colocam como entraves para os avanços pretendidos.

Agora, na fase de doutoramento na área da educação, encontrei-me novamente coordenando uma segunda reformulação curricular em decorrência da mudança do currículo mínimo nacional. Embora a realidade do Departamento de Enfermagem da UFPR hoje seja outro, as mesmas dificuldades ainda persistem. Por isso optei por direcionar esta investigação para a formação do enfermeiro com o intuito de contribuir com reflexões sobre a questão, tomando como objeto de investigação a competência profissional.

No decorrer das discussões em torno da reformulação do currículo com base no Parecer 314/94-CFE e Portaria 1721/94-MEC, pude constatar que é uma proposta com potencial para avançar na formação, mas requer constantes análises e reflexões e reformulação da prática pedagógica.

Conforme assinala Giroux (1997), o ensino tem sido muitas vezes definido como tarefa técnica entendida a partir de modelos voltados para certeza e controle técnico com ênfase no “como fazer” ignorando os fins deste fazer.

É a preocupação com a finalidade do fazer do enfermeiro que me fez prestar especial atenção na indicação do Parecer 314/94-CFE de que “a competência técnico-científica e política a ser adquirida no nível de graduação do enfermeiro deve conferir-lhe terminalidade e capacidade para inserção no mercado de trabalho, considerando as demandas e as necessidades prevalentes e prioritárias da população, conforme o quadro epidemiológico do país/região”.

Esta diretriz suscita por si só várias questões. Em primeiro lugar, porque pressupõe um mercado de trabalho voltado para as necessidades concretas de saúde da população, o que efetivamente ainda não ocorre conforme exposto anteriormente, já que as políticas públicas não estão voltadas para esta questão. Em seguida, ao pretender atingir a “terminalidade” parece estar distante da realidade vivida neste final de século um mundo em processo acelerado de mudanças, e, finalmente, o que considero como questão central: a compreensão que os professores de Enfermagem têm a respeito da competência técnico-científica e política do enfermeiro.

As representações desse grupo específico, professores de Enfermagem, são consideradas, neste estudo, como dados da realidade no questionamento da finalidade da competência do enfermeiro no atual contexto das práticas de saúde.

Parte-se do pressuposto de que o enfermeiro é um profissional que deve ter capacidade para intervir no processo saúde/doença na sua dimensão



individual e coletiva, entendendo-se que a saúde tem como base a qualidade de vida.

A qualidade de vida é entendida aqui na perspectiva apresentada por Breilh (1997, p.59-60) como sendo produto de uma permanente contradição que ocorre entre os processos destrutivos e os processos protetores, tanto no âmbito do trabalho, da vida familiar e de consumo como naqueles relacionados com o meio ambiente e as características dos padrões culturais e de organização social, produto das relações sociais em que se desenvolve a vida da população.

Nesse sentido, falar de competência no processo de formação do enfermeiro pressupõe que tal formação não pode estar restrita à instrumentalização do profissional para intervir nos danos causados pelos processos destrutivos. Significa, sim, a formação do profissional cidadão que atua nos danos causados à saúde e utiliza todos os espaços existentes e luta por outros para ampliar os processos protetores. Significa, enfim, a formação da consciência crítica, da ética e da responsabilidade com o social.

Considerando, no entanto, as dificuldades existentes para as transformações que se fazem necessárias no ensino da Enfermagem, surge a preocupação de que a legislação seja tomada apenas no seu aspecto formal, circunscrita a reiterar uma prática já existente que se pretende mudar. O que significa que a competência técnico-científica e política, preconizada pelo Parecer 314/94-CFE, também não será considerada com a importância que assume para a

formação pretendida. A partir de tal preocupação estabeleceu-se a seguinte questão norteadora:

Os significados atribuídos pelos professores de enfermagem à competência técnico-científica e política do enfermeiro são condizentes com a formação que se requer na atualidade?

A partir da questão levantada foram definidos os objetivos deste estudo.

2.2 OBJETIVOS

1. Identificar as representações sobre competência técnico-científica e política do enfermeiro;
2. Situar as contradições que envolvem a formação do enfermeiro para a competência técnico-científica e política;
3. Redimensionar a busca da formação da competência profissional do enfermeiro.

3 O PROCESSO DE FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL

3.1 REVISITANDO A HISTÓRIA DO ENSINO DA ENFERMAGEM

Ao revisitar a história do ensino da enfermagem desde o seu surgimento no Brasil em 1923 (início do ensino sistematizado) até 1994 (data da última mudança na legislação do ensino da Enfermagem), pretende-se identificar como se deu a construção da competência técnico-científica e política do enfermeiro.

Considerou-se como marco do ensino de Enfermagem no Brasil a implantação do ensino sistematizado, influenciado pelo modelo norte-americano da “Enfermagem Moderna”, quando este passa a adquirir contornos mais precisos sob a direção de enfermeiras. As iniciativas anteriores tiveram como finalidade “atender situações conjunturais ligadas ao atendimento de doentes ou feridos de guerra” (Baptista & Berreira, 1997, p.6);⁹ mesmo assim não se pode deixar de considerar a importância dessas primeiras iniciativas no desenvolvimento profissional da Enfermagem brasileira.

⁹ Escolas de enfermagem criadas no país entre 1890 e 1916:.

- Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados - Decreto 791 de 27/9/1890. Em 1921 passou a ser denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto hoje integrada a UNIRIO.

- Escola de Enfermeiros do Hospital Evangélico criada em 1901, hoje Hospital Samaritano - SP.

- Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira criada em 1916 no Rio de Janeiro.

BARROS, S. M. P. F. *Política Educacional em Enfermagem*, p.15.

do enfermeiro. É também na década de 1920 que “o arcabouço institucional e o discurso político começam a apontar na direção da centralização e na promoção da saúde em questão Nacional” (Braga citado por Silva, 1986, p.73). Nesse período, mais precisamente em 1923, é criada a Lei Eloi Chaves que, de acordo com Mendes (1994), pode ser considerada o início da Previdência Social no Brasil. Surge a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários à qual seguiram-se outras, bem como a criação dos Institutos na década de 30.

Os primeiros indícios de estruturação de órgãos de saúde pública têm início já no século XIX, mas os problemas de saúde pública nesse período eram alvo ainda de medidas emergenciais e se referiam principalmente a campanhas contra peste bubônica, varíola, malária e febre amarela.¹⁰ para atuar

para a comunidade. Encontrava-se em vigor o sanitarismo campanhista de inspiração militar, destinado a combater as epidemias urbanas e posteriormente as endemias rurais, que adotava um estilo repressivo de intervenção médica no contexto social (Luz, 1991). O foco de atenção eram os principais portos brasileiros como os do Rio de Janeiro, Santos, Recife, pois a existência das epidemias prejudicava os interesses econômicos e políticos da burguesia cafeeira do país e da burguesia externa que controlava o comércio exportador no Brasil (Iyda, 1994). política e

economicamente. Delimitado o período histórico de 1923 a 1994 para este estudo, tomam-se como base de análise os currículos mínimos definidos para a formação

¹⁰ Os recursos destinados à Saúde Pública eram englobados em “Socorros Públicos” mostrando ainda seu caráter filantrópico e emergencial. IYDA, M. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*, p.34.

do enfermeiro, o Documentário sobre a Associação Brasileira de Enfermagem - 1926-1976 (1976), o Relatório Final do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil - 1956-1958 (1980), o Relatório das Conferências Nacionais de Saúde e os estudos realizados por autores que contemplam esta temática: Alcântara (1966), Paixão (1979), Germano (1984), Silva (1986), Almeida & Rocha (1989), Pires (1989), Carvalho (1997) e Baptista & Barreira (1997).

O surgimento de uma profissão guarda estreita relação com múltiplas aspirações de uma sociedade. Assim, a idéia de criação da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública toma corpo a partir da percepção de que este profissional seria fundamental para atuar junto à comunidade no trato das questões da saúde no contexto sócio-político da época.

É necessário destacar que a premência em se formar enfermeiros não tinha como objetivo atender necessidades da população em termos de assistência à saúde, como seria de se esperar, mas visava corresponder às demandas econômicas, como veremos a seguir.

No início do século XX, o país sustenta-se política e economicamente no setor agrário-exportador cafeeiro, mas já sofrendo as consequências da crise do capitalismo internacional que favorecia o redirecionamento da organização da economia brasileira nos moldes da sociedade capitalista (Pires, 1989).



Esse período de crise econômica é marcado por precárias condições de vida da população em que se tornavam cada vez mais visíveis a pobreza e o surgimento das doenças. As endemias e as epidemias que assolavam as cidades colocavam o país numa posição de risco para o desenvolvimento do comércio internacional gerando um intenso movimento em torno desse problema e que culminou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Para dirigi-lo foi nomeado Carlos Chagas, que iniciou uma reforma sanitária com o apoio da Fundação Rockefeller.

Já “No ano de 1921, começaram os médicos do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) a perceber a grande necessidade de enfermeiras...” (Parsons, 1997, p.10).¹¹ Assim, para organizar o serviço de enfermagem do DNSP, Carlos Chagas conseguiu trazer para o Brasil um grupo de enfermeiras com a ajuda do Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller¹² e com base na recomendação feita por uma das enfermeiras, Ethel Parsons, foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery. (Carvalho, 1997)¹³

¹¹ Ver em Escola Anna Nery Rev. de Enferm. - ano I, n. lançamento, jul./97 que publicou o texto de Parsons, E. extraído da publicação “Archivos de Hygiene, Exposições e Relatórios” que se encontra no Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery.

¹² GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*, p. 35. A Fundação Rockefeller em relação à América Latina tinha como objetivo: criar condições sanitárias adequadas ao desenvolvimento capitalista.

¹³ Criada com o nome da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública pelo Decreto n. 15.799/22 que também aprovou o Regulamento do Hospital Geral da Assistência do DNSP. Começou a funcionar em 1923, em 1926 passou a denominar-se Escola de Enfermeiras Donna Anna Nery e em 1931 em Escola de Enfermeiras Anna Nery. Pelo Decreto Federal 19.109/31 passa a ser considerada “Escola Padrão” para fins de equiparação de novas escolas de enfermagem. CARVALHO, A.C. *Associação Brasileira de enfermagem - 1926-1976*, p.7-19.

Embora as enfermeiras norte-americanas tenham ministrado cursos intensivos de treinamento a visitadoras¹⁴, estas não foram consideradas suficientemente preparadas; daí a preemência da criação da Escola (Parsons, 1997).

Parsons manifesta, na época, a importância de a escola ser dirigida por enfermeiras e as aulas de enfermagem serem ministradas igualmente por enfermeiras, a exemplo das escolas norte-americanas, pois aquelas criadas anteriormente tinham médicos em sua direção. Assim Parsons relata essa experiência:

"Havendo necessidade de uma direção para essa Escola, devendo o ensino da técnica de enfermagem ser feito por enfermeiras, foi ainda pedida a cooperação do International Health Board, tendo-se concordado na colocação de um corpo de enfermeiras americanas contratadas, servindo como diretora, e as outras como instrutoras de enfermagem teórica e prática, assim como enfermeiras chefes de enfermarias" (Parsons, 1997, p.12).

¹⁴ O serviço de visitadoras iniciou-se no setor de profilaxia da tuberculose quando da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Como não havia pessoal preparado um grupo de senhoras voluntárias foi organizado para visitar as famílias. Com a vinda das enfermeiras norte-americanas foi organizado um curso intensivo para visitadoras de higiene, primeiro de 6 e depois de 10 meses de duração. PAIXÃO, W. *História da enfermagem*, p.115; CARVALHO, A.C. *Associação Brasileira de Enfermagem - 1926-1976*, p.3.

A enfermagem profissional brasileira nasceu, assim, dentro do projeto sanitaria de influência americana com objetivo de atender principalmente aos interesses do capitalismo internacional (Germano, 1983).

O currículo da Escola de Enfermagem Anna Nery (anexo nº1) era semelhante ao adotado pelo "Standard Curriculum for Schools of Nursing dos Estados Unidos" de 1917, que representava uma tentativa de padronizar os currículos americanos.¹⁵ As semelhanças referiam-se à organização curricular, disciplinas, carga horária teórica e prática e estágios, como também às exigências quanto aos aspectos morais, sociais e nível de instrução. Exigia-se Curso Normal, hoje Magistério, ou equivalente, e a duração inicial do curso era de 28 meses até a terceira turma, quando passou a ser de 36 meses.

A ênfase maior do curso recaiu sobre as técnicas de enfermagem denominadas no currículo de "Arte de Enfermeira". Tinha a maior carga horária e era considerada a mais importante de todos desta profissão.

De acordo com Almeida & Rocha (1989, p. 29), "Uma das primeiras manifestações organizadas e sistematizadas do saber da enfermagem é constituída pelas técnicas de enfermagem"¹⁶ que, segundo os autores, referem-se à descrição dos procedimentos utilizados nos cuidados diretos de enfermagem,

¹⁵ Currículo norte-americano organizado pelo Comitê de Educação da National League of Nursing Education em 1917. Nesse currículo a ênfase maior referia-se às matérias voltadas para "Enfermagem e artes correlatas" ALMEIDA, M. C. P. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. p.30.

¹⁶ As técnicas de enfermagem começam a ser organizadas no final do século XIX na Inglaterra com a criação da primeira escola de enfermagem por Florence Nightingale em 1860. ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, J.S.Y. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*, p. 29

tais como: curativos, cuidados de higiene, administração de medicamentos, mas também às rotinas administrativas. Esses autores chamam atenção para o rigor com os passos a serem seguidos em cada um dos procedimentos.

A Enfermagem técnica implantada no Brasil segundo o modelo americano¹⁷ tinha como objetivo formar enfermeiras para atuar na saúde pública, embora as disciplinas teóricas voltadas para os aspectos preventivos representavam apenas 11% do total e as alunas realizavam os estágios quase que integralmente no hospital anexo à escola, espaço propício para o treinamento dos procedimentos de enfermagem (Rizzotto, 1995).

É importante lembrar que a profissionalização da enfermagem nos Estados Unidos surgiu em decorrência da necessidade de atender às demandas das instituições hospitalares¹⁸. Assim, ao transpor o modelo para o Brasil foram conservadas as características de sua origem, o que favorecia também a utilização dos alunos como mão-de-obra de baixo custo. Mesmo assim, de acordo com Germano (1997, p.44) por aproximadamente duas décadas as recém-egressas ocuparam funções nos serviços de saúde pública.

Somente após 10 anos da criação da Escola de Enfermagem Anna Nery é que surgiram outras escolas no país. Segundo Baptista & Barreira

¹⁷ Denominado também de Modelo anglo-americano por ser este ensino baseado no sistema Nightingale implantado na Inglaterra em 1860 por Florence Nightingale e que se difundiu pelo mundo inteiro mas que ao ser transplantado para o Brasil já trazia marcas do seu desenvolvimento nos Estados Unidos da América do Norte. BAPTISTA, S. S. & BARREIRA, I. A. *Condições de surgimento das escolas de enfermagem brasileiras (1860-1996)*, p.9.

¹⁸ O Sistema Nightingale foi implantado nos Estados Unidos, no ano de 1873 com a criação de 3 escolas: nos estados de New York, junto ao Hospital Bellevue, em Connecticut, no Hospital New Haven e, em Massachusetts, no Hospital Massachusetts General. Ibid, p. 49.

(1997), na década de 1930 ocorre a formação de religiosas, que posteriormente assumiram a direção de escolas da mesma forma que se mantinham na chefia de muitos hospitais,¹⁹ nestes casos muitas vezes sem formação superior.

A ênfase em características como humildade, caridade, obediência, dedicação, preconizadas no ensino e na prática da enfermagem pelas religiosas, teve grande influência no desenvolvimento da profissão. Germano (1983) considera que tal ideologia marcou profundamente uma enfermagem que não questionava o seu papel social, mas sim, como coloca Castellanos (1989), trazia de volta o caráter caritativo do cuidado, como no início do século XVIII.

O que marcou também a profissão desde o seu início foi o fato de o médico ocupar uma posição central na assistência à saúde e a enfermagem ser entendida como executora de um trabalho complementar.

Essas duas contingências, a influência religiosa e a hegemonia médica, dificultaram em muito o avanço da profissão em termos de conquistas sociais e desenvolvimento científico.

O discurso hegemônico nesse período enfatizava a formação técnico-profissional vinculado ao ideal de servir. O ensino da técnica restringia-se à exigência de passos a serem seguidos nos procedimentos, sem grande

¹⁹ Foram criadas escolas religiosas em:

1933-Escola Carlos Chagas em Belo Horizonte anexa ao Hospital São Vicente de Paula

1938-Escola de Enfermeiras do Hosp. de São Paulo fundado pelas Franciscanas Missionárias de Maria

1939-Escola Luiza de Marillac no Rio de Janeiro fundada pela Ordem de São Vicente de Paula

1933-Escola Florence Nigthingale em Anápolis - Evangélica

1937-Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul em Rio Verde - Evangélica.

BAPTISTA, S. S. & BARREIRA, I. *As condições de surgimento das escolas de enfermagem brasileiras (1860-1996)*, p.12.

preocupação com a compreensão que se pudesse ter deles, caracterizando-se mais como um treinamento. Já a preocupação com os aspectos morais estavam relacionados ao estigma social do trabalho da enfermagem, herdado dos séculos passados (Paixão, 1979) e com o qual era necessário romper, motivo pelo qual dava-se ênfase às qualidades morais do candidato.

Cabe destacar ainda, a criação da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn por ex-alunas e professoras da Escola de Enfermagem Anna Nery em 1926, oficialmente registrada como "Associação de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras" em 1929.

A ABEn acompanhou e exerceu grande influência no ensino da enfermagem desde o seu início, o que pode ser percebido por seu estatuto em que consta como uma das suas finalidades: "Trabalhar incessantemente pelo progresso da educação das enfermeiras e pelo estabelecimento das escolas de enfermagem que tenham os mesmos requisitos da Escola 'Oficial do Governo Federal'" (Carvalho, 1976, p.480).

Em 1946 a ABEn constituiu a Divisão do Ensino de Enfermagem que tinha como um dos seus objetivos preparar o currículo teórico mínimo para os cursos de enfermagem. Em 1955, a Divisão passou a denominar-se Comissão de Educação, assim permanecendo até hoje (Germano, 1997, p. 46).

Mas é através da Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn e da realização de Congressos Brasileiros de Enfermagem que a ABEn pôde dar a direção do ensino no país. O estudo feito por Germano (1983) sobre a Revista

Brasileira de Enfermagem (no período de 1955-80), mais importante órgão de divulgação da Associação no país, deixa evidente o papel da ABEn no ensino. Entre os anos de 1932 e 1954, ainda com a denominação de “Anais de Enfermagem”, os artigos sobre educação são inúmeros e, a partir de 1955, quando passou a denominar-se Revista Brasileira de Enfermagem, grande parte deles continua centrada na educação e no ensino da enfermagem.

Germano (1983, p. 105-6) considera que a direção intelectual que a ABEn imprimiu por meio da revista tinha como eixos norteadores: “[...] conceber o social e a sociedade de forma abstrata, despojados de conteúdo histórico e de conflitos sociais, [...] o Estado é concebido como uma entidade paternal, inquestionável ...” . Quanto à educação e à enfermagem, a ABEn concebia a primeira como ensino rígido, autoritário, eletista e pouco criativo e a segunda, ao mesmo tempo, sob o prisma do espírito cristão, da obediência e do tecnicismo. A saúde é considerada

[...] muito mais do ponto de vista biológico do que enquanto determinação social e a promoção da saúde é condicionada à existência de profissionais que possam prevenir e curar as doenças, entre os quais se destaca o papel do enfermeiro como educador.

As conclusões dessa autora representam muito das concepções dos profissionais do setor saúde como um todo e do seu ensino, no qual se

ênfatiza o aprimoramento técnico e se desconsidera a compreensão da determinação sociocultural e econômica do processo saúde-doença ainda presentes na atualidade.

A primeira reformulação do currículo ocorre em 1949 com a aprovação da Lei nº 775/49 (anexo nº 2), que dispõe sobre o Ensino de Enfermagem no país.²⁰ A partir dessa data a equiparação das escolas passa a ser atribuição da Diretoria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Saúde. Esta lei fixou o prazo de sete anos para a obrigatoriedade de curso secundário aos candidatos, prazo este prorrogado por mais cinco anos motivado pela preocupação com a falta de candidatos para os cursos (Alcântara, 1966).

Somente ao ser sancionada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 4024, de 20/12/1961) é que tornou-se obrigatória a conclusão do ciclo colegial ou equivalente para ingresso em curso superior (Baptista e Barreira, 1997). A legislação estabelecia ainda a obrigatoriedade da vinculação das escolas de enfermagem a universidades ou a faculdades de medicina.²¹

Esse modelo de ensino teve como orientação o “Curriculum Guide Americano” de 1937 e não apresentava mudanças significativas em

²⁰ Regulamentou, também, o início de cursos regulares de pessoal para a assistência direta aos internados com duração de 18 meses, institucionalizando o auxiliar de enfermagem. ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, J. S. Y. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*, p. 67.

²¹ A inserção das escolas de enfermagem nas universidades se iniciou em 1930 mas no seu conjunto foi retardada em face da exigência de curso secundário ter sido prorrogada até 1961 e quando ocorre esta inserção ocupam espaço inferior aos cursos mais antigos. BAPTISTA, S. S. & BARREIRA, I. A. *Condições de surgimento das escolas de enfermagem brasileiras (1860-1996)*, p.14-5.

relação ao anterior. Ainda continuava a ênfase em disciplinas de cunho preventivo, embora a área hospitalar já começasse constituir importante espaço de mercado de trabalho.

Ainda que o modelo campanhista predominasse nos órgãos de saúde pública, já tinha como oponente o modelo curativista dominante nos serviços previdenciários de atenção médica - ambos os modelos considerados por Luz (1991) como burocratizados e ineficazes. Assim, em 1950 os enfermeiros que atuavam na área hospitalar totalizavam 49.44% enquanto na área de saúde pública correspondiam a somente 17.2%.²²

O ensino permanecia centrado no aprendizado das técnicas de enfermagem visando ao preparo de enfermeiras para o cuidado direto do paciente hospitalizado ou para atuação em saúde pública, muito embora as enfermeiras recém-formadas assumissem cargos administrativos e de supervisão de auxiliares e atendentes de enfermagem (Alcântara, 1966). A análise feita pela ABEn dos currículos das escolas no período de 1956 a 1958 indica, com poucas exceções, a “adoção de modelos tradicionais principalmente técnico, e evidencia uma concentração de aulas durante o início do curso” (ABEn, 1980, p.253).

O relatório apresenta ainda uma crítica sobre a formação dos enfermeiros para atuar na saúde pública apontando como uma das deficiências o fato de esta não estar integrada às demais disciplinas do currículo, o que acabou

²² A partir de 1940, com o movimento de renovação dos hospitais, o campo da enfermagem hospitalar passou a constituir-se em novo mercado de trabalho para os diplomados estimulando a criação de inúmeras escolas de enfermagem. ALCÂNTARA, G., *A enfermagem moderna como categoria profissional*: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira, p.56.

centrando o ensino nas doenças e não na saúde. Assinala também a integração entre as disciplinas como requisito para propiciar uma competência para reconhecer os fatores que afetam a saúde e colocar em prática medidas de proteção (ABEn, 1980).

O fato de o ensino estar centrado nas doenças ia ao encontro das concepções de saúde e de doença da época, entendidas como distintas e não como unidades dialéticas e processuais.

A atuação das alunas e do pessoal elementar a ser treinado no próprio serviço hospitalar exigia, por sua vez, rigidez na execução e detalhamento dos passos a serem seguidos, para garantir a realização do trabalho mesmo por pessoas sem preparo, supervisionadas por enfermeiras, que faziam o controle da força de trabalho viabilizando o projeto administrativo do hospital (Almeida & Rocha, 1989).

O trabalho organizado por distribuição de tarefas era baseado no modelo funcionalista de inspiração no fordismo, baseado nas concepções de Taylor.²³ Nas décadas de 1950 e 1960 surge também a ênfase no trabalho de equipe reforçando o papel da enfermeira como líder do pessoal auxiliar; na verdade, desempenhando o papel de controle da equipe de enfermagem, conforme

²³ Ford concentrou seus esforços em sua fábrica na eficiência, mecanizando sempre que possível e dividindo as tarefas em seus menores componentes....Esse modelo é transposto para o trabalho nos hospitais em que se divide o trabalho por tarefas como se o doente fosse uma máquina que precisa de conserto em que cada trabalhador especializa-se em realizar determinado procedimento. STONER, J. A. F. & FREEMAN, R. E. *Administração*, p. 21.



expectativas dos dirigentes de instituições hospitalares, como já mencionado anteriormente.

Na década de 1950, a preocupação em ultrapassar a fase da técnica para a fase científica levou a enfermagem a voltar-se para a organização dos “princípios científicos” da prática da enfermagem, pois, até esse período, a prática era mais intuitiva e baseada na experiência.¹ Foram as enfermeiras norte-americanas que iniciaram os estudos que culminaram na publicação dos: “Princípios Científicos Aplicados na Enfermagem”, editado em 1959 nos Estados Unidos²⁴. Traz o enunciado dos cuidados de enfermagem voltados para as necessidades bio-psicossociais dos pacientes e os princípios científicos que lhes servem de base.

A ênfase na necessidade de fundamentar cientificamente as técnicas de enfermagem começa então a dominar a produção científica da enfermagem. Esta cientificidade, buscada principalmente no saber da medicina, quando se incluiu um número expressivo de disciplinas da área biológica, vai constituir o **saber da enfermagem** da época (Almeida & Rocha, 1989).

Esse saber vai conferir ao enfermeiro o domínio no controle das ações de enfermagem, tanto pela atividade administrativa/gerencial como pelo saber técnico-científico veiculado pelo ensino, cuja visão funcionalista não

²⁴ NORDMARK, M. T. & ROHWEDER, A W. *Scientific principles applied to nursing: a reference for nurse education*, 276 p.



propicia a capacidade crítica e criadora do aluno de enfermagem (Castellanos, 1987).

A busca de uma **nova dimensão do saber** da enfermagem surge principalmente nas décadas de 1960 e 1970, e isto se deu pela construção do corpo de conhecimentos específicos com o objetivo de conceituar a enfermagem como ciência.

A grande maioria das teorias de enfermagem divulgadas foi elaborada por enfermeiras norte-americanas e têm como enfoque principal a interação enfermeira/cliente. Destacam-se nestes estudos: Lidia Hall (1966), Myra Levine (1969), Martha Rogers (1970), Dorothea Orem (1970), Imogenes King (1971) e Sister Callista Roy (1974). (George et al., 1993).

No Brasil, Wanda de Aguiar Horta foi a primeira a elaborar e sistematizar uma teoria de enfermagem. Apresentou a sua “Teoria das Necessidades Básicas” na década de 1970, baseada na teoria da motivação humana de Maslow e na Lei da Homeostase e do Holismo. Conceitua que a equipe de enfermagem ou a enfermeira presta assistência ao ser humano em suas necessidades básicas buscando reconduzi-lo à situação de equilíbrio. Em 1977 Rosalda Paim, outra enfermeira brasileira, busca estabelecer as bases de uma teoria sistêmica de enfermagem (Souza, 1984).

Essa época coincide com a criação dos cursos de pós-graduação em nível de mestrado no país, e a pesquisa ganha impulso na enfermagem. Em 1963, Gleite de Alcântara apresenta a primeira tese de enfermagem, com o título:



A Enfermagem Moderna como Categoria Profissional: obstáculos para sua expansão na sociedade brasileira. Em 1971, é criado o Centro de Pesquisas em Enfermagem - CEPEN pela ABEn e ampliam-se os periódicos de enfermagem nos diversos estados do Brasil. Em 1979 começam a ser organizados os Seminários Nacionais de Pesquisa - SENPE, e a produção científica passa a ser amplamente divulgada (Carvalho, 1997).

É neste clima de euforia com o desenvolvimento da Enfermagem como ciência que o foco de atenção passa a ser as teorias desenvolvidas pelas enfermeiras norte-americanas e se inicia o desenvolvimento das teorias pelas enfermeiras brasileiras. Tais teorias encontraram um espaço importante no ensino da enfermagem, sendo utilizadas na sistematização dos cuidados de enfermagem principalmente aos doentes hospitalizados, influenciando a formação da competência profissional do enfermeiro. Uma competência questionável, porque distante do contexto do processo de trabalho em saúde e, portanto, da prática da enfermagem, cujo trabalho subdividido por tarefas limita a visão de totalidade na assistência.

Pelo fato de terem sido concebidas desvinculadas da realidade e da produção dos serviços de saúde, essas teorias não têm força de transformação da prática em saúde e devem ser entendidas como sendo “[...] limitadas e provisórias, por mais que usem conceitos definidos logicamente como universais. A ciência é um olhar entre outros” (Demo, 1997, p.70-b).



Almeida & Rocha (1989), em suas análises sobre as teorias de enfermagem, indicam que até a década de 1960 os conhecimentos são buscados na área biológica; após esse período a enfermagem volta-se para a área das ciências humanas, em especial para a psicologia com ênfase nas relações humanas numa tentativa de criar um corpo de conhecimentos próprio e de distanciar-se da medicina, que é fortemente vinculada à área biológica.

Essas teorias com seus diferentes enfoques se conformam de modo geral a partir da inter-relação de conceitos considerados mais significativos para a enfermagem, que incluem: o homem ou o indivíduo, a sociedade/ambiente, a saúde e a enfermagem. Tais teorias norteiam a metodologia de trabalho da enfermagem - o processo de enfermagem - que compreende cinco fases: avaliação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução. (George, 1993)

Um aspecto fundamental apontado pelos autores é o que se refere à característica das teorias que consideram o homem foco da prática da enfermagem, em nível abstrato, universal e a-histórico, portanto descoladas da realidade, revelando forte conservadorismo político.

Giroux (1997, p.244) quando se refere às teorias educacionais, remete-nos a uma reflexão sobre as teorias de enfermagem, pois considera que uma “[...] teoria deveria ser valorizada pelo seu projeto político, sua crítica de relevância social ...” e estabelecer “...a base de novas formas de relações sociais”.

Considera-se ainda que essas teorias expressam de modo formal como organizar as ações de enfermagem mais do que uma teorização sobre o cuidado (Almeida & Rocha, 1989). A teorização existente com base na interação enfermeiro/cliente, por sua vez, não dá conta de instrumentalizar o enfermeiro para a prática existente e acaba por dicotomizar o saber/fazer. (Mendes, 1994)

Observa-se, assim, que a enfermagem evoluiu de uma prática intuitiva e empírica para uma prática sistematizada com organização detalhada das técnicas de enfermagem. Posteriormente, surge o esforço para fundamentar as ações através dos princípios científicos dos cuidados de enfermagem com base na área biológica. Finalmente, a tentativa de atingir o *status* de ciência se dá com a construção de teorias de enfermagem que utilizam como bases as ciências humanas.

Esse movimento, no entanto, não se fez refletir na organização do currículo mínimo para a formação do enfermeiro, cujas mudanças coincidentemente vão ocorrer nas décadas de 1960 e 1970.

Em 1962 é estabelecido o novo Currículo Mínimo de Enfermagem-Parecer 271/62 (anexo nº 3), e a Enfermagem passa definitivamente para o nível de ensino superior. Observa-se uma mudança importante nesse currículo, que emerge em um momento em que a economia brasileira sinaliza para o modelo concentrador de renda estimulando a privatização dos serviços de saúde voltados para a assistência curativa e especializada.



A preocupação passa a ser a manutenção e restauração da capacidade produtiva do trabalhador, favorecendo o crescimento da previdência social. É nesse período promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social substituindo os IAPs pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966, conformando o modelo médico-assistencial privatista (Mendes, 1994).

O novo currículo é estruturado em duas partes: uma parte geral e outras das especializações em Enfermagem em Saúde Pública e Enfermagem Obstétrica. Amplia-se a carga horária teórica e reduz-se a da prática refletindo o movimento de intelectualização da profissão.

Na década de 1960 as políticas voltadas para o bem-estar coletivo têm pequeno destaque. Enquanto se agravam as condições gerais da população, diminui a dotação orçamentária para a saúde pública. Cresce a privatização pela canalização de fundos públicos através da Previdência Social (Jacobi, 1993).

A atuação da enfermagem estava centrada em hospitais e clínicas especializadas de caráter curativo o que acarretou a retirada da disciplina de Enfermagem em Saúde Pública como conteúdo obrigatório do currículo mínimo e a inclusão de conteúdos de Administração de Serviços de Enfermagem. Houve redução do curso para 24 meses acadêmicos, quando desde a década de 1920 era de 32 meses, o que causou grande insatisfação na categoria. Em 1967, no III Congresso de Educação de Enfermagem realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, as congressistas recomendavam:

“que o Curso de Graduação em Enfermagem seja de 3.240 horas com inclusão das disciplinas de saúde pública”, proposta reforçada também em 1969 no Seminário Nacional sobre currículo dos Cursos de Graduação em Enfermagem realizado pela Escola de Enfermagem da USP (Pinheiro, 1973).

Em 1966 é criada mais uma categoria de enfermagem: o técnico de enfermagem, como profissional intermediário entre o auxiliar de enfermagem e o enfermeiro, reafirmando a concepção da divisão social do trabalho própria da sociedade capitalista.

Dois anos depois por força da Lei nº 5.540/68 (Reforma Universitária) ocorreu nova reformulação do ensino de enfermagem - Parecer 163/72 e Resolução 4/72 do CFE (anexo nº 4). Este currículo é organizado por matérias a serem desdobradas em disciplinas nos currículos plenos de acordo com as necessidades regionais e é dividido em três partes: a primeira parte, pré-profissional com ênfase na área biológica, traduz a busca da cientificidade da enfermagem em outras áreas de saber visando possibilitar uma dimensão intelectual ao seu trabalho (Almeida & Rocha, 1989), muito embora a designação destas matérias como **Noções Gerais** já reforçasse a idéia de abordagem superficial desses conteúdos. A segunda parte refere-se ao tronco profissional com matérias de maior concentração na área médico-cirúrgica. A terceira parte é opcional e refere-se às habilitações em Enfermagem Obstétrica, Saúde Pública e Médico-Cirúrgica. Abre ainda a possibilidade da oferta da Licenciatura.



A organização curricular em três partes fragmentou ainda mais o eixo de formação, uma vez que não estava prevista uma articulação entre estas partes. A saúde pública é colocada na parte pré-profissional como um conhecimento introdutório não atendendo a formação de enfermeiros para os problemas básicos de saúde da população. Da mesma forma, são colocadas em plano secundário a epidemiologia e as ciências humanas (psicologia e sociologia) que também aparecem como “Noções gerais”. A terceira parte destinada às habilitações desloca da formação geral conteúdos essenciais, principalmente aqueles voltados à saúde da mulher e à saúde coletiva. A carga horária desse currículo é de 2.500 horas e de 3.000 horas com as habilitações, o que é insuficiente para a formação do enfermeiro. (Christofaro, 1991, p.8)

Tal currículo reflete a evolução da organização da atenção médica da época, que se volta cada vez mais aos interesses de uma política privatizante centrada na assistência curativa e especializada.

No período de 1968 a 1974, estabeleceu-se no Brasil uma política de saúde centralizadora com concentração do poder institucional. A política econômica estava voltada para o crescimento acelerado, com altas taxas de produtividade e baixos salários favorecendo os trabalhadores especializados que passaram a ter maior poder econômico, difundindo a ideologia do consumo na sociedade. A saúde passa a ser vista também como um bem de consumo médico aumentando a demanda por consultas médicas e o crescimento do setor hospitalar. No período compreendido entre 1975 a 1982, os serviços de saúde já

se mostravam em franca crise, dados o agravamento das condições de saúde da população e a ineficácia dos serviços existentes (Luz, 1991)

Na década de 1970 foi preciso, então, rever as políticas de cobertura dos serviços de saúde. Para tanto foi veiculado documento referente ao 2º Plano Decenal de Saúde para as Américas/72 e foram realizadas a IV Reunião de Ministros da Saúde das Américas/72 , a 30ª Assembléia da OMS/77, na qual se estabeleceu a meta “Saúde para todos no ano 2000”, a Conferência de Alma ata/78, na qual se definiu a “Atenção Primária” como estratégia para o alcance da meta de saúde para todos no ano 2000, e a VII Conferência Nacional de saúde/78, que enfatizava a simplificação do atendimento, a participação da comunidade e a utilização de tecnologia apropriada para assistir às populações marginalizadas. Todo esse movimento, no entanto, não teve o impacto esperado na prática profissional do enfermeiro (Mendes, 1996)

O impacto maior na prática e no ensino da enfermagem vinha do mercado, pois nesse período ocorreram um acentuado crescimento da produção de atos médicos e o desenvolvimento dos procedimentos médico-cirúrgicos, como é o caso dos transplantes de rim e do coração que tiveram seu início no final da década de 1960, o que exigia do enfermeiro um acréscimo de tarefas técnicas, burocrático-administrativas.

A crise que se instalou no setor saúde como um todo é marcada na década de 1980 por um intenso movimento que envolveu profissionais da área da saúde, sindicatos, organizações comunitárias, professores das universidades, na

luta por políticas públicas que pudessem dar conta dos graves problemas sociais. Preconizava-se uma reforma sanitária. A VIII Conferência Nacional de Saúde, que traçou os rumos para a reforma sanitária, e a aprovação da Constituição Federal em 1988 foram marcos importantes para o avanço no plano jurídico dos direitos de cidadania.

Esses avanços, no entanto, ocorreram tão-somente no plano jurídico, pois, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde/96, embora tivesse ocorrido expansão de cobertura em relação à educação básica e assistência à saúde, em função da deterioração da rede pública de ensino, da péssima situação econômica das famílias, da inexistência de uma política habitacional e das precárias condições do setor saúde, as políticas públicas não mostraram resultados efetivos.

Acompanhando o contexto conjuntural do país, a questão mais ampla dos trabalhadores da saúde é abordada de modo diversificado nas Conferências Nacionais de Saúde, que foram instituídas em 1937 (Lei nº 378) pelo governo Getúlio Vargas, conforme consta no Relatório das Conferências Nacionais de Saúde (1993). Nas três primeiras conferências (1941, 1950, e 1963) prevaleceu a visão de saúde pública como condição do desenvolvimento econômico e social.

Nesse período os “Recursos Humanos” eram tratados sob o prisma do ensino formal. Da 4ª à 7ª Conferência (1967, 1975, 1977, 1980), etapa marcada pelo controle burocrático-autoritário do aparato do Estado sob o



comando do regime militar, os recursos humanos são considerados como instrumento decisivo da política desenvolvimentista, entendendo-os como “capital humano” ainda predominando a ênfase na qualificação acadêmica. Já na 4ª Conferência há referência à falta de orientação na formação para a solução dos problemas de saúde do país pela estrutura pouco flexível do currículo.

A partir da 6ª Conferência (1977) amplia-se a visão da questão dos recursos humanos e começam a ser discutidos o regime de trabalho, incentivos funcionais e qualificação dentro do setor. É a partir dessa Conferência que se propõe a educação em serviço como forma de suprir as lacunas na formação, já nesta época considerada inadequada para o desenvolvimento da prática assistencial.

Na 7ª Conferência (1980) direcionada para a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde) foram abordadas as questões referentes à formação do especialista/generalista, ações preventivas/curativas, atenção à saúde coletivo/individual, educação continuada e integração docentes assistencial.

Na 8ª Conferência (1986) ampliou-se o debate com a inclusão dos seguintes tópicos: a) valorização do profissional; b) preparação desde o nível médio até pós-graduação, educação continuada e integração docente/assistencial; c) organização dos trabalhadores; d) relação trabalhador de saúde com o usuário do sistema.



A 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992) realizou-se já com base na nova Constituição e na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080) no contexto de profunda crise econômica. Em relação à questão de recursos humanos, a discussão se fez presente apenas no tema referente à implementação do SUS (Cadernos RH - Saúde, 1993).

A 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) abordou questões referentes a necessidade de se implantar uma política de recursos humanos em todos os níveis do SUS, o Plano de Carreira e Salários, jornada de trabalho, educação continuada entre outras.

Em 1986 é realizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde e apresenta-se um diagnóstico das instituições de Ensino indicando que estas: Apresentam uma estrutura complexa, autoritária, burocrática com postura centralizadora; espelham e reproduzem a estrutura de classe que as mantém, desvinculadas do real social; estão em processo de sucateamento nos planos físico e material que se reflete na prática didático-pedagógica; as mudanças curriculares são conduzidas superficialmente baseadas em troca de nomes de disciplinas sem mudança da prática pedagógica; o enfoque é individualista, hospitalar, privatizante; há desintegração dos conteúdos pela departamentalização e organização por disciplinas (Cadernos RH-Saúde, 1993)

O diagnóstico apresentado nesta Conferência sintetiza grandes problemas que obstaculizam a realização das mudanças necessárias no ensino.



Santos (1995) em sua análise sobre a Universidade, considera que esta encontra-se numa situação complexa, pois, se por um lado lhe são feitas exigências cada vez maiores, por outro, as políticas de financiamento são cada vez mais restritivas. As mudanças necessárias que implicam transformações profundas e não apenas reformas pontuais, são 'dificultadas pela sua histórica rigidez funcional e organizacional que lhe confere uma certa impermeabilidade às pressões externas.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde é realizada em 1993 e tem como tema central: os desafios éticos presentes na atualidade histórica da evolução social brasileira. A abordagem específica da formação do trabalhador da saúde voltou-se para a questão dos paradigmas curriculares vigentes e a necessária coerência com os paradigmas assistenciais preconizados para o Sistema Único de Saúde, além de tratar da questão da profissionalização do pessoal de nível médio e a educação continuada. (Cadernos RH - Saúde, 1993)

É nesta conferência que se aborda uma questão crucial: a divergência de perfis profissionais - um enfatizado no ensino e outro necessário ao serviço apontando para profunda mudança no marco conceitual da educação. É por esta razão que ficou assegurado, na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90), ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde numa ação conjunta MS - MEC - Estados e Municípios e uma



política de desenvolvimento de recursos humanos a ser assumida de forma articulada pelas diversas instâncias.

O ensino de enfermagem não foge às questões colocadas e estas repercutem fortemente no processo de formação. Enquanto categoria participou dos debates nacionais e começou a desencadear discussões internas na busca do profissional necessário para as exigências da época.

A década de 1980 é marcada, então, por um intenso movimento na enfermagem que busca analisar a profissão como prática social inserida no contexto da sociedade capitalista. Autores com Germano (1983), Almeida & Rocha (1989), Silva (1986), Nakamae (1987), Pires (1989) entre outros utilizam um referencial crítico na análise do ensino e da prática da enfermagem contribuindo com o surgimento do debate em nível nacional sobre o compromisso social deste profissional.

O processo de formação do enfermeiro, motivo de preocupações constantes das escolas e da ABEn, também passa a ser objeto de análise no contexto de uma nova visão do profissional, e de mudanças na sua organização, calcada em bases conservadoras.

A atuação da Comissão de Educação/ABEn gestão 1986/1989 foi fundamental no desencadeamento dessa discussão em conjunto com a Comissão de Especialistas de Enfermagem/SESU. Tinham como objetivo iniciar um processo de discussão visando à construção de um projeto para a formação do enfermeiro condizente com as exigências sociais.

A discussão em âmbito nacional sobre uma nova proposta de formação do enfermeiro se deu mediante seminários, oficinas e organização de comitês de graduação durante dois Congressos Brasileiros de Enfermagem, conforme anexo nº. 5.

Os seminários contemplavam nas discussões as análises conjunturais tomando como referência o processo de trabalho em saúde, o movimento de reforma sanitária e as discussões locais de escolas e grupos de enfermagem.

Em 1990 durante o 42º Congresso Brasileiro de Enfermagem é criado o Fórum Nacional de Escolas de Enfermagem orientando os profissionais para a criação de Fóruns Estaduais para dar continuidade às discussões e acompanhar a implementação dos currículos plenos nos cursos.

Em 1994 é aprovado o Parecer 314/94 do então Conselho Federal de Educação (anexo nº5); traz as diretrizes, os pressupostos e os parâmetros que norteiam a nova proposta subsidiando a elaboração dos currículos plenos. Nesse mesmo ano é aprovada a Portaria 1721-MEC, referente ao Novo Currículo de Enfermagem (anexo nº.6), que fixa o ano de 1996 para sua implantação no país. Pode-se observar nesta nova legislação avanços consideráveis relacionados a:

1) retirada das habilitações (médico-cirúrgico, saúde pública e materno infantil). Tais habilitações prejudicavam a formação generalista, pois conteúdos fundamentais eram remetidos às habilitações, que eram optativas e das

três ofertadas o aluno apenas cursava uma, isto quando o curso ofertava as habilitações; 2) o conteúdo das ciências biológicas e humanas passa a ser contemplado como conhecimento fundamental para formação e não apenas como **Noções**;

3) ampliação da carga horária de 2.500 horas para 3.600 horas e a duração do curso de 3 para 4 anos no mínimo e de 6 anos no máximo;

4) a idéia da terminalidade na nova proposta está vinculada ao currículo estruturado de modo a eliminar da graduação a tendência à falsa especialidade, propiciando “um perfil profissional competente para atuar, preferencialmente, na rede básica dos serviços de saúde”.²⁵

Nessa nova proposta destaca-se a introdução das matérias de antropologia filosófica, saúde ambiental e saúde coletiva²⁶ que, juntamente com as já existentes como a sociologia e a psicologia, podem propiciar uma maior compreensão do homem e dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Embora a saúde coletiva constitua apenas uma das muitas matérias do currículo, as orientações sobre a organização curricular indicam a necessidade de contemplar ações coletivas no decorrer da formação cabendo às escolas seguir esta diretriz. No entanto, tal diretriz pode não ser seguida, dada a

²⁵ Documento Preliminar elaborado durante a oficina de trabalho, promovida pela Comissão de Especialistas (SESU-MEC) e Comissão de Educação da ABEn, publicado na Revista Brasileira de Enfermagem, 41 n. 3/4, jul./dez., 1988.

²⁶ A saúde coletiva surge como um termo vinculado a um esforço de transformação...Enquanto a saúde pública conceitua a saúde-doença empiricamente, reduzida ao plano fenomênico e individualizado da causalidade etiológica, a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde/doença. Ver sobre o assunto em BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*, p.128-9

organização deste currículo por matérias a serem desdobradas em disciplinas muitas vezes concebidas de modo estanque e fechadas.

Uma questão que vem gerando insatisfação principalmente entre os que lideraram a construção da proposta é a não inclusão da licenciatura como obrigatória, uma vez que se considera a capacitação didático-pedagógica fundamental para a formação profissional.

Rodrigues; Liberalino; Oliveira membros da Diretoria da ABEn Nacional - Gestão 1986/1989 apresentam uma análise da proposta do novo currículo mínimo indicando os avanços obtidos. Ressaltam a mobilização nacional em que pela primeira vez buscou-se a participação de docentes, alunos, enfermeiros de campo e representantes das entidades na construção da nova proposta, a importância do referencial da proposta, que considera a conjuntura socio-econômica do país, o processo saúde-doença e o processo de trabalho em saúde. Além do compromisso com a construção do Sistema de Saúde preconizado pela Constituição Federal e Lei Orgânica de Saúde.

Referem-se também aos limites existentes nas instituições de ensino para atingir estes avanços. Apontam para a necessidade da codificação da proposta por todos os envolvidos; mudanças dos métodos de ensino e dos conteúdos, especificamente os que se referem à epidemiologia, que se encontra ainda muito voltada para abordagem tradicional. O que se propõe é a epidemiologia social, cuja produção encontra-se ainda limitada. Consideram que tais limitações requerem um contínuo processo de reflexão sobre o processo de



trabalho em saúde e sobre os modelos de educação, com o objetivo de viabilizar a formação de enfermeiros comprometidos com a transformação social.

É inegável que a nova proposta representa um avanço significativo, mas uma proposta que contempla tais avanços para ser concretizada requer docentes de enfermagem que sejam transformadores das práticas vigentes, como afirma Vázquez (1977. p. 207):

A teoria em si não transforma o mundo. Pode contribuir para sua transformação, mas para isso tem que sair de si mesma, e, em primeiro lugar, tem que ser assimilada pelos que vão ocasionar, com seus atos reais, efetivos, tal transformação. Entre a teoria e a atividade prática transformadora se insere um trabalho de educação das consciências, de organização dos meios materiais e planos concretos de ação; tudo isso como passagem indispensável para desenvolver ações reais, efetivas.

É preciso, assim, que os professores busquem fazer uma análise crítica da sua própria prática pedagógica identificando as possibilidades para o avanço pretendido.

Em relação à competência técnico-científica e política considerada como requisito para a terminalidade da formação pelo Parecer 314/94-CEF, e objeto desta investigação, esta retrospectiva histórica nos mostra que as três dimensões da competência profissional foram se sobrepondo de acordo com o grau de evolução do próprio conhecimento da enfermagem, da

compreensão do seu papel social e principalmente das determinações sociais à qual está sujeita. Por isso mesmo torna-se pertinente uma releitura do significado de competência profissional na formação do enfermeiro de hoje. Até porque cada nova versão do saber da enfermagem não substitui as anteriores, pode deslocá-las do centro, mas precisa conviver com elas. É preciso dar a estas versões um sentido para os novos tempos.

3.2. O SIGNIFICADO DE COMPETÊNCIA - IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE FORMAÇÃO

O uso do termo “competência” no sistema educacional de um modo geral não é novo. Na Enfermagem observa-se que é a partir da década de 1980 que este começa a adquirir importância no discurso da categoria, em especial, com o “I Seminário Nacional sobre o Perfil e a Competência do Enfermeiro”, realizado na Universidade de Brasília em 1987, e que contribuiu com as discussões que vinham sendo feitas em relação ao novo projeto de formação deste profissional.

Para entender o que significa falar em competência do enfermeiro ou na formação de um enfermeiro competente, torna-se necessário, antes, trazer alguns conceitos mais gerais do termo, sua utilização no ensino e no trabalho e a diversidade de significados com que é utilizado.

De acordo com Isambert-Jamati (1997, p.103-4), no fim da Idade Média o termo “competência” pertencia à linguagem jurídica. Cabia aos



juristas de “[...] determinada instância e não de outra atribuir a um homem ou a uma instituição a competência para realizar certo ato, ato que se tornava assim juridicamente válido”. Por extensão, o termo veio a designar de forma geral a capacidade reconhecida de alguém se pronunciar nesta ou naquela matéria. E mesmo que os dicionários atuais já não indiquem mais quem tem a prerrogativa de conferir competência a alguém, supõe-se que aquele que atribui competência a alguém tem certo grau de saber.

Com isto, a referida autora quer dizer que o termo competência pressupõe conhecimentos especializados e quem julga a competência também deverá ter tais conhecimentos na determinada área para poder fazê-lo. É utilizado, portanto, para os que dominam uma área do saber e dominam as suas técnicas preexistentes, pressupõe atividades complexas que exigem uma importante atividade intelectual e se coloca como um diferencial entre aqueles que têm esta capacidade e os que não têm.

Segundo Ropé (1997), a noção de competência foi introduzida no sistema educacional essencialmente por meio da avaliação associada à introdução do ensino por objetivos. Neste sentido cabe destacar a “Taxionomia dos Objetivos Educacionais” de autoria de B. S. Bloom, publicados em 1956 e introduzidos no sistema educacional brasileiro a partir da década de 1970.

Hoje o uso deste termo é cada vez mais freqüente, tanto na esfera do trabalho como no sistema educacional, embora com significados



diferentes e sem conteúdo próprio, o que faz com que seus usos não permitam uma definição conclusiva.

Ropé & Tanguy (1997, p.16) consideram que, de modo geral, este termo se apresenta como uma dessas noções, “[...] cuja opacidade semântica favorece seu uso em lugares diferentes para agentes com interesses diferentes” e que está tendendo a substituir outros termos como: “saberes e conhecimentos na esfera educativa” ou de “qualificação na esfera do trabalho”. Não estão afirmando que estes termos estejam desaparecendo, mas que “[...] perderam sua posição central e ao serem associados a competências, sugerem outras conotações”.

Para os sociólogos, a importância que este termo vem adquirindo, com a mudança nas situações de trabalho, estaria revelando uma melhor qualidade do trabalho; um reconhecimento de que “as coisas são mais complicadas do que se acreditava”; a redescoberta das estratégias cognitivas que subentendem as tarefas rotineiras e uma mudança metodológica indicando que não há mais uma visão fechada sobre competências, estas são vistas como construção social dos próprios atores que desempenham papéis fundamentais na organização social (Ropé & Tanguy, 1997, p. 22).

Ao tomarmos o termo “competência” sem considerar “em que” e “para que”, no seu sentido mais geral, temos que é: “[...] qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa, capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade” (Ferreira, 1986, p. 440).

Não indica só o “fazer” mas o “saber/fazer” e pressupõe capacidade de resolução. Não se refere, pois, ao fazer automatizado que se obtém com determinados treinamentos ou com o ensino pautado na repetição de conhecimentos/habilidades e sua simples memorização.

Mais do que isso, a aquisição da competência extrapola o domínio do sistema educacional; ela se constrói também na relação do profissional com o trabalho e engloba as relações sociais que ali ocorrem.

A utilização hoje do trio “saber”, “saber fazer” e “saber ser” traz a marca no terceiro termo, “[...] que se pode substituir por “saberes sociais”, traduz a emergência do implícito e contribui para inverter a hierarquia convencional do saber colocado em prática no ensino” (Ropé & Tanguy, 1997, p.23).

Não significa que a escola não deva preocupar-se com a competência profissional, apenas entende-se que a aquisição da competência se dá por diversas experiências dentro e fora da escola. Esta continua sendo o *locus* onde se constrói o saber/fazer do futuro profissional.

Ocorre que as competências requeridas hoje para ocupar, por exemplo, um cargo em determinada instituição/empresa já não estão ligadas somente à formação inicial do profissional. “Essas competências podem ter sido adquiridas em empregos anteriores, em estágios, longos ou breves, de formação contínua, mas também em atividades lúdicas, de interesse público fora da profissão, atividades familiares etc”. Nesta perspectiva “[...] a competência é

tratada como característica individual, já que, presumidamente, não pertence como fonte a uma categoria formalizada que, como tal, pode reivindicar direitos para todos os seus membros” (Isambert-Jamati, 1997, p.107).

Esta forma de entender competência difere das conceituações apontadas por Rios (1997) e Demo (1997-a). Estes autores tratam da questão da competência no âmbito do sistema educacional.

Para Rios (1997), falar em competência significa falar não só em “saber fazer” mas em “saber fazer bem”; considera que a competência contém em si dupla dimensão: técnica e política, vincula a idéia de **bem** às duas dimensões e coloca a **ética** como mediadora entre ambas, por entender que esta se faz presente na definição e organização do saber e na direção que será dada a este saber na sociedade.

Demo (1997-A, p.55) define competência como a “capacidade de fazer e fazer-se oportunidade”. Para o autor, competência contém em si a dimensão da qualidade formal entendida como inovação pelo conhecimento e a dimensão política que pressupõe intervenção ética e cidadania. Afirma: “[...] é processo de formação do sujeito histórico capaz de inovar, mas sobretudo de humanizar a inovação”.

Embora as duas concepções tenham pontos em comum, percebe-se que Rios tem preocupação com o conhecimento que é priorizado no ensino, com a finalidade do saber veiculado pela escola. Demo (1997, p.60), por sua vez, dá maior ênfase ao método de ensinar e vincula a aquisição da competência à

introdução do ensino com pesquisa, ou como ele mesmo afirma: “Educar pela pesquisa”. Entende que a pesquisa propicia a competência de “saber fazer”, “aprender a aprender” e “intervir de modo inovador e ético”. Preocupa-se **em como** propiciar a competência ao profissional que se requer na atualidade.

Diante das idéias colocadas, cabem algumas considerações. A primeira se refere ao processo ensino-aprendizagem. É fundamental que se desenvolva um trabalho intelectual que possa contemplar a formação da capacidade de investigação favorecendo a capacidade crítica e a produção de novos conhecimentos, mas não se pode desconsiderar os conhecimentos historicamente acumulados que, desvelados à luz do contexto social em que foram gerados, são imprescindíveis para a formação do homem.

É preciso ter clareza também que no processo pedagógico o conteúdo, que se refere ao conjunto de conhecimentos e técnicas selecionados para determinado curso, tenha estreita relação com o método.

Na dialética do processo pedagógico, a relação conteúdo/método é um dentre os múltiplos movimentos que se implicam e se determinam mutuamente. A superação da dicotomização conteúdo versus método exige a compreensão desses movimentos e a captação de como se expressa sua unidade. (Saviani, 1994, p.25)

A segunda consideração é a que se refere ao conceito mais ampliado de competência que extrapola o ensino formal e tem relação com as



modificações que ocorreram na sociedade e que colocam o conhecimento como central na vida das pessoas. Tal modificação precisa ser considerada pelo ensino, pois o aluno chega hoje à universidade com uma outra condição de aprendizagem; ele sabe também que o ensino formal constitui apenas uma etapa e que o seu aperfeiçoamento deverá ser contínuo.

Quando nos referimos especificamente à busca da competência no processo de formação, colocamos ainda uma outra questão, que já foi motivo de muitos estudos, a que se refere ao tratamento dicotomizado do “saber fazer”, pois, como foi dito anteriormente, competência pressupõe o domínio teórico e prático dos conhecimentos profundamente articulados. Não se restringe ao domínio de procedimentos simplificados de tarefas rotineiras desenvolvidas mecanicamente muitas vezes presentes no trabalho da enfermagem.

Uma vez tornado mais claro que competência comporta o saber/fazer compreendido de modo articulado, resta uma outra questão: a compreensão do significado de competência em termos ideológicos.

É com Nosella (1983, p.91-3) que podemos compreender melhor tal questão, quando indica que, ideologicamente: “a bipolaridade entre competência e incompetência técnica mascara uma segunda e mais radical bipolaridade. Isto é, entre o conceito de competência para a cultura dominante e a competência para as classes emergentes”.

O referido autor entende que a primeira bipolaridade coloca a competência como uma “[...] categoria em si, universal, acima dos interesses de



classe” o que não traduz a realidade, uma vez que, “[...] competência e/ou incompetência são qualificações atribuídas no interior de uma visão de cultura historicamente determinada”. Assim, ao se falar em profissionais competentes tão-somente sem referir-se à relação de classes, está se reforçando a idéia da competência técnica como neutra do ponto de vista científico-cultural.

Neste sentido, ao se falar em competência em determinada área profissional, é necessário identificar qual a finalidade desta prática, a quais interesses está servindo. Em se tratando da área da saúde, a formação dos profissionais, de modo geral, vem respondendo às expectativas do modelo hegemônico cuja ênfase é a assistência curativa, individualizada, altamente especializada e de acesso restrito, não contemplando a questão de equidade no atendimento da população. A pergunta que se coloca é: como redirecionar tal formação ?

Na linha de análise de Nosella (1983), significa que as tecnologias historicamente geradas no âmbito dos interesses dominantes deverão ser submetidas a uma crítica rigorosa, incorporando os elementos das culturas passadas, a partir de uma perspectiva divergente para depois submetê-las à prova prática, para verificar se alcançam o objetivo pretendido. Neste caso, o objetivo é o redirecionamento da “produção dos serviços de saúde para a mudança dos perfis epidemiológicos da população” (Queiroz & Salum, 1997, p. 205).

Não significa partir de um ponto zero, pois é a partir da prática existente que se pode caminhar para a prática que se deseja. As possibilidades do

que se deseja só podem ser encontradas no único espaço em que existem, isto é, no real já existente. O desafio está em se criarem condições para a transformação e organizar a construção do futuro que se almeja (Rios, 1997).

Construir uma nova competência não significa, assim, unicamente acrescentar novos saberes, pois o saber/fazer do enfermeiro já contém em si determinada orientação política: implica rever o processo de formação na sua totalidade considerando a sua relação com a sociedade, o que torna fundamental explicitar o compromisso político da prática profissional.

Ao nos referimos ao compromisso político, cabe esclarecer em que sentido é usado tal termo, uma vez que este comporta várias acepções como, por exemplo, a prática da competência política, especialmente entre partidos e estratégias desenvolvidas por políticos profissionais; conjunto de objetivos que conformam determinado programa de ação governamental; posição ideológica a respeito dos fins do Estado e também como diretriz para alcançar determinado objetivo (Ferreira, 1986), (Soto, 1994).

Neste estudo utiliza-se o sentido de política como diretriz, mas a sua vinculação a competência remetem à capacidade de articulação com vistas a atingir os objetivos pretendidos.

Esta compreensão está de acordo com Almeida et al. (1997, p.147) quando se referem ao perfil do trabalhador de saúde para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e indicam que, além da capacitação técnica e ética, faz-se necessária a política, e entendem-na como a “[...] capacidade de

compreender, analisar as determinações presentes na sociedade e na produção dos serviços de saúde, de modo a constituir e consolidar recursos de poder para a construção de projetos profissionais, assistenciais, sociais, políticos". Nesta perspectiva consideram fundamental criar e (re)criar instrumentos de trabalho necessários a uma atenção à saúde que tenha como centro a defesa da vida.

Saviani (1983) entende que a competência técnica é instrumento e só vai adquirir sua razão de ser no compromisso político, como uma das formas por meio das quais se explicita e se realiza este compromisso político. E este para ser concretizado precisa da competência técnica, sem o que constituirá um discurso vazio.

Esta consideração é importante, porque com frequência ocorre uma visão que associa a competência técnica ao tecnicismo e a competência política como vinculada a partidos políticos.

Quando nos referimos à competência técnico-científica e política, estamos entendendo que a competência contém em si diferentes dimensões profundamente articuladas em que uma é a razão de ser da outra, ou seja, é o que vai caracterizar a praxis do enfermeiro.

Praxis entendida como "ação do homem sobre a matéria e criação - através dela - de uma nova realidade humanizada" (Vasquez, 1977, p.245). Não uma prática reiterativa, mas criativa que pressupõe reflexão constante sobre o "saber fazer".



Construir uma nova realidade humanizada significa que o ensino precisa ir além da análise crítica, é preciso construir um projeto pedagógico cujo discurso combine a linguagem da análise crítica com a linguagem da possibilidade. É nesta perspectiva que Giroux (1997, p. 27) considera que as escolas devem ser entendidas como “esferas ‘públicas democráticas’” e os professores como “intelectuais transformadores”.

Quando o autor se refere à escola como espaço democrático, rejeita a idéia da escola como extensão do local de trabalho ou como espaço para formar profissionais competitivos para os mercados internacionais, mas considera um espaço em que se viabiliza a “ [...] investigação crítica que dignifica o diálogo significativo e a atividade humana” (Giroux, 1997, p. 28).

Esse espaço não está dado, ele precisa ser construído e esta tarefa é dos professores. Transformar o espaço escolar num espaço democrático significa transformar as próprias condições de trabalho, significa “ [...] criar a ideologia e as condições estruturais necessárias para escreverem, pesquisarem e trabalharem uns com os outros na produção de currículos e repartição do poder” (Giroux, 1997, p. 29).

Para atingir tal finalidade, considera que os professores devem examinar suas próprias concepções de sociedade, de solidariedade e de emancipação buscando identificar como as questões de gênero, raça e classe os marcou na maneira de pensar e agir.

Nesta linha de raciocínio cabe ainda destacar uma terceira questão, a que se refere à concepção de currículo. Ainda segundo Giroux (1997, p. 44-8), somos herdeiros de orientações curriculares vinculadas à racionalidade tecnocrática que se desenvolveu de forma concomitante com o movimento da administração científica dos anos 20, e que influenciaram de modo marcante os estudiosos da área. Os conceitos que embasam o paradigma deste currículo tradicional e que constituem norteadores da ação estão “[...] ligados a julgamentos de valor acerca dos padrões de moralidade e questões referentes à natureza da liberdade e do controle”. Constituem não só uma visão de currículo, mas estão embutidos em “[...] rituais e rotinas considerados como fatos necessários e naturais”. Visão esta a ser superada para viabilizar novas orientações no processo de formação.

Neste sentido, o referido autor considera necessário reavaliar a relação entre currículo, escola e sociedade como forma de identificar como se reproduzem, tanto no currículo formal quando no currículo oculto²⁷, as crenças culturais e relacionamentos econômicos que sustentam a ordem social mais ampla.

Tal posição é melhor compreendida pelo seu modelo para o desenvolvimento dos objetivos estruturado em torno de dois conceitos que ele

²⁷ Por currículo oculto o autor entende as normas e crenças não declaradas que são transmitidas aos estudantes através da estrutura subjacente do significado e no conteúdo formal das relações sociais da escola e na vida em sala de aula. GIROUX, H. *Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem*, p.55-77.



denomina de macroobjetivos e microobjetivos. Por macroobjetivos entende aqueles que fornecem os blocos teóricos de construção e que irão possibilitar a conexão entre “métodos, conteúdos e estrutura do curso e sua importância para a realidade social mais ampla”. Esses objetivos “devem capacitar o aluno a “analisar o conteúdo, valores e normas de um curso em relação aos fins que pretendem ou podem servir”, de forma que ele possa “{...} diferenciar o conhecimento diretivo do produtivo, explicitar o currículo oculto e ajudá-los a desenvolverem uma consciência crítica e política” (Giroux, 1997, p.84).

Os microobjetivos “constituem o núcleo de uma dada disciplina e definem seu curso de investigação”. Estes geralmente estão voltados para a “aquisição de conhecimento selecionado, desenvolvimento de habilidades de aprendizagem especializados e desenvolvimento de habilidades de investigação específica”.

A questão colocada pelo autor é como estes microobjetivos se relacionam com os macroobjetivos, uma vez que estes últimos “servem especificamente como conceitos mediadores que elucidam o significado e a importância que os microobjetivos podem ter em relação às estruturas sócio-políticas que existem fora da sala de aula” (Giroux, 1997, p.84).

Considera que tal formação pode propiciar a capacidade de intervenção ética no social, pois o aluno adquire capacidade de julgamento das ações sempre tendo presente a finalidade desta ação.

Ao referir-se ao conhecimento selecionado pela escola faz uma distinção entre o conhecimento diretivo e produtivo. Entende por conhecimento produtivo aquele preocupado com os meios, “[...] é instrumental no sentido de inovar os métodos tecnológicos e científicos”, enquanto o conhecimento diretivo está relacionado com a investigação voltada para a relação entre os meios e os fins, e questiona como o conhecimento produtivo deve ser usado, para qual finalidade. Considera que neste sentido o conhecimento assume papel emancipador, pois possibilita ao aluno unidade, lógica e sentido de direção e permite entender as implicações do que lhe é ensinado (Giroux, 1997, p.85).

Para Adorno (1995, p.181), que entende a emancipação como exigência numa democracia, esta busca se defronta com enormes dificuldades na atual organização do mundo em que a “[...] sociedade forma as pessoas mediante inúmeros canais e instâncias mediadoras de um modo tal que tudo absorvem e aceitam nos termos desta configuração heterônoma que se desviou de si mesma em sua consciência”. Considera que a possibilidade da emancipação se encontra numa educação para a contradição e para a resistência. Isto implicaria constante decodificação dos fatos sociais como forma de despertar a consciência das pessoas quanto às intenções subjacentes a estes fatos.

Construir alternativas entendendo a função social do conhecimento e propiciar a competência necessária para uma intervenção voltada para a transformação daquilo que é preciso mudar, requer o desenvolvimento da consciência crítica como requisito fundamental para uma prática transformadora.

Não se pode, no entanto, ter uma visão idealizada da função social da educação, pois esta não constitui somente uma intenção declarada. As dificuldades que se fazem sentir são muitas, conforme nos indica Offe (1990, p. 9-11). O autor inicia afirmando que uma análise sobre a função social da educação não pode partir das finalidades estabelecidas por “[...] professores, especialistas em currículos, funcionários ligados ao sistema educacional, organizações ativas na política da educação, ministérios etc.”, pois considera que tal procedimento nos levaria a erros.

A primeira questão levantada pelo autor reside na heterogeneidade das finalidades e, mesmo que se tenha relativo consenso sobre a “determinação global das finalidades sociais da educação”, entram em jogo diferenças na interpretação operacional e utilização destes fins. Isto é na “discrepância” entre os fins declarados e os critérios que são utilizados na prática.

Uma outra dificuldade apontada é a limitação da autonomia para realizar a finalidade estabelecida. O que se tem constatado é que “os objetivos falharam, programas de construções se reduzem sob as pressões restritivas provocadas por oscilações administrativas ...” Isto significa que as condições são determinadas pelas circunstâncias, muitas vezes não levadas em conta, e que agem contra as finalidades propostas.

Um terceira questão situa-se na prática pedagógica que, independente dos objetivos selecionados, tem importante função no processo de

socialização. Fica evidente, deste modo, que as finalidades prioritizadas na educação constituem, assim, apenas uma determinante da sua função real.

As considerações feitas por Offe (1990) podem ser facilmente constatadas quando se faz uma reformulação curricular de um curso, em que após muitas discussões e análises chega-se a um relativo consenso em relação ao tipo de profissional a ser formado e se acredita que a partir daí a tarefa passaria a centrar-se na organização curricular e o trabalho estaria praticamente concluído. No decorrer da sua implementação vamos constatando que as coisas não são tão simples assim, e geralmente as frustrações acabam por imobilizar muitos docentes motivados com a melhoria do processo de formação.

É preciso perguntar, já de início, quais as possibilidades concretas de a instituição de ensino propiciar a formação de profissionais competentes para as tendências e o cenário da área da saúde, tendo-se também a clareza que a prática pedagógica, a aula propriamente dita assume papel preponderante na consecução dos objetivos de um curso.

Um estudo feito pelo Conselho de Especialistas da área da saúde na Catalunha (CCECS) sobre as competências¹ mais essenciais, segundo os próprios profissionais da saúde daquela região, indica elevado grau de insatisfação quanto ao seu preparo, menor que 50 %, o que indica, por si só, necessidade de revisão do processo de formação. Das competências consideradas essenciais destacam-se: motivação para uma aprendizagem continuada, a capacidade de

identificar e solucionar problemas e a capacidade de se comunicar com os pacientes (Codina, 1995).

Goble (1995) refere-se a um documento elaborado em 1991 pela OMS no qual consta que o objetivo de saúde para todos está longe de ser alcançado e que a insatisfação com a prestação de serviços é observada no mundo todo. Faz referência também à incompetência dos profissionais da área da saúde para atender às demandas de uma sociedade em transformação como a assistência holística, respeito pela população, problemas ambientais e estilos de vida.

A referida autora propõe a formação dos profissionais da saúde no contexto da educação interdisciplinar e multiprofissional refere-se inclusive a esta modalidade para os cursos de graduação. Em nosso país, hoje, já estão sendo desenvolvidos cursos de pós-graduação *lato sensu* e residências de forma multiprofissional na área da saúde coletiva, mais especificamente em saúde da família, que hoje está sendo apresentada como estratégia para reorientação do modelo assistencial vigente.

Codina (1995, p.19) considera que os desafios para as instituições de saúde envolvidas com a formação dos profissionais da área da saúde são:

[...] prever as competências necessárias; colocar em harmonia os valores com base em um paradigma técnico-científico junto com valores



baseados em um paradigma global/humanístico e usar a visão que se tem dos cenários futuros para convencer parceiros quanto às estratégias adequadas para a implantação de mudanças.

É indiscutível que o sistema formador deve preocupar-se em como propiciar a competência profissional e com a finalidade para qual se busca esta competência. É preciso também que se considere a competência não como produto final e acabado, em que a escola cumpriu sua tarefa ao formar profissionais que dominam determinados conhecimentos/habilidades de uma área profissional. É preciso entender que a competência precisa ser constantemente reconstruída, e o profissional precisa dominar não só um determinado saber/fazer, mas os instrumentos que o capacitem e o motivem a continuar construindo a sua competência profissional. Esta tarefa é complexa e nos remete

[...] à idéia das aprendizagens fundadas no princípio de “aprender a aprender” e de transferência das capacidades de um domínio a outro. Todavia, não só as ciências cognitivas não fornecem tais modelos, como também mostram que transferência para situações vizinhas do mesmo domínio seria possível, mas que a transferência para outros domínios ou outras disciplinas é quase impossível. (Ropé & Tanguy, 1997, p.202-3)

Tal afirmação aponta para a necessidade de aprofundamentos dos estudos em processos de aprendizagem condizentes com as novas exigências



de formação profissional e de revisão da própria organização curricular dos conhecimentos por disciplinas estanques, pois esta não condiz com um processo de aprendizagem orientado por situações concretas da realidade na qual a integração dos conhecimentos é requisito fundamental.

A proposta da interdisciplinaridade busca avançar nesta tentativa de aproximar os conhecimentos. Embora “[...] os conceitos de cada área ainda preservam suas identificações originais ...é uma abertura para parcerias e já significa uma aproximação entre disciplinas que quase sempre se mostraram muito afastadas em seus percursos” (Abreu Jr., 1996, p.178).

Hoje já se busca avançar nestas tentativas de integração apontando para a transdisciplinaridade, que pressupõe uma nova organização do conhecimento e que, de acordo com Morin (1996), implica resituar o problema do saber, já que os paradigmas ou princípios que determinam/controlam o conhecimento científico não conseguem dar resposta a este novo desafio.

É convidar a pensar-se na complexidade. Não é dar a receita que fecharia o real numa caixa, é fortalecer-se na luta contra a doença do intelecto - o idealismo -, que crê que o real se pode esgotar num sistema coerente de idéias (Morin. 1996, p. 140).

O que se busca é um ensino que possa instrumentalizar efetivamente os profissionais para sua prática. Uma prática competente que

pressupõe o domínio do saber/fazer numa perspectiva de constante reconstrução e cujo compromisso político vai conferir a este saber/fazer um sentido para a existência da profissão.

Tais questões nos indicam que discutir a competência no processo de formação do enfermeiro pressupõe discutir o ensino na sua totalidade. E elucidar os significados atribuídos à competência pelos professores de enfermagem coloca-se, neste estudo, como mais um referencial para as reflexões e as intervenções que se fazem necessárias no processo de formação.



4 O PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

Ao tomar como objeto de investigação os significados atribuídos pelos professores de Enfermagem à competência técnico-científica e política do enfermeiro, definiu-se como opção metodológica, para a captação da realidade empírica, a pesquisa qualitativa.

Tal opção baseou-se na concepção de pesquisa qualitativa apresentada por Minayo (1992, p.10), que considera esta modalidade de investigação como sendo capaz de “[...] incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”. Nesta perspectiva, a mesma mostrou-se adequada para este estudo, que busca analisar os significados na sua relação com a estrutura social mais ampla.

Uma opção metodológica não se dá por acaso; busca atender à especificidade da investigação, mas resulta também da visão de mundo do investigador, motivo pelo qual este deve ter clareza dos seus pressupostos teóricos. A própria definição do objeto a ser investigado já é produto de uma ação intencional: “Ao contexto do **objeto** da pesquisa pertence também o **sujeito**”. Isto porque “[...] não é possível ver a realidade sem um ponto de vista, sem um ponto de partida, porque não há vista sem ponto, nem partida sem ponto. Este ponto é do sujeito, não da realidade” (Demo, 1992, p.30).



Berger & Luckmann (1976) questionam como é possível ter certeza do que se produz teoricamente, se as categorias utilizadas são condicionadas por formas de pensamento historicamente relativas, se o próprio pesquisador é determinado pelos seus genes e se ainda, para rematar, este faz parte do grupo social que estuda.

Não se pretende neste estudo chegar a certezas; ao contrário, as questões levantadas buscam indicar tão-somente o conhecimento do pesquisador das suas próprias limitações nas análises efetuadas, como um olhar entre outros de compreender o fenômeno.

O surgimento da pesquisa qualitativa está associado às práticas desenvolvidas pelos antropólogos, tendo sido só posteriormente utilizada nas pesquisas educacionais²⁸. Por ter se originado de estudos antropológicos, tem sido freqüentemente associada à pesquisa etnográfica, mas, para Triviños (1987), esta é apenas uma das suas formas específicas.

O autor considera difícil caracterizar a pesquisa qualitativa pelo fato de a mesma ser desenvolvida em diferentes bases teóricas, tais como: a estrutural-funcionalista, a fenomenológica e a materialista-dialética. De modo que considera ser a opção teórica a definidora do teor desta modalidade de investigação.

²⁸ É na década de 70 que surgiu na América Latina maior interesse pelos aspectos qualitativos buscando-se alternativas metodológicas para a pesquisa em educação. TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*, p.116.

Em termos das características gerais da pesquisa qualitativa, Triviños (1987) parte do referencial de Bogdan & Biken (1982) que indicam: o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento-chave; ser descritiva e considerar o processo e não somente o produto; focar o fenômeno indutivamente e ter como preocupação essencial o **significado**.

Os significados atribuídos, de modo geral, pelos atores às vivências das suas relações objetivas constituem as representações sociais, e estas são entendidas como idéias, imagens e visões de mundo que o homem tem da realidade e expressam concepções específicas, próprias de um determinado grupo social (Minayo, 1992).

Ao tomar como preocupação essencial o significado, é preciso ter presente que, embora a realidade interpretada pelos homens seja subjetivamente dotada de sentido e forma um mundo coerente, o fenômeno não se manifesta imediatamente ao homem (Berger & Luckmann, 1976; Minayo, 1992, Kosik, 1995).

A pesquisa qualitativa apresenta dois traços fundamentais para a compreensão do fenômeno: "Por um lado sua tendência definida, de natureza desreificadora dos fenômenos, do conhecimento e do ser humano, e por outro, relacionada com aquela, a rejeição da neutralidade do saber científico" (Triviños, 1987, p.125).

Para compreender o fenômeno, deve-se levar em conta também que as representações são fortemente influenciadas pela posição assumida pelos

homens na estrutura social. Existem formas de pensar a sociedade que são mais amplas e mantêm as estruturas de dominação, mas cada grupo a partir desta visão abrangente faz uma representação particular em função dos interesses do grupo e do seu dinamismo interno. Assim, na análise de concepções, é fundamental identificar o grupo social contextualizando o discurso dos atores. As concepções de um determinado grupo, no entanto, não podem ser tomadas como uma totalidade em si mesma e, sim, na sua relação com a estrutura social. (Berger & Lukmann, 1976 ; Minayo, 1992).

A idéia da competência, foco central desta investigação, perpassa diferentes áreas profissionais, integrando o discurso que se faz presente tanto no setor produtivo (econômico) como no sistema educacional. Este uso indica a polissemia deste termo e pode explicar o consenso existente quando da sua proposição, ainda que servindo para diferentes objetivos.

Tendo-se em conta tal fato, não interessa aqui discutir a proposição da competência técnico-científica e política do enfermeiro e, sim, colocar em discussão a questão do significado de competência atribuído por um grupo social específico.

A referência ao grupo social, não indica tão-somente a categoria profissional como um todo, no caso “enfermeiros”, mas o tipo de atividade desenvolvida pelo grupo “ensino da enfermagem”, pois, “[...] uma identidade

profissional comum pode ser menos importante que a localização e a posição em termos de campo” (Bernstein, 1996, p.197)²⁹.

Tal premissa de Bernstein pode ser observada nas idéias transmitidas pelos enfermeiros situados não só em diferentes campos de atuação mas até em agências diferentes. Isto, tomando como exemplo o grupo de professores de enfermagem e o grupo de enfermeiros de serviço em tentativas de integração ensino-serviço em que um professor assume a direção de um serviço de enfermagem em uma determinada instituição de saúde. Passado algum tempo, ele incorpora as idéias do grupo em que se encontra e seu posicionamento já não corresponde ao anteriormente existente.

Outro aspecto do contexto a ser considerado refere-se ao que não é explícito. A maior parte do discurso não define em muitas palavras a realidade. As palavras, as frases têm como pano de fundo um mundo tacitamente aceito como verdadeiro, em que cada frase adquire sentido, somente a partir do seu contexto (Berger & Luckmann, 1976).

O contexto dos agentes é, assim, um aspecto fundamental a ser considerado para a compreensão do discurso de um determinado grupo social, e neste sentido os conceitos desenvolvidos por Bernstein (1996) na sua obra “A estruturação do Discurso Pedagógico” servem como referencial para compreender questões fundamentais para este estudo.

²⁹ O autor entende que a função desempenhada pelos agentes tem grande influência nas formas de se relacionar, de pensar e de sentir. BERNSTEIN, B. *A estruturação do discurso pedagógico: classe, códigos e controle*, p.190.

Retomando a questão do contexto cabe situar o campo de atuação do grupo social deste estudo. O autor se refere basicamente a dois campos de atuação: o campo econômico e o campo do controle simbólico³⁰. Este último se refere ao conjunto de agentes e agências que se especializam nos códigos discursivos que eles dominam.

As agências do campo do controle simbólico de acordo com as suas funções são classificadas como: **reguladoras** quando buscam manter os limites das pessoas e atividades, sendo específicas destas o sistema legal (sistema carcerário, polícia) e religioso; **reparadoras** quando têm a função de diagnosticar, prevenir, reparar, isolar o que se relaciona com as perturbações corporais, mentais e sociais (serviços médicos, psiquiátricos e sociais); **reprodutoras** referem-se ao sistema educacional e têm como agentes principais os professores; **difusoras** referem-se à difusão que se dá através das agências de comunicação do Estado, teatro, ópera, música, exposições de arte; **modeladoras** estão relacionadas à criação (arte ou ciência) e possibilitam mudanças ou desenvolvimento, cujas agências são as universidades, centros e conselhos de pesquisa e fundações; **executoras** têm função administrativa e se refere a administração pública, governo central e local (Bernstein, 1996, p.195-7).

³⁰ Controle simbólico é o meio pelo qual a consciência recebe uma forma especializada e é distribuída através de formas de comunicação, as quais conduzem uma determinada distribuição de poder e categorias culturais dominantes. BERNSTEIN, B. *A estruturação do discurso pedagógico: classe, códigos e controle*, p.197.

Partindo desse referencial, podemos situar esta investigação no campo do controle simbólico, pois a pesquisa está voltada para a análise das representações de professores. As principais agências em que estes atuam são as reprodutoras/modeladoras, que se referem ao campo da educação, lugar onde o controle simbólico encontra o seu terreno mais fértil:

O que é afinal um sistema de ensino senão uma ritualização da palavra; senão uma qualificação e uma fixação de papéis para os sujeitos que falam, senão a constituição de um grupo doutrinário ao menos difuso; senão uma distribuição e uma apropriação do discurso com seus poderes e seus saberes ? (Foucault, 1996, p. 44-5)

Ocorre que o discurso pedagógico embute um discurso de competência, que se refere a diferentes saberes especializados, num discurso de ordem social, de uma tal forma que o último sempre domina o primeiro (Bernstein, 1996).

Não significa, no entanto, que as funções das outras agências (reparadora, reguladora, executora) não devam ser consideradas neste estudo. É preciso lembrar que a enfermagem é uma prática que se desenvolve na área da saúde, assim o seu ensino tem relação direta com as funções das **agências reparadoras** (unidades de saúde, hospitais, clínicas, etc.).

Os serviços de saúde, por sua vez, buscam também monitorar e manter os limites das pessoas e das atividades, o que pode ser observado nas

normas estabelecidas pelas instituições em que estas não significam necessariamente relação com a promoção e a recuperação da saúde das pessoas. Situação esta muito bem analisada por Polak (1997) em sua tese de doutorado "A corporeidade como resgate do humano na enfermagem". O corpo ritualizado é uma das temáticas abordadas pela autora; retrata o contexto hospitalar como o lugar de segregação dos corpos com suas rotinas preestabelecidas, que limitam tanto a expressão como a satisfação das necessidades dos indivíduos.

A organização de instituições hospitalares afastadas dos centros urbanos visando segregar os que sofrem de distúrbios mentais e de doenças infecto-contagiosas, muitas ainda existentes hoje, são exemplos deste tipo de agências em que a **função reguladora** e a **função reparadora** se entrecruzam e se justificam. Foucault (1995), ao analisar as instituições para doentes mentais, deixa bem evidente a função reguladora deste tipo de instituição.

Quanto à função **executora** cabe mencionar que os professores, com frequência, também assumem cargos administrativos nas instituições de ensino, sendo comuns os cargos de chefia de departamento e de coordenação de cursos de graduação e pós-graduação.

Uma vez apresentados os campos, as agências e os agentes dos discursos, importa agora compreender como estes se constituem. Neste sentido, interessa retomar as idéias de Bernstein (1996, p.28). Para esse autor são as relações de classe que têm sua fonte na divisão social do trabalho que "[...] geram, distribuem, reproduzem e legitimam formas distintas de comunicação, as quais

transmitem códigos que ao serem adquiridos posicionam os sujeitos diferentemente”³¹. É neste processo de posicionamento que se constitui a ideologia³² que, por sua vez, regula as formas de relação.

Para compreender como se organiza esta comunicação, Bernstein (1996) demonstra que na divisão social do trabalho têm-se categorias especializadas (no caso da escola, estas são constituídas pelo conjunto de transmissores - professores e pelo conjunto de adquirentes - alunos) e relações sociais (que se referem às práticas entre professores e alunos ou entre os diferentes professores e os diferentes alunos).

A forma assumida por essas práticas, isto é, o seu grau de especificidade, depende inteiramente da relação entre categorias (a relação “entre” regula a relação “dentro”). Uma vez que estas se tornam especializadas, suas práticas também o serão.

Assim, as práticas são vistas pelo referido autor como a “mensagem” da categoria, já a “voz” de uma categoria social, traduzida por um

³¹ Por relações de classe o autor entende as desigualdades na distribuição do poder e nos princípios de controle entre grupos sociais, princípios estes que têm sua fonte na divisão social do trabalho. Código é um princípio regulativo, tacitamente adquirido que integra e seleciona: significados relevantes que se traduzem em práticas discursivas; formas de realização que se traduzem em práticas de transmissão e contextos evocadores que se traduzem em práticas organizacionais. BERNSTEIN, B. *A estruturação do discurso pedagógico: classe, códigos e controle*, p.27-30.

³² A ideologia, por sua vez, opera mediante três mecanismos: inversão ao colocar os efeitos no lugar das causas; produção do imaginário social ao colocar imagens da vivência social as reproduz transformando-as num conjunto coerente e sistemático de idéias que operam mediante representações sociais da realidade e um sistema prescritivo de normas e valores; silêncio ao instituir o processo seletivo do que pode e do que não pode ser dito. CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*, p.174-5.

discurso acadêmico, de um determinado gênero ou de uma determinada profissão, por exemplo, é constituído pelo grau de especialização das regras discursivas que regulam e legitimam as formas de comunicação. Deste modo, voz é semelhante a registro, mas a sua realização em um contexto local implica limites.

Existe, assim, uma cadeia casual entre significados relevantes, realizações e contexto que se explica da seguinte forma: um discurso comporta significados privilegiantes e privilegiadas. Privilegiante refere-se ao poder que é conferido ao falante em decorrência de significados selecionados; privilegiada refere-se ao controle exercido pelo falante ao selecionar significados no interior de um contexto (Ex. relação entre enfermeiro e paciente no caso de educação em saúde). Isto significa que o **poder** sobre a comunicação é extracontextual, mas o modo como este poder se manifesta no interior de qualquer contexto, sua regulação local de comunicação depende do **controle** da comunicação no interior do contexto, conforme representação **abaixo**:



Fonte: Bernstein, 1996 p. 31

Para que seja mantida a ordem social, que pressupõe relações de poder, as relações entre as categorias precisam ser conservadas para o qual se faz

necessária a existência de reprodutores, reparadores e controladores para manter o isolamento entre as categorias, mas ao mesmo tempo:

O controle simbólico, que inscreve o legítimo, traduz o poder em discurso e o discurso em modalidades de cultura, pode perfeitamente, de forma involuntária, também ser o guardião da possibilidade do novo. Existe um paradoxo no centro do controle simbólico. O controle não pode controlar a si próprio, da mesma forma que o discurso não pode controlar o discurso. O controle simbólico, sempre uma condição para a ordem de um outro, carrega consigo o potencial para transformar a ordem desse outro que lhe é imposto. (Bernstein, 1996, p.223)

Com isto o autor indica um espaço de autonomia e a possibilidade da intervenção, e isto se dá porque os grupos sociais, ao mesmo tempo que assimilam concepções voltadas para a conservação, trazem em si o potencial para a transformação; ao mesmo tempo que apreendem a realidade social objetivada, produzem continuamente esta realidade. “O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (Foucault, 1996, p.10). Significa que existe nos grupos sociais um potencial para transformação e, mesmo que suas práticas se mostrem fragmentadas e incapazes de alterar as formas de pensar e agir, esta transformação ocorre. Mas esta só



encontra sua razão de ser se as intervenções feitas estiverem calcadas na solidariedade humana e na justiça social.

Optou-se, assim, neste estudo, captar mediante as mensagens dos agentes (professores de enfermagem) os significados que estes atribuem à competência técnico-científica e política, identificando o potencial para a transformação existente neste grupo específico.

4.2 O PROCESSO DE CAPTAÇÃO DA REALIDADE EMPÍRICA

A presente investigação situa-se no campo educacional (campo do controle simbólico), na área do ensino de enfermagem e foi desenvolvida em sete instituições de ensino superior do Estado do Paraná que oferecem curso de graduação em Enfermagem (agências).

A escolha dessas instituições, neste estudo, busca contribuir com as discussões sobre o processo de formação do enfermeiro, prática já instituída em outros estados, conforme recomendação do 1º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil - SENADEN/1994 promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem.

A idéia é criar espaços de discussão sobre as questões do ensino a partir dos problemas específicos da região, subsidiando seminários nacionais na proposição de recomendações para o ensino da enfermagem.



O estudo foi desenvolvido em duas etapas: a **primeira etapa** buscou conhecer aspectos referentes às condições institucionais para o ensino da enfermagem possibilitando maior aproximação com o contexto dos agentes, já que este assume importância fundamental na compreensão das suas mensagens; a **segunda etapa** foi desdobrada em duas partes. A **primeira parte** refere-se à identificação do perfil dos agentes e teve como finalidade facilitar a compreensão das idéias que os agentes deste campo expressam sobre a temática deste estudo. A **segunda parte** dessa etapa refere-se à questão central do estudo, ou seja, aos significados atribuídos pelos sujeitos à competência técnico-científica e política do enfermeiro.

1º Etapa - Participaram desta etapa da pesquisa coordenadores de curso/colegiado ou chefes de departamento das instituições selecionadas, totalizando sete sujeitos.

Para caracterizar o contexto dos agentes foram realizadas entrevistas semi-estruturadas cujo roteiro (anexo nº 7) foi elaborado com base no Parecer 314/94-CFE (anexo nº. 5), que indica:

A ampliação e a permanente atualização do processo de formação devem ser garantidas através da flexibilização curricular; integração ensino-serviço; criação/manutenção/consolidação de grupos de pesquisa; recursos bibliográficos e didáticos; qualificação do corpo docente e intercâmbios interinstitucionais.



Tais requisitos indicados pelo Parecer 314/94-CFE apresentaram-se como adequados para o estudo, pois permitiram obter um retrato geral das condições institucionais necessárias para viabilizar o ensino da enfermagem. Outro aspecto considerado é que a interpretação e os conceitos existentes a respeito destes requisitos pelos coordenadores/chefes de departamento também são entendidos como condições do contexto.

2º Etapa - Participaram desta etapa da pesquisa 14 professores, sendo dois de cada um dos Cursos de Enfermagem selecionados, um professor envolvido com o ensino em disciplinas voltadas para área hospitalar e o outro, com o ensino em disciplinas voltadas para área de saúde coletiva.

A escolha dos professores envolvidos com disciplinas de enfoque diferente teve como objetivo identificar as diferentes representações sobre o mesmo fenômeno, já que as concepções sobre a formação do enfermeiro destes dois grupos poderiam se mostrar divergentes, tendo em vista que as suas práticas apresentam especificidades.

Na primeira parte desta etapa os dados foram obtidos mediante entrevista semi-estruturada cujo roteiro (anexo nº 8) contempla questões relacionadas à docência, tais como: formação acadêmica, atividades desenvolvidas no ensino/pesquisa/extensão, busca de aprimoramento técnico-científico na área de atuação, participação em órgãos de classe, conselhos de saúde, associações e participação em eventos relacionados ao ensino da enfermagem.



Na segunda parte desta etapa da pesquisa, as informações foram obtidas mediante entrevista aberta (anexo nº 9) a partir das seguintes questões: qual é a compreensão sobre competência técnico-científica e política do enfermeiro e de que forma buscam propiciar tal competência no ensino da enfermagem. Estas questões tiveram como finalidade identificar as representações sociais dos agentes acerca do núcleo temático deste estudo. Tendo em vista que consta do Parecer 314/94-CFE que a competência técnico-científica e política é um requisito para a terminalidade do processo de formação do enfermeiro, podemos considerar esta indicação como a **voz** de uma categoria especializada “enfermeiros” e os significados atribuídos a esta indicação pelos professores de Enfermagem como a **mensagem**.

Na 1ª etapa, participaram os agentes que integravam o grupo social mais relevante para o estudo, de modo que os critérios de inclusão foram: ocupar cargo de coordenador de curso ou de colegiado e, em não havendo este cargo na instituição, ser chefe de departamento. Entende-se que estes cargos propiciam maior conhecimento do contexto institucional em decorrência das atividades exercidas.

Na 2ª etapa os critérios estabelecidos para a inclusão dos agentes foram: estar no exercício da docência em disciplinas de enfermagem voltadas para a área hospitalar ou para saúde coletiva e ter interesse em participar das entrevistas. Para esta etapa foram previstas inicialmente quatorze entrevistas, número que poderia ser ampliado caso se mostrasse necessário, mas como não



foram constatadas diferenças significativas nas mensagens dos agentes de uma instituição para outra, considerou-se este número de entrevistas suficientes.

O primeiro contato foi feito por telefone com o coordenador ou chefe do departamento de enfermagem da instituição esclarecendo-se os objetivos e a natureza do estudo. Foi solicitada então a sua participação para a caracterização do cenário e colaboração para a indicação de dois professores, da sua instituição para compor a amostra referente à 2ª etapa da pesquisa. Atuaram, assim, como mediadores para aproximação do pesquisador com os professores a serem entrevistados.

Após este contato telefônico foi formalizada a participação mediante uma carta com explicações sobre o trabalho, solicitando colaboração para a realização da pesquisa. Na sequência foi organizado um cronograma, de comum acordo com o responsável pelo curso, para a realização das entrevistas, que foram feitas pelo autor nos meses de maio e junho de 1997 no horário e local de trabalho dos sujeitos, tendo sido assegurado aos coordenadores/chefes de departamento e professores que participaram deste estudo que o material coletado seria tratado de modo que não possibilitasse a identificação.

Entre as técnicas adequadas para captar a realidade empírica no campo educacional, situa-se a entrevista (semi-estruturada e aberta). Mas a opção por uma determinada técnica deve ter estreita relação com o referencial teórico-analítico e o tipo de esclarecimento que se busca com o objeto da investigação. Neste estudo a entrevista foi considerada como sendo a que melhor poderia



propiciar a compreensão do fenômeno - objeto do estudo: a compreensão dos significados atribuídos pelos professores de enfermagem sobre a competência técnico-científica e política do enfermeiro.

Conforme indica Minayo (1992), a entrevista é considerada um instrumento privilegiado para a coleta das informações pela possibilidade de a fala revelar as representações sociais de grupos determinados em condições históricas específicas. Neste estudo o instrumento para a realização das entrevistas foi organizado de modo a contemplar questões que direta ou indiretamente possibilitassem maior aproximação do objeto da investigação.

Inicialmente, foi feito um estudo piloto com três professores de enfermagem de diferentes instituições de ensino o que permitiu estruturar as questões de forma mais compreensiva para os professores selecionados para o estudo.

Na realização das entrevistas buscou-se já de início esclarecer os agentes sobre os objetivos do estudo e como estes foram selecionados explicando a importância da sua participação. Utilizou-se este momento para deixar o entrevistado discorrer de forma mais espontânea sobre as questões.

A preocupação em captar o discurso de forma integral tornou necessária a gravação das entrevistas. Foi então solicitada permissão para isso, tendo havido concordância por parte de todos os agentes que consideraram o procedimento como necessário à pesquisa.



No decorrer da pesquisa, buscou-se dar atenção constante às falas estimulando o prosseguimento dentro da temática proposta.

Para possibilitar a análise das mensagens, tornou-se necessário transcrever o conteúdo das entrevistas integralmente, não se desgravando nenhuma entrevista para possibilitar a sua retomada caso se fizesse necessário.

Após a transcrição, as entrevistas foram analisadas pela autora mediante referencial teórico-analítico selecionado para este trabalho.

A pesquisa foi realizada no Estado do Paraná junto a sete Cursos de Graduação em Enfermagem ofertados por Instituições de Ensino Superior, sendo uma federal, quatro estaduais e duas particulares.

Com exceção do Curso de Enfermagem ofertado pela PUC/PR, que foi criado em 1954 na Escola de Enfermagem Madre Léonie e agregado à então Universidade Católica do Paraná em 1960, os demais cursos tiveram seu início na década de 1970 e início da década de 1980 (Magalhães, 1991), conforme quadro nº 1.



5 APROXIMAÇÕES COM O CONTEXTO DOS AGENTES

5.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

O contexto aqui descrito é o espaço em que os agentes desta investigação realizam a sua prática pedagógica. Quem retrata este cenário são os coordenadores/chefes de departamento dos Cursos de Enfermagem selecionados para este estudo. Tem como finalidade propiciar uma maior aproximação com o contexto dos agentes deste campo.

A pesquisa foi realizada no Estado do Paraná junto a sete Cursos de Graduação em Enfermagem ofertados por Instituições de Ensino Superior, sendo uma federal, quatro estaduais e duas particulares.

Com exceção do Curso de Enfermagem ofertado pela PUC/PR, que foi criado em 1954 na Escola de Enfermagem Madre Léonie e agregado a então Universidade Católica do Paraná em 1960, os demais cursos tiveram seu início na década de 1970 e início da década de 1980 (Magalhães, 1991), conforme quadro nº 1.

CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO	
1-Enfermagem Clínica-Cirurgia	1-Enfermagem em Centro Cirúrgico
2-Enfermagem em emergências	2-Metodologia de ensino, pesquisa e assistência
3-Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva	3-Saúde do trabalhador
4-Enfermagem em obstetrícia	4-Enfermagem em pediatria
5-Enfermagem em geriatria	6-Enfermagem em saúde da mulher
7-Enfermagem em saúde da população	8-Enfermagem em saúde do trabalhador

Quadro 1 – Instituições de Ensino Superior com Cursos de Graduação em Enfermagem e Cursos de Pós-Graduação em Enfermagem

INSTITUIÇÃO	MUNICÍPIO	* INÍCIO DO CURSO	CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ (PUC/PR)	Curitiba	1954	1-Enfermagem Clínica-Cirúrgica 2-Enfermagem em emergências
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (UEL)	Londrina	1972	1-Enfermagem em Centro Cirúrgico 2-Metodologia de ensino, pesquisa e assistência.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)	Curitiba	1975	1-Assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva 2-Assistência de enfermagem em obstetrícia 3-Saúde do trabalhador
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE)	Cascavel	1978	1-O processo de trabalho, o cotidiano e a organização do processo de trabalho
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE LONDRINA (CESULON)	Londrina	1980	1-Gerência Assistencial de enfermagem na saúde do adulto 1-Saúde Coletiva
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ (UEM)	Maringá	1981	2-Administração da assistência de enfermagem 1-Saúde do Trabalhador
FACULDADE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS E LETRAS DE PARANAVAÍ	Paranavaí	1982	

Fonte: Dados da Pesquisa

Os Cursos de Enfermagem do Estado do Paraná, como os demais em todo o país, procederam a uma reformulação do seu currículo em função do novo Currículo Mínimo, Portaria 1721/94-MEC, que fixou o ano de 1996 para sua implantação. Como as instituições têm prazos internos para encaminhamento de novas propostas curriculares aos Conselhos Superiores da Instituição, muitos currículos tiveram que ser concluídos antes do segundo semestre letivo de 1996.

Na maioria dos cursos, o pouco tempo disponível para elaborar a reformulação curricular e a definição de carga horária por área temática estabelecida pelo currículo mínimo foram as maiores dificuldades que surgiram. A determinação da carga horária por área temática causou impasses principalmente com os professores das disciplinas da área biológica, pois estes entendem que devem ter uma carga horária maior e em alguns casos foi necessário até reduzir a carga horária dessas disciplinas.

Em muitos desses casos não há de fato necessidade de maior carga horária, se o conteúdo for direcionado especificamente para as necessidades de formação do enfermeiro, mas, como afirmou uma coordenadora, existe a questão da carga horária por departamento que é tomada como base para cálculo de novas vagas para docentes. Esta é uma questão que retrata muito bem a influência do contexto nas mensagens.

Outras dificuldades indicadas referem-se a: interpretação da legislação, concomitância de dois currículos e pouca disponibilidade dos docentes



para as discussões sobre o processo de formação. A ênfase maior das dificuldades para a reformulação, no entanto, esteve centrada no cumprimento da legislação.

O que pode ser percebido é que, dado o prazo restrito para a implantação do novo currículo, buscou-se dar maior atenção a adequação das disciplinas por área temática e carga horária estabelecida pela legislação. Algumas manifestações deixam evidente esta situação:

Os professores foram convocados a ficar quase de plantão para cumprir o prazo estipulado, não é o currículo que nos queríamos mas é o currículo possível.

Este foi um processo muito atropelado.

Deixamos o currículo de um jeito que é possível modificar se ocorrerem dificuldades.

Percebe-se também que existem ainda questões não bem definidas em alguns cursos, principalmente com disciplinas de final de curso, constatando-se dúvidas, por exemplo, sobre a forma de operacionalizar os estágios.

Em relação à pós-graduação, há somente oferta de cursos de especialização, sendo que uma Universidade está integrada à Rede de Pós-



Graduação da Região Sul - REPENSUL, para a qualificação dos docentes de enfermagem em nível de mestrado e doutorado.

A inexistência de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, nessas instituições, tem dificultado a qualificação do corpo docente, que precisa se deslocar para outros estados quando deseja cursar mestrado ou doutorado; há ainda a dificuldade para obter afastamentos em decorrência do reduzido número de docentes de Enfermagem nos cursos.

O quadro nº 2 deixa evidente a qualificação existente. Dos 210 professores 19 possuem tão-somente a graduação, 107 são especialistas, 37 são mestres e apenas 4 doutores, sendo que, de acordo com Stefanelli (1997), existem no país 227 doutores e 1.200 mestres. Pode verificar-se, no entanto, que há interesse por parte dos docentes com a sua qualificação, pois, constatou-se ainda a existência de 24 mestrandos e 19 doutorandos, mesmo sendo necessário deslocar-se para outros estados para obter as respectivas qualificações.

Pode observar-se ainda um movimento voltado para a criação de mestrados interinstitucionais, o que possibilitará maior facilidade na qualificação dos professores.

O Mestrado em Enfermagem teve seu início no país em 1972, existindo atualmente 12 programas de Mestrado em funcionamento. Destes, 8 estão na região Sudeste, três na região Norte e um na região Sul, que mantém quatro pólos de mestrado expandido (REPENSUL) nesta região e um mestrado interinstitucional. O Doutorado em Enfermagem só foi organizado em 1981, com



um doutorado interunidades - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/SP e Escola de Enfermagem da USP/SP. Atualmente existem no país apenas 6 cursos , sendo 5 na região Sudeste e um na região Sul. (Álmeida et al. 1995, Stefanelli, 1997).

Podemos visualizar ainda pelo quadro nº 2 o expressivo número de docentes em regime de trabalho de 20 horas/semanais ou até menos e o número insuficiente de professores de enfermagem por curso, se compararmos com a entrada de alunos por ano e a divisão das turmas para as aulas práticas e os estágios que são realizados com supervisão direta.

Não foram considerados neste estudo os professores de outros departamentos, uma vez que ministram aulas para cursos diferentes com carga horária de 2 a 4 horas semanais em média. Existe também a situação de uma disciplina ser ministrada por diversos professores.

Quadro 2 - Quantitativo de docentes por regima de trabalho, Titulação e entrada de alunos por ano

Instituição	GRADUADO			ESPECIALISTA					MESTRE				DOUTOR	MESTRANDO			DTDO	Total	Entrada
	20-30	40	DE	*Hora Aula	20	20-30	40	DE	20	20-30	40	DE	DE	20-30	40	DE	DE		Alunos/ ano
A						3		5	1			4	2			7	7	29	57
B				12						6	1			2	1			22	70
C						9		19	1			10				2	1	42	60
D	2					20			1									23	50
E			11									11	1			8	9	40	40
F	1					10	3											14	40
G	3	1	1		2	9	3	12				2	1			4	2	40	40
TOTAL	6	1	12	12	2	51	6	36	3	6	1	27	4	2	1	21	19	210	357

Fonte: Dados da Pesquisa

(*)Variável de 4 a 40 horas

5.1.1 - Flexibilidade Curricular

O significado de flexibilidade curricular pode ser interpretado a partir de um amplo leque: desde uma compreensão mais restrita como aquela que permite maior mobilidade para o aluno cursar as disciplinas sem muitos pré-requisitos, ou a organização do currículo com disciplinas obrigatórias para os conteúdos considerados nucleares na formação e com um leque de disciplinas optativas para complementar esta formação, até uma organização curricular por áreas temáticas com ênfase na abordagem interdisciplinar ou transdisciplinar e na integração ensino-serviço-comunidade.

Ao se referirem à flexibilidade curricular dos cursos, a maioria reportou-se à existência ou não de pré-requisitos ou de limite de dependências em disciplinas para o aluno prosseguir o curso.

Em relação aos currículos dos Cursos estudados, as opiniões dos entrevistados indicam que, de modo geral, melhorou a flexibilidade curricular se comparado ao currículo anterior embora em alguns cursos o currículo seja ainda considerado muito “amarrado” conforme as manifestações abaixo:

Melhorou em relação ao currículo anterior, mas ainda existe exigência de muitos pré-requisitos pela maioria dos docentes, o que amarra muito.

O currículo é flexível, o aluno que se atrasa em disciplinas pode cursar em outro departamento que as oferte compatibilizando melhor os horários.

Não existem pré-requisitos mas para prosseguir o curso o aluno pode ter no máximo três dependências.

O currículo ficou flexível pela introdução de disciplinas da área fundamental desde o primeiro ano do curso inclusive com prática em unidade de saúde. Praticamente não existem pré-requisitos, o aluno pode prosseguir no curso desde que não ultrapasse três dependências. Quando reprova por falta tranca todo o curso.

O currículo foi organizado de forma que possa ser alterado durante a sua implantação, se for necessário. Não existem pré-requisitos o que é negativo, pois o aluno pode estar no final do curso e estar cursando ainda disciplinas do início o que acarreta dificuldades para compatibilizar horário para as aulas e os estágios.



O currículo não é flexível, não tem pré-requisitos determinados, mas após o segundo ano quando o aluno reprova numa disciplina não pode prosseguir.

Não há pré-requisitos, mas é amarrado em dependências.

Quando reprova em duas disciplinas não pode prosseguir.

Houve avanços, mas ainda existem problemas com a carga horária. Foi possível deixar um espaço maior para atividade acadêmica complementar. Até duas reprovações o aluno pode prosseguir.

Na maioria dos cursos os entrevistados consideraram que melhorou a flexibilização curricular, mas apontam dificuldades como a exigência de pré-requisitos por parte dos professores que, de modo geral, decorre da preocupação com o domínio de conteúdos para a compreensão da etapa curricular seguinte, mas, às vezes, denota tão-somente uma preocupação com o controle dos alunos por período ou série. Apontam também o limite de dependências para o aluno prosseguir o curso e os prazos existentes para novas reformulações como limitadores da flexibilização, limites estes estabelecidos pela instituição.

A introdução de disciplinas da área fundamental já no início do curso quebrando com a seqüência rígida do currículo anterior de ciclo básico e

ciclo profissionalizante foi considerada por um dos cursos como flexibilização curricular.

Os cursos organizaram seus currículos só com disciplinas obrigatórias e com carga horária muito próxima do mínimo exigido, sem oferta de disciplinas optativas, conforme quadro nº 3. Apresentar um leque de disciplinas optativas pressupõe um número suficiente de professores para ministrá-las o que não ocorre nos cursos estudados, que têm lutado por ampliação de vagas sem muito sucesso. Algumas instituições estabelecem uma carga horária em torno de 150 horas para atividades de livre escolha do aluno, mas esta exigência é para todos os cursos da instituição.

Ao nos referirmos às disciplinas optativas, cabe mencionar a questão da licenciatura em Enfermagem que vinha sendo ofertada por diversos cursos como optativa. A proposta do novo currículo mínimo, discutida em nível nacional contemplava a licenciatura como obrigatória para os cursos. Esta proposta tinha a intenção de propiciar a instrumentalização do enfermeiro para o magistério de 1º e 2º graus, principalmente para a docência em cursos de auxiliar e técnico de enfermagem, como também para as atividades educativas inerentes à prática do enfermeiro como a educação em saúde e a educação continuada no âmbito dos serviços. A Portaria 1721-MEC não contemplou esta proposta, além de retirar a matéria de “didática aplicada a enfermagem” do currículo mínimo. No quadro nº 3 pode-se perceber que apenas dois cursos ofertam licenciatura como obrigatória e um curso oferta a licenciatura como optativa. Mas, com



exceção de um curso, os demais mantêm uma disciplina pedagógica no currículo pleno.

CURSO	CARGA HORÁRIA TOTAL	FORMAÇÃO PEDAGÓGICA		
		LICENCIATURA		Disciplina Ped. Inserida no currículo
		OPTATIVA	OBRIGAT	
A	3600	X		X
B	3680	-	X	X
C	3808	-	-	X
D	3780	-	-	X
E	4017	-	-	X
F	3920	-	-	X
G	3900	-	X	

Fonte: Dados da Pesquisa

Quadro 3 - Carga Horária dos Cursos e Formação Pedagógica

CURSO	CARGA HORÁRIA TOTAL	FORMAÇÃO PEDAGÓGICA		
		LICENCIATURA		Disciplina Ped. Inserida no currículo
		OPTATIVA	OBRIGAT	
A	3600	X	-	X
B	3680	-	X	X
C	3808	-	-	X
D	3780	-	-	X
E	4017	-	-	X
F	3920	-	-	X
G	3900	-	X	-

Fonte: Dados da Pesquisa

5.1.2 - Integração ensino-serviço

A integração ensino-serviço é vista como uma questão preocupante pelos Cursos de Enfermagem. As diferentes manifestações indicam dificuldades nesta relação e, embora existam algumas iniciativas, a maioria ainda não tem resultados concretos o que pode ser percebido pelas respostas dadas:

É complicado, quando ocorre é em nível pessoal. Atualmente temos uma docente na direção do serviço de um hospital que é campo de estágio, o projeto de extensão de articulação docência-serviço que foi financiado pela Fundação Kellogs, foi uma tentativa para viabilizar esta integração agora em fase final. Há também uma articulação com uma unidade de saúde como proposta institucional do setor de saúde, mas as dificuldades ainda persistem. Parece não existir clareza por parte do serviço sobre o que é integração; consideram que os docentes deveriam assumir atividades do serviço. O reduzido número de docentes dificulta também a integração.

Não é fácil, os professores são horistas e não têm carga horária para se envolver com o serviço.



A gente vê a questão da integração como um desafio porque sempre surgem dificuldades, porque não temos um hospital de ensino específico para o nosso curso. Assim, não trabalhamos com uma equipe, mas com várias equipes ao mesmo tempo.

É uma grande briga nossa também. A direção não aceitava que tivéssemos outro vínculo com a Instituição (um de ensino e outro de serviço) Hoje a maioria dos professores tem dois vínculos.

Estamos iniciando. A partir da assinatura de um convênio com o hospital, a direção de enfermagem será exercida por uma docente. Isto é um início mas não dá para dizer que já existe.

A integração ocorreu bastante com a implantação do internato de enfermagem que foi organizado em conjunto com o serviço e a partir do Projeto de integração ensino-serviço-comunidade financiado pela Fundação Kellogs.

É difícil, quando ocorre é em nível pessoal, existem até projetos mas não funcionam.



Embora os Cursos de Enfermagem tenham “utilizado” os serviços de saúde para o ensino prático desde o seu surgimento no início deste século (1923), a relação do ensino com o serviço não tem sido fácil de ser operacionalizada. Diversos estudos que enfatizam a integração docente assistencial (IDA) como estratégia de articulação ensino-serviço, Rodrigues (1979), Souza (1992), Paim (1993), Egry & Fonseca (1994), e Marsiglia (1995), retomam as primeiras experiências, as concepções existentes e as novas propostas e deixam evidente que esta relação ainda reflete uma distância muito grande entre o ensino e a assistência.

As primeiras experiências de IDA ocorreram quando as universidades passaram a ter seus próprios serviços de saúde e os docentes assumiram o controle administrativo dos serviços com funções docentes e assistenciais. Estes serviços assistenciais tinham como objetivo constituir um espaço para o ensino, portanto a assistência ficava em plano secundário. Os pacientes eram “[...] submetidos às relações de dominação que caracterizam o padrão de proteção social baseado no assistencialismo”, não tinham direitos, deveriam aceitar passivamente o que lhes era ofertado. É neste contexto que se dava o ensino, ao aluno era possibilitado a aprendizagem das mais variadas técnicas, mas ele não aprendia nada sobre cidadania (Marsiglia, 1995, p.15).

Havia também na época os chamados “laboratórios de comunidade” que constituíam espaço para o ensino e que deveria servir de modelo para o sistema de saúde, o que não se tornava possível por questões

financeiras e de qualificação de recursos humanos que a rede de saúde não possuía (Egry & Fonseca, 1994).

Na década de 1960 surgiram os programas de medicina comunitária voltados para os grupos marginalizados totalmente desvinculados dos serviços, bem como os programas de extensão das universidades da década de 1970 nos quais nem a comunidade e nem os serviços interferiam.

De acordo com Souza (1992), a expressão “integração docente-assistencial” surgiu na década de 1970 no bojo da crítica ao modelo de ensino na área da saúde. Começa então, a ser preconizado que o ensino deveria ocorrer em ambiente natural. Nesta época, contrapunham-se nitidamente a assistência prestada pelos serviços públicos e privados e aquela ofertada pelas universidades.

Para que o ensino pudesse ser relacionado com a realidade deveria ocorrer nos serviços existentes, na comunidade e não em espaços criados especialmente para ele. Tal medida, no entanto, isoladamente não assegura uma efetiva integração, pois, é preciso que ocorra “[...] alteração substancial, de ordem qualitativa nas relações entre a instituição acadêmica e a de orientação de serviços... com um fluxo de influências recíprocas” (Rodrigues 1979, p.5-6). Dessa forma, o ensino passaria a incorporar aspectos dos serviços e estes absorveriam os avanços científicos alcançados pela instituição de ensino visando à melhoria da assistência à saúde.

Na década de 1980, no bojo das discussões para a reformulação do Sistema Único de Saúde, a questão da formação dos recursos humanos passa a

ser motivo de reflexão maior e se reforça a idéia de o ensino ser desenvolvido nos serviços de saúde já existentes. Seria propiciada, deste modo, participação concreta de professores e alunos na construção deste novo sistema.

A partir daí surgem propostas como as de Paim (1993), que vincula IDA a organização dos distritos sanitários utilizando-se para o ensino o enfoque por problemas. Considera que os Distritos Sanitários Docente-Assistenciais (DSDA) estimulariam o envolvimento e o compromisso da Universidade com os problemas identificados no território, bem como na análise dos determinantes e na prestação do serviço. Considera ainda que tal estratégia possibilita a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade e a intersetorialidade na redefinição das práticas de saúde.

O que se constata nos cursos estudados é que existem diversas modalidades de relação ensino-serviço que, por sua vez, refletem diferentes concepções de integração.

Segundo Vidal e Qinôns citado por Paim (1993, p.45), a integração ensino serviço é:

Processo de crescente articulação entre as instituições de educação e de serviços de saúde para melhorar a atenção à saúde, orientar a produção de conhecimentos e a formação de pessoal, tomando como base o perfil epidemiológico num determinado contexto populacional e regionalizado, que permite a continuidade do processo

educacional (processo de educação permanente) que nasça do trabalho e seja capaz de transformá-lo.

Nessa perspectiva, para que ocorra tal integração requerem-se novas concepções de ensino e novas práticas de saúde. É muito mais do que ter um hospital de ensino, ter vínculo empregatício com o serviço, ou ter um docente na direção dos serviços. Como afirma Paim (1993), requer-se uma revisão crítica do conhecimento, das metodologias de ensino e da prática dos profissionais de saúde.

Uma outra questão que vem sendo considerada nesta articulação do ensino com o serviço é a participação da comunidade, enfatizada nos projetos UNI financiados pela Fundação Kelloggs, que tem como proposta

[...] aumentar as possibilidades de imprimir mudanças no modelo pedagógico, no modelo assistencial e na participação social visando a construção de sistemas de saúde voltados para o atendimento das reais necessidades e problemas de saúde da população (REDE-IDA, 1996, p.2).

5.1.3 - Criação/ manutenção e consolidação de grupos de pesquisa

No parecer 314/94-CFE a ênfase está colocada não na pesquisa individual mas naquela realizada por grupos de pesquisa. Nos cursos que participaram deste estudo é praticamente inexistente a pesquisa em grupo, o que



de certa forma está relacionado à inexistência de cursos de pós-graduação *stricto sensu* considerando que tradicionalmente a pesquisa se fortalece na pós-graduação.

As manifestações acerca da pesquisa indicam esta situação:

Estamos em uma fase incipiente na pesquisa, realmente estamos começando, ainda não temos uma produção para comemorarmos, mas já existem dois ou três professores interessados em fazer pesquisa.

A pesquisa é nossa parte mais fraca, temos poucos mestres e não temos ainda uma linha de pesquisa. Existem pesquisas individuais. Agora estamos propondo um mestrado interinstitucional e aí a pesquisa vai deslanchar.

Não temos pesquisas no departamento, mas participamos de grupos de pesquisa organizadas pelo coordenador de pesquisa e extensão na nossa instituição.

Não temos grupo de pesquisa no departamento. Agora está se iniciando um grupo em saúde da família.

Não começamos ainda a fazer pesquisa, estamos ainda ocupadas com a estrutura organizacional do curso. Temos dois projetos de extensão voltados para o idoso e a criança.

Temos poucos pesquisadores e poucas pesquisas. Só pesquisas individuais de dois ou três professores.

Temos dois grupos de pesquisa já consolidados na área da saúde do adulto e na área da metodologia da assistência e temos docentes participando de grupos de pesquisa coordenados por professores de outra Universidade.

De acordo com Almeida et al. (1995), até aproximadamente cinco anos atrás a produção científica oriunda da pós-graduação ficava restrita ao pesquisador individual. Mas as autoras consideram que estão ocorrendo mudanças quanto à realização da pesquisa em grupo, com envolvimento de alunos de graduação, pós-graduação, enfermeiros de serviço e outros profissionais.

Esta é uma prática considerada positiva pelas autoras porque favorece: a produção científica maior e mais rápida; o preenchimento de vazios do conhecimento em determinadas área; a socialização e democratização deste conhecimento; a possibilidade de intercâmbio ensino-serviço; a revitalização da pós-graduação e melhor definição das área e linhas de pesquisa.



Segundo Arruda et al. (1995, p.45-6), grupo de pesquisa consiste no agrupamento de pesquisadores, estudiosos e utilizadores de pesquisa que estudam um determinado tema de interesse comum. Podem ou não possuir projetos integrados conforme modalidades preconizadas pelo CNPq e podem realizar atividades de ensino e extensão.

No caso dos cursos envolvidos no estudo, é preocupante a referência de que existe pouca pesquisa, dois ou três professores, ou nenhuma como foi mencionado em um curso. A pesquisa é fundamental para o ensino de graduação. Hoje não se fala só em pesquisa do professor, seja individual ou em grupo, mas no ensino com pesquisa como forma de desenvolver a capacidade de aprender a aprender, de desenvolver a criatividade e o senso crítico, à medida que o aluno deixa de ser objeto do ensino para tornar-se parceiro de trabalho (Demo, 1997-A).

No entanto, se a pesquisa não faz parte da prática do professor, o ensino de graduação acaba por restringir-se à transmissão/assimilação do conhecimento existente, muitas vezes, sem nenhuma reflexão sobre a relação deste conhecimento com a realidade.

5.1.4 - Recursos bibliográficos

Pelas entrevistas feitas constata-se carência de recursos bibliográficos na maioria das instituições públicas, o que só vem a confirmar a

diminuição de investimentos do Estado nessa área. Nas instituições particulares o acervo bibliográfico é considerado muito bom.

Um grande problema é que os livros das ciências sociais utilizados pela Enfermagem estão localizados em outro local dificultando o acesso. Em relação aos livros da área da saúde, e nestes os de Enfermagem, a situação tem melhorado com a aquisição de novos livros e periódicos.

Temos uma biblioteca muito boa, não existe dificuldade para adquirir livros, a reclamação é com os professores que não solicitam tanto quanto os alunos gostariam.

A nossa biblioteca não é muito rica, tem pouco acervo bibliográfico. Agora que recebemos verba da Fundação Kellogs vai ser possível melhorar.

A biblioteca é razoavelmente boa, não temos dificuldade em adquirir livros ou periódicos.

Temos poucos recursos bibliográficos. Durante cinco anos não havia dinheiro para compra de livros. Agora começamos a



comprar com o dinheiro da especialização, mas isto é um absurdo é como colocar esparadrapo em deiscência.

É outra briga, uma grande briga, tem muito pouco, um ou dois exemplares de cada livro que a gente conhece, que a gente busca fora ou que alguém indica.

Temos carência, pouca quantidade, acho que temos um exemplar do que é produzido. Temos feito um esforço em montar uma biblioteca no próprio departamento além da biblioteca central.

Em duas das instituições estudadas, a forma de suprir a carência de material bibliográfico está sendo via busca de recursos financeiros de outras fontes retratando o pouco investimento em material bibliográfico essencial para o ensino, a pesquisa e a extensão.

Almeida et al. (1995), ao se referirem aos programas de pós-graduação em enfermagem afirmam que são poucos os que possuem um acervo atualizado em nível nacional e internacional e os títulos com coleção completa se concentram na região Sudeste do país.



5.1.5 - Recursos didáticos

Os recursos didáticos utilizados pelos professores dos Cursos de Enfermagem não fogem da situação de carência, desatualização e pouca qualidade manifestas nas instituições de ensino. Foram referidos recursos didáticos para aulas teóricas e práticas (laboratório de enfermagem)

Existem dificuldades, o material é feito pelos próprios professores e os aparelhos (TV, vídeo e retroprojetores), além de serem insuficientes, apresentam problema com a manutenção. Em relação ao laboratório foi feito um projeto especial para equipá-lo com material necessário, atualizado, mas não há verba disponível.

Temos todos os recursos necessários como aparelhos e ambiente adequado para projeção. O laboratório é bem equipado e está sendo inclusive ampliado.

É muito pobre.

5.1.6 - Intercâmbio interinstitucional

Não são bons e tem pouco, aí a gente fica disputando com outros profissionais.

Temos um laboratório de enfermagem, embora o espaço seja pobre mas o material existe. O que eu acho que falta é capacitação pedagógica dos professores.

Temos todos os recursos necessários, o laboratório foi ampliado e estamos querendo adquirir aparelhos e materiais para fazer atendimento de enfermagem.

Temos laboratório bem equipado, mas há carência de aparelhos e material para dar as aulas o que é consequência da política de ensino superior. É esta crise mesmo, aí falta retroprojektor, aí queima a lâmpada....

Embora apenas uma resposta se referira ao espaço físico, este também constitui um problema para alguns cursos que não têm salas disponíveis para orientação de alunos e até mesmo apresentam insuficiência de salas para aulas ou para grupos de pesquisa.

5.1.6 - Intercâmbio interinstitucional

Os intercâmbios são desejáveis pela possibilidade de apoio mútuo em áreas ainda pouco desenvolvidas, seja na de ensino de graduação, pós-graduação, ou pesquisa e extensão.



No Estado do Paraná, embora tenha sido feito referência sobre uma aproximação entre os cursos do Estado ou com outros estados, o intercâmbio interinstitucional oficializado existe apenas em um dos cursos e um outro com projeto encaminhado, ambos voltados para a oferta de cursos de pós-graduação *stricto sensu*. As respostas abaixo indicam a situação dos Cursos em termos deste intercâmbio:

O departamento está integrado à Rede de Pós-Graduação da Região Sul - REPENSUL para qualificação dos docentes.

Não temos intercâmbio oficializado institucionalmente, mas tentamos trabalhar com professores de outras universidades, daqui, de Santa Catarina e de São Paulo em cima de necessidades imediatas.

Está sendo feito o primeiro intercâmbio com a USP para o mestrado interinstitucional. Os nossos cursos estaduais são muito isolados, nem mesmo para a reformulação do currículo sentamos junto com outro curso daqui.

Não há intercâmbio, mas temos um bom relacionamento com a Universidade daqui, participamos juntos em cursos e jornadas



programados por eles ou por nós. Estamos pretendendo organizar agora um encontro de centro cirúrgico e centro de material.

É uma das coisas que eu mais lamento no Paraná. Não existe intercâmbio entre os cursos de enfermagem; a distância não é tão grande mas a gente não se comunica.

A gente faz contato com outras escolas para trazer profissionais para cursos e palestras. Temos um convênio com uma universidade para curso de especialização.

Nós queremos, mas ainda não existe.

É pertinente a preocupação de alguns cursos com o pouco contato existente entre as escolas do Estado, existem muitas dificuldades que são comuns e poderiam ser analisadas em conjunto favorecendo o surgimento de alternativas de solução. É desejável também que o intercâmbio se realize com instituições que possam dar suporte para as áreas de conhecimento menos desenvolvidas.

Como já foi mencionado anteriormente os tópicos utilizados para caracterizar o cenário constam do Parecer 314/94-CFE referente ao novo

Currículo Mínimo de Enfermagem e são considerados, quando existentes nas instituições, como “[...] garantia para a ampliação e permanente atualização do processo de formação” (Parecer 314/94-CFE, p.241).

Os dados coletados junto aos Cursos de Enfermagem, selecionados para esta pesquisa, possibilitaram uma aproximação do contexto dos agentes. Um contexto que revela inúmeras contradições entre o que é preconizado pelo Parecer 314/94-CFE e as efetivas condições institucionais.

Além das dificuldades que decorrem da insuficiência de recursos financeiros, tais como acervo bibliográfico e recursos didáticos insuficientes; espaço físico inadequado ou restrito; professores em número reduzido e em fase de qualificação, há que registrar a situação da pesquisa pouco desenvolvida na quase totalidade dos cursos selecionados, as dificuldades para efetivar a integração ensino-serviço, viabilizar o intercâmbio interinstitucional e seus reflexos na construção de um projeto pedagógico que possibilite a formação de enfermeiros para dar respostas às crescentes exigências que se colocam hoje no contexto de produção dos serviços de saúde.

Numa visão imediata da realidade poderíamos focalizar as dificuldades identificadas tão-somente no âmbito das instituições e no âmbito do próprios cursos. Isto é, a sua solução estaria residindo no desejo e na determinação da instituição e dos professores de Enfermagem em resolvê-los. Mas, assim, estaríamos considerando os problemas a partir dos seus efeitos e não das suas causas.

É preciso levar em consideração as determinações sociais do processo de formação do enfermeiro na análise de tais dificuldades; as políticas educacionais e de saúde e o poder hegemônico em vigor no setor saúde que historicamente tem conformado as práticas existentes.

A atual política de ajustes econômicos tem conduzido à crescente diminuição de recursos financeiros para a educação em todos os graus. As universidades públicas que já vinham sendo penalizadas ao longo dos anos, encontram-se hoje em uma situação extremamente grave colocando em risco até o seu pleno funcionamento. Por isso não foi surpresa constatar as carências referidas nas entrevistas realizadas. Cada vez mais coloca-se a responsabilidade em buscar recursos financeiros em cima das instituições e dos professores. A oferta de cursos de especialização e o desenvolvimento de projetos financiados por órgãos internacionais são exemplos citados nesta pesquisa.

Nas instituições particulares os professores enfrentam um outro tipo de dificuldade: a contratação por hora/aula, que limita o desenvolvimento da pesquisa, extensão, a própria integração ensino-serviço e a realização de cursos de pós-graduação *stricto-sensu*.

A limitação na criação de vagas para professores também traz problemas relacionados ao ensino (contratação de professores substitutos em caso de afastamentos) por tempo determinado e morosidade para o cumprimento do plano de qualificação dos professores e como consequência o pouco desenvolvimento da pesquisa. A defasagem salarial, por sua vez, direciona os

professores para atividades remuneradas na própria instituição ou fora dela (aulas remuneradas, consultorias, assessorias etc.).

Uma outra questão refere-se à proposição do novo Currículo Mínimo de Enfermagem. Embora as discussões em torno de um novo projeto para a formação do enfermeiro, em nível nacional, tenham se iniciado já em meados da década de 1980 com a realização de seminários regionais e nacionais, muitos cursos não se integraram neste processo e ao ser aprovado o novo currículo mínimo - Portaria 1721/94-MEC, estes foram como que tomados de surpresa. Dado o curto espaço de tempo para sua implantação a atenção se voltou para a questão legal. Mas, mesmo naqueles cursos em que se vinha discutindo o projeto pedagógico e procedendo às reformulações já com base nas questões levantadas nos seminários, nos congressos da categoria os professores foram tomados de surpresa em alguns aspectos, como é o caso da definição do percentual de carga horária por área de conhecimento que centralizou em muito as discussões em cima da carga horária.

Ocorre que este novo Currículo Mínimo foi formulado ainda na vigência da Lei nº 5540/68, que estabelecia as normas de organização e funcionamento do ensino superior e que conferia ao governo federal definir os mínimos necessários deixando para os cursos o acréscimo de conteúdos de acordo com a realidade regional e local. Tal legislação retratava a concepção centralizadora na definição do que se deve ensinar e como se deve organizar o ensino.



Desta forma, ainda que o novo currículo mínimo resulte de uma construção coletiva e apresente avanços importantes no que se refere à introdução de conteúdos de saúde ambiental, antropologia filosófica, saúde coletiva que junto com as já existentes como a psicologia e sociologia permitem a formação para uma prática mais humanizada, é ainda uma organização curricular conservadora, organizada por matérias a serem desdobradas em disciplinas hierarquizadas, uma herança histórica que não atende mais às necessidades de formação na atualidade.

O Parecer 314/94-CFE preconiza currículos flexíveis como um dos requisitos para a ampliação e constante atualização do processo de formação, no entanto, a Portaria 1721/94-MEC, ao fixar percentuais de carga horária por área de conhecimento já limitou esta flexibilização e, mais do que isso, reforçou a centralização do poder sobre o modo de estruturar os currículos plenos dos cursos.

Agora a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei nº 9.394/96, artigo 53, item II delega às universidades: “[...] fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes”. Tal indicação possibilita maior autonomia na proposição dos currículos plenos, embora submeta tal autonomia à observação de diretrizes gerais.

No âmbito da Enfermagem, foi organizado o 3º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn), no período de 23 a 26 de março de 1998, em atenção ao Edital nº. 4/97-

SESU/MEC para a proposição de diretrizes curriculares para os cursos de enfermagem.

O relatório do referido seminário deixa entrever a reafirmação das diretrizes do Parecer 314/97-CFE na indicação do perfil, competências/habilidades e conteúdos. Não explicita, entretanto princípios, pressupostos e parâmetros que constam no Parecer referido e que indicam a finalidade da educação de enfermagem e a necessidade de implementar novas práticas pedagógicas.

Espera-se que a autonomia conferida às instituições de ensino pela nova LBD seja tomada agora para a proposição de currículos mais flexíveis e condizentes com o momento histórico, com o desenvolvimento da ciência e principalmente com as exigências sociais.

5.2 OS AGENTES

Os agentes que integraram esta pesquisa, conforme já referido, são enfermeiros que exercem a função de docência no ensino superior de enfermagem. Com a finalidade de obter melhor compreensão do pensamento desses atores sociais, sobre o objeto da investigação, buscou-se traçar um perfil dos aspectos relativos a sua atuação profissional.

Dos 14 professores entrevistados a maioria tem de 31 a 35 anos, sendo apenas um do sexo masculino, o que é característico da profissão, predominantemente feminina.



Em termos de experiência profissional no ensino superior de enfermagem destaca-se o período de 4 a 11 anos com carga horária semanal de trabalho que varia de 4 horas a 40 horas semanais, sendo que 50% tem carga horária de 4 a 27 horas e 50% de 40 horas com ou sem dedicação exclusiva.

A formação acadêmica desses professores retrata a situação geral dos docentes de enfermagem das Instituições de Ensino do Estado do Paraná apresentado no quadro nº 2 da parte referente ao contexto dos agentes. Nesta amostra têm-se seis especialistas, quatro mestres, três mestrandos e um doutorando, evidenciando-se um corpo docente em processo de qualificação.

Do total dos professores entrevistados (14), 50 % ocupam cargos administrativos na instituição de ensino, além do exercício das atividades inerentes a docência, quais sejam, as de ensino/pesquisa/extensão.

A maioria dos professores é associada ao sindicato dos docentes da instituição e participa das reuniões promovidas por esta entidade. A finalidade principal desta participação, segundo os entrevistados, está voltada para as questões referentes a reivindicações relacionadas à situação funcional. Uma das professoras indicou como finalidade discutir questões mais amplas da Universidade e uma referiu-se a discussões sobre a criação de fundação de amparo à pesquisa.

Em relação à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), verificou-se que a maioria é associada, mas não participa de reuniões e

assembléias organizadas pela entidade. Referem falta de mobilização da categoria como justificativa para a não participação.

A participação no Conselho Municipal de Saúde³⁴ é maior entre os professores que atuam na área da saúde coletiva, o que já era esperado uma vez que os professores da área hospitalar na sua maioria não têm participado em instâncias cujas discussões giram em torno das políticas de saúde.

Observa-se ainda um número significativo de professores que participam de outras associações, específicas da área de atuação: os docentes da área hospitalar referiram participação em Associação dos servidores; Colégio de Administradores; Centro de Planejamento Materno; Associação de Apoio a Criança Desnutrida. Os professores da área de saúde coletiva referiam participação em Fórum Popular de Saúde; Sindicato de Servidores Municipais; Reuniões de Partidos Políticos para assessoramento técnico; Fórum de Desenvolvimento do Município; Associação de Mulheres. Em relação ao Conselho Regional de Enfermagem foram referidas duas participações: uma em diretoria e outra como delegada, ambas da área hospitalar e que ocorreram em anos anteriores.

Em relação aos Congressos Brasileiros de Enfermagem, apenas dois professores responderam que não participam; os demais referiram participação, mas com ressalvas: “há algum tempo atrás”, “só quando estes são

³⁴ Os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências de Saúde foram instituídas a partir da Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. CARVALHO, C.I. & SANTOS L. *Comentários à Lei Orgânica de Saúde* (Lei nº 8080/90 e nº 8.142/90) Sistema Único de Saúde. p.313-4.



realizados perto do local do trabalho”, “quando é possível”. Em relação a outros congressos da área da saúde, observa-se grande interesse de participação por tratarem de questões específicas da área de atuação dos professores foram citados: Congressos de Administração Hospitalar, de Pediatria, de Homeopatia, de Saúde Coletiva e de Recursos Humanos.

O mesmo ocorre com a participação em encontros, seminários, oficinas etc, cuja participação tem como finalidade o aprimoramento e a atualização na área de atuação. Esta tendência indica a especialização existente na área da saúde e que foi incorporada de modo intenso pela enfermagem.

No que se refere à participação em Conferências de Saúde, três professores da área hospitalar referiram participação em Conferências Municipais de Saúde. Dos professores da área de saúde coletiva, todos já participaram de duas ou três conferências, sendo que três desta área participaram também de Conferências Estaduais e/ ou Nacionais de Saúde. Como já foi mencionado, os professores da área de saúde coletiva estão mais envolvidos com a discussão e a formulação das políticas de saúde.

Quanto aos eventos referentes à formação do enfermeiro, apenas dois dos docentes entrevistados participaram de eventos organizados pela Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn-Nacional, sobre a formação do enfermeiro e proposição do novo Currículo Mínimo de Enfermagem. A maioria referiu participação em reuniões e eventos internos da instituição quando da reformulação dos currículo plenos e três docentes não participaram de nenhuma



reunião alegando que não se encontravam na instituição nesse período. Dois professores afirmaram desconhecer o teor do Parecer 314/94-CFE. *especialização*

Quanto à capacitação pedagógica, além das disciplinas cursadas na pós-graduação, cinco professores fizeram cursos específicos na própria instituição sobre metodologia do processo ensino/aprendizagem e seis docentes fizeram cursos sobre a pedagogia da problematização. *desta pesquisa estão mais*

relacionados para Os dados obtidos indicam, assim, que a quase totalidade dos professores é do sexo feminino na faixa etária de 31 a 35 anos e com mais de quatro anos de experiência no ensino da Enfermagem. Em termos de titulação seis são especialistas, quatro são mestres, três são mestrandos e um é doutorando. Do total, 50% encontra-se em atividades administrativas na própria instituição de ensino.

O Congresso Brasileiro de Enfermagem não se mostrou como um evento de grande interesse para os professores, que dão maior preferência aos eventos específicos da sua área de atuação. Mesmo os eventos promovidos pela ABEn para a discussão do Currículo Mínimo não contou com participação expressiva destes agentes (apenas 2). Percebe-se, no entanto, que há preocupação com a capacitação pedagógica, uma vez que a maioria (11 professores) fez algum tipo de curso na área da educação.

Um dos fatores que explica o maior interesse na participação de eventos específicos da área de atuação é o grau de especialização atingido pelo conhecimento e que não ocorreu apenas no âmbito do ensino, mas levou à

formação de associações de especialistas que se utilizam de eventos voltados para sua área específica para reforçar a entidade e aprofundar o nível de especialização.

A questão econômica, por sua vez, leva a opção por eventos que ocorrem mais próximos do local de trabalho, constituindo igualmente um fator a ser considerado na escolha feita pelos agentes.

De um modo geral, os agentes desta pesquisa estão mais voltados para participação em associações e eventos que favoreçam o aperfeiçoamento na área específica de atuação. Parece que os eventos mais amplos que tratam de questões muito abertas de utilização não imediata não estão mais despertando tanta atenção.

Na sequência serão apresentadas as categorias e os núcleos de pensamento que correspondem a estas categorias.

Quadro 4 – Categorias referentes às mentagens dos agentes do ensino da área hospitalar.

Categorias	Núcleos de Pensamento
1. Prática profissional	1.1. Prática baseada em conhecimentos 1.2. Prática humanizada 1.3. Prática-questionada
2. Ação formativa	2.1. Vivência reflexiva da realidade 2.2. Ensino contextualizado 2.3. Respeito a legislação

6 A MENSAGEM DOS AGENTES

6.1 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS

As mensagens dos agentes da pesquisa foram apreendidas mediante entrevistas. Estas foram recortadas em termos dos significados priorizados e agrupados por afinidade em núcleos de pensamento, gerando categorias.

As categorias foram descritas em separado para os agentes que ministram disciplinas voltadas para área hospitalar e para os agentes que ministram disciplinas voltadas para área de saúde coletiva.

Na sequência serão apresentados as categorias e os núcleos de pensamento que correspondem a estas categorias:

Quadro 4 - Categorias referentes às mensagens dos agentes do ensino da área hospitalar.

Categorias	Núcleos de Pensamento
1. Prática profissional	1.1. Prática embasada em conhecimentos 1.2. Prática humanizada 1.3. Prática questionada
2. Ação formativa	2.1. Vivência reflexiva da realidade 2.2. Ensino contextualizado 2.3. Respeito a legislação

Quadro 5 - Categorias referentes às mensagens dos agentes do ensino da área de saúde coletiva.

Categorias	Núcleos de Pensamento
1. Prática profissional	1.1. Prática embasada em conhecimentos 1.2. Prática contextualizada 1.3. Prática participativa 1.4. Prática questionada
2. Ação formativa	2.1. Vivência reflexiva da realidade 2.2. Ensino contextualizado 2.3. Ensino questionado

Área hospitalar

1. Categoria - Prática profissional

Esta categoria reúne os significados priorizados pelos agentes em três núcleos de pensamento: prática embasada em conhecimentos; prática humanizada e prática questionada.

1.1. Núcleo de pensamento - Prática embasada em conhecimentos

Este núcleo de pensamento aponta para três aspectos: a relevância do conhecimento para a assistência de enfermagem; como diferencial



entre as categorias de enfermagem e como instrumento para liderar a equipe de enfermagem.

Relevância do conhecimento para a assistência de enfermagem:

Por competência técnico-científica do enfermeiro entendo que é a capacidade dele atuar junto ao paciente, embasado em todo o conhecimento já produzido na sua área profissional e nas áreas que cercam esta profissão que são coadjuvantes desta profissão.

O técnico-científico é estar embasado em fundamentos teóricos, não só a prática, porque a prática vai no fazer, com as dicas do dia-a-dia vou fazendo. Tem que ter uma fundamentação para saber por que ele está fazendo. E não só embasado na área da saúde, tem situações que envolvem outras área como da humanas, direito, economia... informática, marketing profissional...

Eu entendo, assim, que o enfermeiro tem que adquirir os conhecimentos essenciais que ele vai aplicar na prática...

No meu ponto de vista, a competência técnico-científica e política envolve toda a parte de conhecimentos que vão instrumentalizar o trabalho do

enfermeiro... aquele enfermeiro que dá conta de resolver os problemas que surgem no seu cotidiano a partir do conhecimento específico da área...

O embasamento teórico é considerado como o diferencial entre o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem:

[...] a competência técnica é [...] desenvolvimento prático da assistência direta ao paciente, mas ao mesmo tempo a competência científica está ligada à competência técnica, porque você pode ser competente na prática profissional se você também tiver segurança na parte científica... a gente vê isto muito com o auxiliar de enfermagem, ele até tem competência técnica, sabendo desempenhar bem, mas não sabe por que... está fazendo e se de repente acontecer alguma coisa fora do esperado ele fica perdido, não sabe para que lado vai...

Para que o conhecimento técnico seja considerado como procedimento diferenciado, ele tem que ter conhecimento científico daquilo que ele está fazendo...

O conhecimento instrumentalizando o enfermeiro para liderar a equipe:

A competência técnico-científica é uma enfermeira que tem condições, eu acho que nós enfermeiras temos que ser líderes em primeiro lugar... É o que eu sempre falo para os meus alunos porque eles não querem fazer o serviço dos auxiliares, mas para saber liderar o grupo eu preciso conhecer o trabalho que o auxiliar desenvolve, como fazer o banho de leito, o curativo, porque isto faz parte de um processo que eles vão aprender o básico para que depois eles possam cobrar.

1.2. Núcleo de pensamento - Prática humanizada

Este núcleo de pensamento indica a preocupação de que a prática junto ao paciente deve ser responsável e humanizada.

[...] na medida em que [o enfermeiro] é valorizado ele pode interferir nesta sociedade nas diferentes instâncias, na medida em que ele interfere nestas instâncias, ele promove um bem estar melhor para o paciente...A intervenção política significa desde o trabalho direto na comunidade, seja com a família ou na sala de espera. Na medida em que voce passa aqueles conhecimentos sobre a prevenção de patologias e junto com elas vem a crítica ao modelo existente que se segue até um cargo político partidário.

[...] o enfermeiro... tem que entender que sua prática é uma questão social na medida em que ele lida com uma pessoa...então assim, opto por esse



curativo: vai acelerar a alta do meu paciente ? vou trazer menos ônus financeiro para a minha instituição ? Tudo acaba tendo um resultado social e político, de gasto com saúde, de condições de vida, saúde e recuperação de pessoas que tiveram sua saúde agredida.

[...] aquele enfermeiro que observa o atendimento em nível hospitalar, a condição daquele paciente que ele está atendendo, que não é só fazer um curativo, fazer uma injeção ou fazer um outro medicamento qualquer, mas que consegue ver o paciente como um ser humano que está com algumas necessidades afetadas e que ele está sendo um agente de apoio para este paciente para melhorar a condição dele.

[...] ele [o enfermeiro] tem que fazer uma análise crítica sobre o cotidiano, sobre a vida dele enquanto profissional... se ele tem espaço para desenvolver a cidadania, se ele dá oportunidade ao paciente de desenvolver a cidadania enquanto paciente que eu acho que a gente não dá, na maioria das vezes impõe sem pensar que é um indivíduo...

1.3. Núcleo de pensamento - Prática questionada

Este núcleo de pensamento refere-se à percepção que os agentes têm da atuação profissional do enfermeiro e do seu posicionamento político.



No estágio, no dia-a-dia... é fácil perceber pessoas com estreita e estrita competência técnico-científica. Pessoas que são extremamente competentes mas só técnico-científico, não sai dali, não consegue ver o paciente conectado com uma realidade social, não consegue ver a própria equipe que trabalha junto a estes profissionais, não consegue ver eles conectados a uma realidade. Só meros fazedores, meros tarefeiros, isto na nossa profissão e nos outros profissionais que atuam com a gente.

Eu fiquei muito triste e isto foi uma coisa que me fez voltar a pensar na maneira como a gente conduz a graduação. Uma enfermeira que foi aluna nossa, recém-formada, que eu encontrei num hospital um dia durante o estágio, esta enfermeira estava sentada numa cadeira e dizia: Ah este hospital é muito ruim, não tem condições e... sem pensar numa maneira de mudar aquilo, sem questionar nada, ganhando o dinheiro dela no fim do mês e tudo bem, repetindo, reproduzindo aquelas coisas.

[...] hoje existe uma disputa de espaço entre os profissionais e para isto [...] o profissional não é formado para questionar, o profissional é formado para cumprir tarefas e quanto muito para pensar em cima de um conhecimento já definido, mas não questionar aquele conhecimento sobre a realidade atual, sobre as necessidades da população e mais ainda daquela população específica, daquele local onde ele trabalha, das carências

daquele local onde ele trabalha... sem essa visão crítica ele acaba só reproduzindo aquilo que a instituição gostaria que ele fosse.

[...] a competência política, eu acho que tem uma coisa de ranço, que vem da nossa história, da nossa profissão, aquela coisa do enfermeiro bonzinho, idealista que trabalha por amor, então eu acho que a gente tem muito ainda que aprender nesta parte política, e poucas são as pessoas envolvidas. Por exemplo, numa instituição, seja ela de ensino ou de assistência, que esteja, por exemplo, reivindicando melhores salários, melhores condições de trabalho... na escola já é mais fácil, o pessoal já é mais politizado mas no serviço é bem mais difícil, então a gente vê as vezes algumas discussões arbitrárias que o pessoal nem se mexe, é cômodo, discorda mas também não faz nada para mudar. Então, na minha experiência o pessoal aqui onde eu trabalho, o serviço tem muito a caminhar.

[...] hoje existe uma disputa de espaço entre os profissionais e para isto precisa ter conhecimentos, até o médico enfrenta situações que antes não existiam, se o cliente não concorda com um tratamento ele questiona o médico, os funcionários hoje também questionam os enfermeiros, estamos vivendo uma crise social.

2. Categoria - Ação formativa

Esta categoria reúne as representações dos agentes em três núcleos de pensamento: vivência reflexiva da realidade; ensino contextualizado e respeito à legislação.

2.1. Núcleo de pensamento - Vivência reflexiva da realidade

Os agentes entendem que a vivência da realidade (práticas e estágios) e o questionamento feito sobre esta realidade propicia a formação do pensamento crítico do aluno.

Olha, em termos de competência teórica e prática é o nosso dia a dia em termos de conteúdo e atuação. Agora, o outro lado que é a questão crítica disso, que é um paciente bem atendido, um paciente, por exemplo, que não tenha infecção hospitalar, não tenha uma escara, tem toda uma consequência para o sistema, uma vantagem para o sistema e uma vantagem social. Então ele [aluno] tem em nossa disciplina momentos de reunião em que a gente senta e discute ... nós tivemos esta conduta com este paciente, o que aconteceu ? quais foram as repercussões em termos de alta, em termos de gastos, em termos de tudo.

[...] quando a gente dá o estágio, a gente tem 5 horas de estágio, então no fim do estágio, meia hora ou quarenta minutos depende muito como foi o estágio, eu chamo os alunos, eu converso com eles... discuto as situações na

qual eles estavam envolvidos, os profissionais que estavam envolvidos, as necessidades dos pacientes que não foram supridas, o que ele teria de solução para os problemas dele e com isto a gente pretende que ele seja mais questionador. Como deveria ser ? Por que não foi ? É isto que a gente procura trazer na prática.

[...] a pediatria atualmente ... tem proporcionado algumas ações para o enfermeiro de pediatria que ele consiga não ser só competente tecnicamente mas também politicamente... ela tem trazido o programa de alojamento conjunto ou da mãe participante... ele terá que buscar outros conhecimentos para atender agora uma clientela diferente... ele tem que dar respostas para a mãe, e a cobrança da mãe é muito grande. O que a gente tenta é trabalhar [na disciplina de enfermagem pediátrica] as questões sociais também, por exemplo, a gente faz palestras de acordo com as necessidades das mães que estão no hospital naquele momento, então a gente tenta puxar delas até meios para mudar a própria realidade, por exemplo, não tem água no bairro, então o que pode ser feito ?

[...] na minha área, por exemplo, a questão da mãe participar dos cuidados do bebê, a mãe acompanhante no hospital, isto tudo tem uma parte política. Aqui em um dos campos de estágio ... é o primeiro hospital que permitiu a permanência de todas as mães junto a seus filhos inclusive

na UTI (unidade de terapia intensiva). Então a minha disciplina vai mais por aí ... de se posicionar frente aos interesses nossos, das instituições profissionais de outras classes que atuam com o enfermeiro... então eu acho que a gente tenta mostrar que o enfermeiro também tem responsabilidade neste processo todo de assistência da criança, aliás a gente tem que assumir este papel porque a gente se omitindo vai estar prejudicando aqueles que a gente mais quer proteger que é a própria criança e a mãe.

[...] quando possível a gente tenta trazer um pouco a realidade do paciente para dentro do hospital, faz com que esse aluno, na medida do possível tente falar com o familiar, tente conhecer o lado mais social e fazer ele entender que ele contaminou tal procedimento e que isso tem toda uma consequência...

2.2. Núcleo de pensamento - Ensino contextualizado

Este núcleo de pensamento indicará a importância que os agentes dão à relação do ensino com a realidade e buscam esta relação de diferentes formas.

Eu vejo da maneira como você leciona. Se você simplesmente reproduz o conhecimento do livro, você está dando o mínimo de competência técnico-científica... agora se junto a este conhecimento você traz exemplos sociais,



2.3 *traz exemplos críticos, traz exemplos culturais através de filmes que se pode assistir, de novelas que passam na televisão, de noticiários. Se você tanta relacionar este conteúdo técnico-científico com a realidade que se está vivendo, eu acho que se alcance este objetivo [competência técnico-científica e política], na minha disciplina eu remeto muito à realidade.*

Eu sempre procurei trabalhar dois pontos ... primeiro é o fato de nós darmos o fundamento e o outro ponto é que a gente exigia muito do aluno. Ele fazia pesquisa... nós buscávamos livros na biblioteca e trazíamos para sala de aula ... mostrando para ele a visão lá fora ... trazíamos artigos de revista ... muitas vezes recortes de jornais que estavam ligados a alguma temática, incentivávamos o aluno a participar de congressos e encontros.

Nas aulas ...eu dou o conteúdo teórico e este conteúdo eu exemplifico e exemplifico assim: eu trago uns dois ou três artigos recentes, eu gosto muito do que eu estou ministrando, eu questiono em cima daqueles artigos que são assuntos polêmicos em neonatologia e questiono e discuto porque foi assim. o profissional pensa desta maneira, a situação que a gente vive, que outra realidade seria possível, como que a gente faz par atingir esta realidade.

2.3. Núcleo de pensamento - Respeito à legislação

Este núcleo de pensamento indica a preocupação dos agentes com o respeito à legislação, tanto profissional como outras que possam ter relação com a prática do enfermeiro.

[...] na minha disciplina eu remeto à realidade que há, em especial a realidade do enfermeiro, ao nosso exercício profissional, eu uso muito isto. Em como a gente incorre várias vezes quebrando a lei do exercício profissional, como a gente pode usar a lei em nosso benefício e em benefício do paciente.

[...] o político é conhecer a legislação, não só a legislação do exercício profissional mas a questão do código civil, código de ética, lei trabalhista, responsabilidade civil e criminal que você tem que estar conhecendo e depois estar se envolvendo com todo processo econômico do país.

[...] a minha disciplina vai mais por aí, do estatuto da criança e do adolescente, que é uma lei federal, o cumprimento desta lei.



Área de saúde coletiva

1. Categoria - Prática profissional

Esta categoria reúne os significados priorizados pelos agentes em quatro núcleos de pensamento: prática embasada em conhecimentos; prática contextualizada; prática participativa e prática questionada.

1.1. Núcleo de pensamento - Prática embasada em conhecimentos

Este núcleo de pensamento relaciona os conhecimentos à atividades específicas do enfermeiro e ao contexto.

[...] é o profissional estar tecnicamente preparado não só na assistência mas na prevenção, no ensino e na pesquisa. Técnico-cientificamente preparado.

[A competência técnico científica] são as habilidades que o enfermeiro deve ter para ser um profissional ... é conhecer a função do enfermeiro dentro da saúde coletiva. Como ele pode fazer toda a programação das atividades para a equipe, participar do planejamento da unidade e achar a sua área de competência dentro do que ocorre ali naquela unidade de saúde ... a busca mesmo de um conhecimento um pouco mais aprofundado e não estar exercendo suas atividades simplesmente como repetitivos ou de uma forma acrítica... a técnica não pode ser simplesmente uma técnica de

enfermagem mas precisa estar embasada em conhecimentos e esta é a parte científica e o político é ele conhecer o social e o econômico ...

A competência técnica seria você conhecer os procedimentos básicos nos cuidados com o paciente que chega na unidade básica de saúde então as coisas básicas, o que acontece dentro da unidade que ele seria capaz de realizar, até em termos de manuseio com este paciente, de utilização das mãos com ele, eu entendo como parte técnica ... Eu acho que a competência técnica e científica estão fortemente vinculados, eu não consigo entender um enfermeiro se dizendo com competência técnica se ele não tiver o aspecto científico vinculado, porque para ele determinar, por exemplo, se chega um indivíduo numa unidade de saúde com um determinado ferimento por acidente de trabalho, ele vai ter que ter competência técnica na realização do curativo e vai ter que ter noção do contexto: o que é este curativo? se pode infectar, o que ele vai usar, o que ele vai deixar de usar, isto é o aspecto científico. E ele vai ter que ter noção política, isto é um acidente de trabalho, então... onde ele trabalha, por que este acidente ocorreu, será que ele está usando as medidas adequadas de segurança, será que a empresa está proporcionando.

[...] a competência técnico-científica, penso que seja você cuidar do paciente baseado num método científico com conhecimento de disciplinas científicas e poder prestar a assistência da melhor forma possível.

[...] sempre associar o aprofundamento de cada técnica que a gente desenvolve, justificando porque eu desenvolvo cada procedimento e não deixar de relacionar a situação atual do país hoje que não deixa de ser um problema político,

[...] a questão científica também pode ser o que vai além da técnica, onde ele vai obter subsídios de diferentes áreas, onde ele pode fazer pesquisa, desenvolver outras atividades que não atividades no desempenho de procedimentos puramente técnicos.

Ele [o enfermeiro] tem que conhecer a história da saúde pública, como foi este processo de construção ... ter também conhecimento da população com a qual vai trabalhar, então para isso ela vai estar sabendo caracterizar o perfil epidemiológico desta população, então ele tem que ter conhecimento técnico-científico e político.

1.2. Núcleo de pensamento - Prática contextualizada

Este núcleo de pensamento indica que os agentes consideram a prática contextualizada como requisito para a competência política do enfermeiro.

Ele (o enfermeiro) tem que perceber dentro do trabalho dele como é o processo de trabalho , ele tem que resgatar toda a história do trabalho, que o homem é um ser social que ele tem relações, as próprias relações de trabalho, processo de produção dele de enfermagem, isso ele tem que conhecer, senão ele não tem como trabalhar. Ele até pode trabalhar tecnicamente, mas trabalha limitado.

[...] é ele conhecer o social, o econômico, o que nos levou a ter um determinado modelo de saúde, determinados problemas de saúde, por que a nossa população hoje está com este perfil epidemiológico e social. Se ele compreende isto está entendendo a política de saúde

a competência política permeia tudo ... se você prestar uma assistência técnico-científica boa mas não tiver visão do meio político em que você está inserido, do sistema de saúde ... se você presta uma assistência sem saber todas as relações políticas que envolvem a comunidade ... você está fazendo a metade da coisa.



O enfermeiro competente politicamente conhece a realidade, consegue fazer uma boa leitura da realidade, não só profissional, mas econômica, política, social, regional, nacional e internacionalmente também. Ele consegue fazer uma análise das políticas de saúde, consegue identificar o que está por trás das políticas, como estas políticas acontecem efetivamente.

A competência política ... é a compreensão da conjuntura geral da política do país, não a política partidária, vamos dizer, toda a estrutura do país, aonde estamos e o que já passamos e dentro disto contextualizar a saúde e contextualizar a ação dele enquanto profissional de saúde.

[...] não adianta ensinar fazer um pré-natal bem feito quando eu não sei de onde vem esta mulher, qual o contexto em que vive esta mulher. Então, ele tem que contextualizar tanto a população que ele atende como o momento político que esta está vivendo... implementação do SUS mais especificamente da reforma sanitária.

[...] eu entendo o político como aquilo que faz você entender o contexto...

[o enfermeiro] precisa conhecer a comunidade em que ele trabalha, o mínimo necessário o que a ciência dele permite. Fazer um diagnóstico da



situação da comunidade em que ele vai atuar. Ele tem que ver quais são as principais etapas do processo de trabalho que ele vai desenvolver e não chegando lá com um contexto geral como se tudo fosse igual em todos os lugares, mas diagnosticando, como enfermeiro, porque cabe a gente até diagnosticar situações e até casos e em cima disto ter esta visão do que é importante naquele momento e qual a ação que tem que desenvolver no dia.

prática também.

O político daria a opção como eu vou trabalhar este meu cuidado técnico-científico, porque eu posso trabalhar técnica e cientificamente de uma forma sem conhecer o sistema de saúde, sem saber por que eu estou trabalhando daquele jeito e quando eu sei...eu entendo porque eu estou prestando aquela assistência de enfermagem daquele jeito, naquele momento porque pode mudar de tempos em tempos historicamente.

Este núcleo de pensamento se refere a uma avaliação crítica das

1.3. Núcleo de pensamento - Prática participativa

Neste núcleo de pensamento os agentes indicam que é a competência política que vai indicar como desenvolver a prática.

político, ele não trabalha com os outros profissionais e na questão

Politicamente é o como. Como ele vai trabalhar, como vai articular os setores, as pessoas com quem vai trabalhar, a equipe, o processo de trabalho ... Ele tem que ter este outro lado político para poder avançar, entender como ele pode transformar, acho que isto é o mais importante.

A competência política seria uma competência que vai ajudar a tomar decisões frente a situações em que ele se encontra, se posicionar também frente a realidade em que ele vive ... participar também. Eu não entendo uma pessoa politicamente competente se ela não participa das atividades representativas ... política de classe, movimentos sociais. Uma pessoa competente politicamente não pode ficar no discurso, ela tem que ir na prática também.

Conhecer a conjuntura ambiental e social, a política de saúde, de onde ela veio, para onde ela vai, o que ele pode fazer enquanto profissional para estar participando também.

1.4. Núcleo de pensamento - Prática questionada

Este núcleo de pensamento se refere a uma avaliação crítica dos agentes sobre a prática profissional.

O que acontece hoje que a gente percebe é que ele [o enfermeiro] trabalha muito limitado, ele não trabalha com os outros profissionais e na questão da pesquisa ele faz muito pouco... Com o campo de estágio tem muita dificuldade, os profissionais do serviço não recebem o aluno como aluno, mas como alguém que está incomodando, que está atrapalhando o serviço e esta é a maior dificuldade.

[...] uma coisa que eu acho importante também é que este cuidar da enfermagem que a gente vê e o que a gente está falando na escola, mas que na realidade quando a agente chega no campo de estágio é o que o enfermeiro menos tempo tem de fazer é cuidar, justamente porque este modelo assistencial que se coloca que é causado pela política de saúde, é politicamente determinado, ela quer um enfermeiro que fica mais voltado para a área burocrática, o controle e não a assistência, faz o enfermeiro assim ficar totalmente voltado a preparar relatórios, fazer relatórios, cuidar do cartão ponto junto aos funcionários e das comunicações internas, dos ofícios e o mínimo de tempo para os pacientes.

[...] o hospital praticamente não se preocupa com o sistema de saúde que está implantado, ele sofre as conseqüências porque faz parte do sistema de saúde... até parece que [o sistema de saúde] não tem nada a ver com o hospital. Quando você está discutindo o sistema de saúde é na disciplina de saúde coletiva, e a gente busca fazer esta ligação, que não é separado, não é da disciplina de saúde coletiva este conteúdo, mas do sistema de saúde que está implantado.

2. Categoria - Ação formativa

Esta categoria engloba três núcleos de pensamento: vivência reflexiva da realidade; ensino contextualizado e ensino questionado.



2.1. Núcleo de pensamento - Vivência reflexiva da realidade

Este núcleo de pensamento indica a importância que os agentes dão à vivência da realidade (práticas e estágios) pelo aluno para a formação crítica.

[...] eu retomo mais uma vez o SUS, eles tiveram isto no quarto período, a vigilância sanitária, toda a legislação e após esta introdução vamos para o campo e se trabalha o conteúdo junto com o estágio e isto foi muito interessante ... eles vão trabalhando o que aparece no campo ... eles procuram na realidade como começa, como acontece e o que a gente pode fazer dentro desta realidade. Eles discutem com os profissionais e perguntam como eu faço neste caso, por que a prefeitura não age de outra forma, por que os profissionais estão tendo esta conduta frente a um problema de saúde.

Primeiro a gente procura estar trabalhando com o aluno dentro da realidade, conhecendo a realidade do serviço, procuramos utilizar ... um método pedagógico em que o aluno vai construindo o seu conhecimento. O aluno já no primeiro ano tem uma disciplina que discute o conceito de saúde, o que é ser cidadão neste país, ele já vê alguns indicadores básicos. No segundo ano vai trabalhar dentro de um determinado território, vai conhecer os problemas desta população, vai trabalhar uma base territorial,

vai a partir daí identificando os problemas desta população e no terceiro e quarto ano ele já vê a parte de planejamento e gerência de serviço e depois no internato ele participa das reuniões dos conselhos locais de saúde. A gente trabalha com as lideranças é uma proposta não vou dizer que agente consegue atingir...

[...] aqui a gente tem um projeto especial de ensino no qual participam alunos desde o primeiro ano, participam alunos dos cinco cursos da área da saúde... neste projeto os alunos tentam usar a metodologia da problematização, em que o aluno a partir da observação da realidade escolhe um problema e daí ele vai percorrendo todo aquele "Arco de Magarez" e a gente percebe que este projeto tem estimulado os alunos a serem mais criativos, mais críticos. E a gente tem desencadeado algumas lideranças, assim os alunos vão atrás, se interessam, querem saber e querendo ou não querendo eles questionam o serviço que é oferecido, porque está muito próximo dele...

[...] eu geralmente procuro levar os alunos para todos os lugares (serviços) que eu sei que são relacionados com a parte da saúde pública.. perguntando por que acontece e isto é a parte política, por que as coisas acontecem e por que não se evitou antes, então com essa visão de cadeia, como é que essa roda dentada funciona, que podemos atuar em todas as

etapas dela, conhecendo aprofundando e estudando o máximo que você puder dentro do serviço que a gente tem, para que a gente consiga quebrar estes elos e minimizar o problema das pessoas, trabalho com os alunos nesta linha.

Eu acho que na medida do possível fazer o aluno participar de projetos de pesquisa e extensão, nesta vivência eles podem discutir e questionar... Eu acho que a prática da gente é formadora dos alunos também.

2.2. Núcleo de pensamento - Ensino contextualizado

Este núcleo de pensamento indica que os agentes atribuem importância ao ensino contextualizado.

Na epidemiologia tudo o que a gente fala está voltado para o social, a gente mostra o coeficiente de mortalidade infantil, mas mostra que a mortalidade infantil é maior nas regiões menos desenvolvidas... assim a gente vai sempre buscando recortes de jornal, artigos de revista e puxando para a realidade social, então a epidemiologia propicia isto.

Acho que é tentando trazer os dados da realidade que a gente vivencia para discutir, até notícias, os acontecimentos são muito rápidos, não dá para ficar se baseando só no que está escrito a muito tempo.

[...] a gente acredita que não dá para formar um enfermeiro sem entender este contexto... Amanhã, por exemplo, eu vou dar uma aula sobre planejamento de saúde, aí eu vou resgatar toda a história do planejamento de saúde para então falar porque o método de planejamento em Curitiba é este, isto é, associar com a história do país não só do país da América Latina ...

2.3. Núcleo de pensamento - Ensino questionado

Este núcleo de pensamento se refere à crítica que os agentes fazem sobre o ensino da Enfermagem.

A competência política é uma área que a gente trabalha muito pouco dentro da Universidade, está começando-se a trabalhar um pouco mais, porque teve um período muito acrítico na formação .. não é hábito dos professores de modo geral participar de conferências de saúde, participação popular...

[...] a gente percebe também que o aluno chega bastante despreparado porque esta disciplina é no quarto ano, então politicamente está despreparado. Ele chega assim, sabendo fazer curativos, sabendo fazer injeção, sabendo fazer técnicas básicas de enfermagem, até prestar assistência, mas aquela visão mesmo de que isto faz parte de um contexto político e ele se assusta muito com a enfermeira fazendo só relatórios, só fazendo esta parte burocrática. Então ele não tem esta visão, ele não vem com esta visão desde lá do começo de que tudo isto está sendo mediado por uma outra coisa maior que dirige toda sociedade. Então a gente tenta dar esta visão mas isto no último ano, a gente tenta resgatar isso.

[...] então, por exemplo, as doenças transmissíveis, por incrível que pareça ele [aluno] sabe fazer vacina mas não sabe quais as doenças que envolve. Ele sabe fazer a DPT mas não sabe o que é difteria, coqueluche e tétano.

A gente dá política de saúde, a gente dá a parte teórica (após a prática), mas é difícil fazer o aluno gostar de ler, o aluno não gosta de ler, são textos muito densos, os profissionais de saúde pública escrevem de uma forma muito densa, alguns, ... então os textos não são técnicos, então os alunos têm resistência.



6.2 ANÁLISE DAS CATEGORIAS

Esta etapa do trabalho está voltada para a análise das categorias empíricas, cujos núcleos de pensamento expressam os significados que foram priorizados pelos agentes deste estudo. Tais significados indicam como se deu a passagem do discurso da categoria (voz) para a prática (mensagem) na questão específica da competência do enfermeiro.

Considera-se aqui como a **voz** da categoria a produção de um novo discurso que concebe o trabalho da Enfermagem enquanto prática social que responde a determinados objetivos na sociedade. Esse discurso, que se intensificou na década de 1980 e que foi influenciado também pelo movimento da Reforma Sanitária, culminou na proposição do Currículo Mínimo - Parecer 314/94-CFE e Portaria 1.721/94-MEC em que se preconiza que no ensino de graduação deve ser propiciada a formação da competência técnico-científica e política.

A **mensagem** é a forma como está sendo colocado em prática esse discurso em contextos locais, no caso Cursos de Enfermagem do Estado do Paraná.

Para fins desta análise, cabe retomar alguns conceitos de Bernstein (1996) de modo a esclarecer o sentido da terminologia utilizada, que engloba: voz, mensagem, códigos, categorias, classificação, enquadramento e isolamento.



Como já indicado, **voz** refere-se ao discurso de uma determinada categoria e este é constituído pelo grau de especialização das regras discursivas que regulam e legitimam a forma de comunicação, mas a sua realização em um contexto local está sujeita a modificações. Da mesma forma que a voz coloca limites à mensagem, esta por sua vez, torna-se um meio de mudança da voz. O carácter distintivo da voz resulta das relações entre as categorias, enquanto a mensagem resulta da prática interativa no interior de um contexto local.

Essas formas distintas de comunicação, que são geradas, reproduzidas e legitimadas pelas relações de classe, transmitem códigos dominantes e dominados que, ao serem adquiridos, posicionam os sujeitos diferentemente, constituindo-se portanto esses códigos em dispositivos de posicionamento culturalmente determinados. Para que haja mudança nos códigos institucionalizados - o que significa mudança nos princípios de reprodução cultural -, a relação entre a modalidade de educação e o modo de produção (econômico) deve ser enfraquecida levando, por sua vez, ao enfraquecimento da classificação entre trabalho manual e intelectual.

Tendo-se em conta tal premissa, não se pode, neste estudo, falar em mudança de códigos, pois está se tratando de um discurso no âmbito de uma categoria (Enfermagem), mas pode-se identificar as variações nos meios e nos focos de controle simbólico. Tais variações têm alcance limitado, uma vez que não mudam os princípios de reprodução cultural. Mesmo assim, estas não podem



ser ignoradas, pois constituem um processo dinâmico com potencial para a transformação.

Essas variações podem ocorrer entre diferentes agências ou diferentes campos ou no interior de uma agência ou de um campo e podem afetar apenas o princípio de classificação ou apenas o princípio de enquadramento ou ambos.

É importante explicitar aqui o que se entende por classificação e enquadramento. A classificação refere-se às relações entre as categorias. Neste estudo tem-se como categoria principal os professores de enfermagem que, por sua vez, têm relação com outras categorias: enfermeiros de serviço, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, agentes comunitários e os componentes da equipe multiprofissional. Têm-se também os currículos dos cursos, os departamentos, as disciplinas e os alunos. Já o enquadramento refere-se ao controle exercido pelos agentes sobre a comunicação em um contexto local.

“Se as categorias, quer as que se referem aos agentes, quer as que se referem ao discurso, são especializadas, então cada categoria necessariamente tem sua identidade própria e suas fronteiras específicas”. Esta especificidade é criada, mantida e reproduzida pelo grau de isolamento entre as categorias. Assim, quanto mais forte o isolamento, mais forte será a fronteira entre uma categoria e outra, e mais definido o espaço que a categoria ocupa (Bernstein, 1996, p.42).



Neste estudo pode perceber-se, em relação à classificação, uma importante variação quando da formulação do novo currículo mínimo. Uma vez que esse currículo é uma estratégia para redirecionar a formação do enfermeiro em consonância com as diretrizes da reforma sanitária, constitui tentativa de distanciar-se do modelo hegemônico na saúde, cujo ensino está voltado majoritariamente para a assistência curativa, individualizada e altamente especializada. Tenta ultrapassar também a visão dicotômica entre ensino básico e profissionalizante; assistência preventiva e assistência curativa; entre ensino e serviço, caracterizando uma variação que pressupõe formação menos especializada.

A partir da variação na classificação buscou-se compreender como se deu o enquadramento da comunicação mediante as mensagens dos agentes deste estudo, identificando-se as variações no interior da modalidade (Ensino de Enfermagem) no que diz respeito aos significados atribuídos à competência técnico-científica e política do enfermeiro.

As variações permitiram identificar práticas conservadoras reafirmando códigos de ação vigentes e práticas progressistas que apontam para a reelaboração de códigos e, portanto, para novas formas de agir.

Foi possível também identificar quais funções das diversas agências especializadas em códigos discursivos do campo do controle simbólico se fazem presentes nas mensagens. Como já referido no capítulo 6, essas funções são: reprodutora, modeladora, reguladora, executora e difusora.



O sistema educacional de modo amplo é considerado por Bernstein (1996, p.196) como tendo uma função reprodutora, mas às universidades é atribuída uma função modeladora pelo seu papel no “desenvolvimento ou mudanças nas formas simbólicas nas artes, artesanatos e ciências”. O autor deixa claro, no entanto, que no interior de uma agência que se especializa em determinada função podem estar presentes funções nas quais outras agências são especializadas.

Interessa, neste estudo, identificar quais dessas funções são mais referidas nas mensagens dos agentes. Como é considerada, por exemplo, a função executora do enfermeiro quando falam sobre o que entende por competência profissional e qual o destaque dado à pesquisa, em função de sua relevância para o ensino e para o desenvolvimento da ciência.

Retomando as mensagens dos agentes, cabe destacar que estas foram agrupadas em duas categorias: a primeira **prática profissional** refere-se aos significados atribuídos à competência técnico-científica e política do enfermeiro; a segunda **ação formativa** refere-se à percepção dos agentes da sua própria prática pedagógica ao propiciarem a busca de tal competência no processo de formação.

CATEGORIA: PRÁTICA PROFISSIONAL

As mensagens referentes a essa categoria, de modo geral, priorizaram a competência política, o que pode ser identificado nas duas



categorias e nos dois grupos de agentes. Reafirmaram continuamente nas falas o que consideram não estar ainda acontecendo. Entendem a competência técnico-científica como sendo algo já instituído - um saber-fazer conhecido enquanto a competência política ainda é considerada um vir-a-ser.

Tal priorização pode ser atribuída ao fato de as discussões sobre competência política terem se iniciado tardiamente na enfermagem, uma vez que estas se intensificaram só na década de 1980. Pode-se perceber também que para a maioria dos agentes a competência política é considerada como algo que se agrega à competência técnico-científica, quase como um apêndice e com múltiplos significados, destacando-se o **conhecimento** do contexto social e das políticas de saúde.

Tendo-se em conta que as práticas não são neutras e sempre respondem a determinados objetivos sociais, mesmo ao se referirem tão-somente à competência técnico-científica, os professores estão deixando entrever uma determinada orientação política. Há que considerar ainda que se faz necessário o questionamento tanto da finalidade como da resolutividade da prática profissional, assim não há como separar essas dimensões.

Tomadas na sua integralidade, as mensagens deixam entrever uma visão de competência profissional calcada no desempenho técnico. Isto pode ser observado pelo fato de a competência científica ser considerada um atributo que irá conferir cientificidade a este desempenho e assim imprimir maior importância à prática. E o político é relacionado a necessidade da prática do

enfermeiro ser responsável e humanizada ou levar em consideração o contexto social da população atendida.

Cabe ressaltar que, à medida que a prática do enfermeiro “ {...} traduz a lógica institucional e não a lógica do trabalho pleno ..”, o profissional não encontra espaço para ir além da técnica. Num sistema em que a “ ... disciplina conforma as técnicas, os corpos e aos poucos os comportamentos...” “... o humano perde sentido” (Leopardi, 1996, p.15-6). O que leva a concluir que, embora as mensagens reafirmem a importância da humanização da assistência, esta ainda encontra inúmeras barreiras institucionais para ser concretizada.

Os núcleos de pensamento deixam evidente as questões referidas e o controle exercido sobre o discurso em contextos de atuação específicos.

Núcleo de Pensamento: Prática embasada em Conhecimentos

Ao indicarem o que entendem por competência técnico-científica, os agentes se reportam à atuação do enfermeiro nos serviços de saúde destacando a importância dos conhecimentos científicos na prática profissional:

*“A prática vai no fazer, com as dicas do dia a dia ... tem que ter uma fundamentação para saber por que está fazendo”.*⁴

De modo geral referem-se à prática sem especificar as atividades consideradas como sendo de competência do enfermeiro. Essas atividades são:

administrativa, assistencial, educativa e de pesquisa, conforme indicado no Parecer 314/94-CFE (anexo n.5), e, quando as especificam, dão ênfase ao cuidado direto ao paciente. Sabe-se, no entanto, que a atividade mais exercida pelo enfermeiro é a administrativa, uma atividade negada na fala dos agentes deste estudo.

A razão da concepção idealizada da profissão (cuidado direto), que é largamente enfatizada no ensino, pode ser relacionada à descaracterização da função administrativa, quando o enfermeiro se envolve com atividades burocráticas ao invés de subordinar a administração aos fins da enfermagem (Trevisan, 1987). É correto afirmar, no entanto, que, para muitos professores de Enfermagem, o cuidado direto ao paciente constitui função primordial do enfermeiro. De modo que salientam a função reparadora não explicitando a função executora dos enfermeiros no âmbito das agências reparadoras.

As mensagens reproduzem, assim, o discurso vigente no ensino de Enfermagem principalmente em dois aspectos: um desses aspectos se refere à importância do científico como sendo o que confere sentido ao trabalho desenvolvido e à utilização desse conhecimento como diferencial das demais categorias de enfermagem:

"O auxiliar de enfermagem até tem competência técnica mas não sabe porque está fazendo"

O outro aspecto refere-se à idéia de que o cuidado direto constitui essência da prática do enfermeiro, mesmo que este não o exerça, já que ele o delega aos demais integrantes da equipe de enfermagem, principalmente aos auxiliares de enfermagem, que na realidade **cuidam** reforçando a divisão entre concepção e execução. Esta posição evidencia uma variação importante entre o novo currículo mínimo e as mensagens dos agentes, uma vez que esse currículo estabelece 15% da carga horária para a área administrativa. Assim das 3.500 horas, 525 horas são destinadas a essa área, constituindo um aumento considerável, visto que, de modo geral, não se destinava mais que um terço desse total para as disciplinas voltadas para a administração.

As variações também se fazem presentes no que se refere à atividade educativa e de pesquisa, como já foi referido. Ambas de fundamental importância; a educação em serviço pelo fato de constituir instrumento imprescindível para uma assistência de qualidade, dado o rápido avanço científico, e a educação em saúde pela importância da compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais da situação de saúde pela população, bem como dos seus direitos. Quanto à pesquisa, sabe-se que esta não está incorporada no cotidiano do trabalho do enfermeiro, nem como produtores e nem mesmo como consumidores dos resultados das investigações científicas encontrados na literatura, como constatado por Jouclas et al. (1997). Causa estranheza, no entanto, ser pouco referida pelos professores deste estudo considerando a sua importância para o desenvolvimento da profissão e também

por constituir função própria das universidades, entendidas por Bernstein (1996) como agências modeladoras.

Núcleo de Pensamento: Prática Humanizada

Esse núcleo de pensamento refere-se à compreensão dos agentes da área hospitalar sobre competência política. Associam essa competência a uma prática que deve considerar o paciente como ser humano:

“não é só fazer um curativo, uma injeção ..., mas que consegue ver o paciente como ser humano...” com suas *“necessidades afetadas”*; como cidadão que tem *“direitos que devem ser respeitados”*. Indicam também preocupação com a qualidade do cuidado prestado: *“tudo acaba tendo um resultado social e político, de gasto com a saúde, de condições de vida e recuperação de pessoas que tiveram sua saúde agredida”*.

A idéia da humanização da prática tem sido muito enfatizada no ensino da Enfermagem em que se destaca a interação enfermeiro-paciente com base nas ciências humanas, principalmente na psicologia e mais recentemente na antropologia.

Tal concepção, de acordo com Nunes (1996), busca responder aos desafios da prática do enfermeiro que lida com as reações das pessoas aos problemas de saúde e com os efeitos dessas reações sobre as suas vidas, o que



constitui processo dinâmico em constante transformação. Dai a necessidade de buscar apoio em tais áreas de conhecimento.

Embora algumas mensagens se refiram ao contexto social e à necessidade de conhecer a realidade e transformá-la, a maioria centrou sua atenção naquilo que ocorre no interior do contexto institucional sem considerar a conjuntura do país, evidenciando forte isolamento da prática no contexto hospitalar.

Núcleo de Pensamento: Prática Contextualizada

A competência política é entendida pelos agentes da área de saúde coletiva como a capacidade de desenvolver uma prática contextualizada e participativa.

Ao se referirem à prática contextualizada deixam entrever a compreensão de competência política como capacidade de desvendar as relações de poder no que se refere ao processo de trabalho em saúde e aos determinantes sociais e econômicos que conformam as práticas de saúde no país.

Esta visão da prática profissional e da sua inserção no processo de produção de serviços de saúde está de acordo com as diretrizes do novo currículo mínimo, que indica que a “Compreensão conjuntural do país e, nesta, o contexto da saúde deve constituir-se em referência no ensino da Enfermagem”, como pode ser visto no anexo n.5.

Percebe-se nesse núcleo o potencial para a transformação, embora ainda limitado ao conhecimento da conjuntura, sem especificar uma ação voltada para transformação do que é percebido.

Núcleo de Pensamento: Prática Participativa

Nesse núcleo de pensamento, os agentes da área de saúde coletiva, ao indicarem a necessidade de participação do enfermeiro em movimentos sociais, órgãos de classe e na efetivação da reforma sanitária, colocam o enfermeiro como ator social. Embora nem sempre especifiquem a finalidade desta participação, já deixam entrever a compreensão de que a prática deve estar integrada ao movimento mais geral dos diversos atores que atuam no âmbito do setor saúde.

Núcleo de Pensamento: Prática Questionada

Nas mensagens dos dois grupos (área hospitalar e área de saúde coletiva) percebe-se uma avaliação crítica da prática profissional. Consideram que o enfermeiro está voltado unicamente para o cumprimento das tarefas, sem visão do contexto institucional em que atua e do contexto social mais amplo. Apontam ainda que este não é um profissional questionador, reproduzindo o que está dado e que é passivo quando se trata de reivindicar seus próprios direitos. Enfim, consideram o enfermeiro um profissional voltado para atividades burocráticas e distante do cuidado tão enfatizado no ensino. Indicam, com isto,

forte isolamento entre o ensino e o serviço certamente com sérias repercussões sobre o ensino, uma vez que uma efetiva integração possibilitaria maior compreensão dos limites e das possibilidades existentes nas instituições de saúde e o reforço à articulação de projetos voltados para o redirecionamento da prática da enfermagem.

CATEGORIA - AÇÃO FORMATIVA

Essa categoria contempla as mensagens dos agentes sobre a prática pedagógica que desenvolvem no processo de formação com a finalidade de propiciar a competência técnico-científica e política do enfermeiro.

A preocupação dos agentes com a formação da competência é relacionada à metodologia utilizada no ensino e às experiências de aprendizagem oportunizadas para a formação do aluno questionador e crítico, mas de modo geral indicam um ensino tradicional sendo poucas as referências sobre ações pedagógicas inovadoras, conforme indicado pelos núcleos de pensamento.

Núcleo de Pensamento: Vivência Reflexiva da Realidade

Embora os dois grupos de agentes tenham priorizado a vivência reflexiva da realidade como uma das formas de propiciar a formação da postura crítica e questionadora do aluno, esta é concebida do modo diferente pelos dois grupos. Os agentes da área hospitalar enfatizam a responsabilidade do aluno ao prestar cuidados ao paciente durante os estágios, no sentido de se evitar, por



exemplo, a infecção hospitalar ou escaras de decúbito enfatizando novamente o cuidado direto e reforçando a função reparadora. As disciplinas que estes agentes ministram referem-se de fato na sua maioria à área assistencial, mas, como indica Ide (1995), quando o enfermeiro atua na assistência, o que não é tão comum, ele atua geralmente na coordenação dessa assistência, o que pressupõe um ensino que contemple também esta atividade e que propicie, ao mesmo tempo, uma reflexão que englobe toda a complexidade do processo de produção dos serviços de saúde.

Na área da saúde coletiva observa-se a preocupação em propiciar ao aluno uma vivência que englobe as diferentes ações desenvolvidas nos serviços. Algumas mensagens indicam a adoção de novas metodologias de ensino em que o aluno parte da análise da realidade selecionando, então, os conhecimentos que se fazem necessários para a compreensão dessa realidade. Ocorre a problematização da realidade o que leva o aluno a entender o contexto os seus limites e suas possibilidades. Tal enfoque é preconizado pelo novo currículo mínimo que indica: "O estudo teórico deve emanar dos problemas práticos vivenciados pelos alunos a medida em que estes ocorrem no dia a dia das atividades de aprendizagem" (Anexo n.5).

A não referência a uma participação efetiva dos enfermeiros que atuam nos serviços no desenvolvimento dos estágios pode ser considerada uma variação, pois o novo currículo preconiza esta interação como forma de diminuir o isolamento entre o ensino e o serviço.

Núcleo de Pensamento: Ensino Contextualizado

Esse núcleo de pensamento refere-se ao ensino teórico em sala de aula e deixa entrever a preocupação dos agentes dos dois grupos desse estudo em relacionar este ensino ao contexto. Para isto utilizam artigos de jornal, revistas, noticiários de televisão, filmes etc.

É ainda um ensino baseado na transmissão, mas já com a preocupação de contextualizar os conhecimentos historicamente acumulados, embora não necessariamente contextualizados com a realidade que os alunos irão encontrar nos serviços quando da realização dos estágios.

Trazer situações da vida social para dentro da sala de aula, analisando-as criticamente e humanizando-as é desejável desde que didaticamente não se dissocie a teoria da prática, o que parece não acontecer, pois os estágios são descritos como tendo lógica própria dando idéia de concepção que os dissocia da teoria desenvolvida em sala de aula.

Núcleo de Pensamento: Respeito à Legislação

As mensagens dos agentes da área hospitalar revelam grande preocupação com o conhecimento e a obediência à legislação, tanto a específica da profissão como outras que tenham relação com esta, indicando aproximação com o novo currículo que considera a legislação do exercício profissional como referência para o ensino.

A desconsideração com a legislação profissional poder ser constatada no ensino, conforme constatado por Nakamae (1992), uma vez que ao aluno não é propiciado o preparo para todas as atividades privativas do enfermeiro. Também não é cumprida nos serviços de saúde em que o pessoal de nível médio e até elementar substituem o enfermeiro por ser menos oneroso para a instituição.

Núcleo de Pensamento: Ensino questionado

Os agentes da área da saúde coletiva consideram que o ensino não propicia a formação da consciência crítica, pois, quando os alunos iniciam os estudos nas disciplinas que estes professores ministram, não demonstram postura crítica e tampouco visão do contexto. Também consideram que os mesmos têm conhecimentos insuficientes e não estão motivados para os estudos que se fazem necessários nas disciplinas.

Indicam que há falhas na formação, tanto no que se refere ao domínio de conhecimentos como de análise da conjuntura social. Isto leva ao questionamento sobre qual competência técnico-científica e política este aluno está adquirindo no processo de formação, uma vez que a competência profissional não se adquire numa disciplina, mas resulta de um projeto pedagógico pensado para o curso como um todo. Constata-se, assim, forte isolamento entre as disciplinas, cada uma com sua especificidade e suas fronteiras bem delimitadas.



7. **BUSCANDO** A partir dessa análise foi possível identificar os códigos que norteiam a prática pedagógica dos agentes. Na categoria **Prática Profissional** as mensagens indicam a reafirmação de códigos que refletem a visão hegemônica no setor saúde, tanto no que se refere à concepção de saúde com ênfase na assistência curativa e individualizada como o reforço à divisão técnica e social do trabalho. Na categoria **Ação Formativa** ficou evidente a existência de códigos que reforçam um ensino com forte isolamento entre as disciplinas e entre as instituições (ensino e saúde) e um ensino pautado na transmissão com dissociação teoria/prática. Mas nas duas categorias foi possível identificar também códigos em reelaboração, que indicam um potencial para a transformação do ensino da Enfermagem. Destaca-se a necessidade de participação do enfermeiro em movimentos sociais e na implantação do SUS o questionamento sobre o espaço existente no contexto hospitalar para a prática da cidadania e a necessidade de a assistência de enfermagem ser responsável e humanizada. Indicam também que propiciam uma vivência ao alunos, em serviços de saúde, voltada para conscientização da clientela, sobre os seus direitos e a utilização de metodologia que problematiza a realidade vivenciada.

7 BUSCANDO CAMINHOS

Novas formas de pensar estão sendo hoje geradas modificando, de modo especial, a relação do homem com o conhecimento e com o trabalho. Observa-se também uma progressiva expansão da consciência quanto à responsabilidade com a qualidade da vida no planeta. No entanto, a realidade nos mostra a todo momento que se essa nova forma de pensar não corresponder a um novo agir de nada adiantará, pois não terá caráter transformador.

Ocorre que essas novas formas de pensar levaram o homem a questionar as suas verdades e certamente não constitui tarefa fácil buscar caminhos em uma era de tantas incertezas. Incertezas essas que levam a constantes dúvidas sobre as respostas que se encontram para os problemas existentes. É preciso, então, aprender a conviver com as incertezas sem que estas bloqueiem novas possibilidades.

Este trabalho está voltado para a busca de novas possibilidades no processo de formação do enfermeiro. Um repensar do que significa propiciar a formação de um enfermeiro com competência profissional para a atualidade.

O estudo de campo mostrou alguns sinais que serão considerados nesta reflexão sobre a busca de novos caminhos. São sinais que indicam a existência do que pode ser considerado como uma porta fechada para a implementação de uma nova proposta para a formação do enfermeiro. Esta porta denomina-se **ISOLAMENTO** entre agentes e discursos, reflexo da concepção

linear e mecanicista do conhecimento e da divisão técnica e social do trabalho na Enfermagem.

Quanto mais forte o isolamento, mais delimitada, mais específica e mais fechada é cada categoria. Isto não significa que estas categorias não devam conservar suas especificidades. A questão que se coloca é como estas diferentes categorias podem interagir entre si, diminuindo as barreiras que impedem a formação para uma prática que possa responder aos desafios da realidade social.

A crise da demarcação nítida entre diferentes áreas, diferentes objetos já é bastante visível, no entanto, ainda se constatou neste estudo um forte **isolamento** entre as **disciplinas curriculares**, entre **ensino/serviço**, entre **teoria/prática**, entre **assistência preventiva/curativa**, entre os instrumentos da prática: **cuidado, gerência, pesquisa e educação** e entre as diferentes **categorias profissionais**.

“Uma sociedade é produzida pelas interações entre indivíduos e essas interações produzem um todo organizador que retroage sobre os indivíduos para co-produzi-los enquanto indivíduos humanos”(Morin, 1996, p.182)

É essa visão do todo e a compreensão da interação entre as partes que precisa ser resgatada no ensino da Enfermagem. Uma compreensão do todo que é mais que a soma das partes, uma vez que o todo retroage sobre as partes, que, por sua vez, retroagem sobre o todo (Morin, 1996).

As interações que ocorrem continuamente na sociedade não podem ser compreendidas quando se trata o conhecimento de forma fragmentada. Não significa abordar todos os seus aspectos mas considerar suas múltiplas dimensões. Significa que ao tratar da parte de um todo é necessário compreender esse todo.

A área da saúde, por exemplo, como um todo complexo envolve os serviços de saúde, a população, os profissionais que atuam nos serviços, a formação desses profissionais. Qualquer uma dessas partes precisa ser compreendida em si e na sua relação com o todo. Isto significa que é preciso também entender como os contextos locais interagem entre si e com os contextos sociais mais amplos.

No caso da assistência desenvolvida nos serviços de saúde, por exemplo, esta constitui um “[...] processo de profunda inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta...o usuário é co-partícipe do processo de trabalho e, frequentemente, co-responsável pelo êxito ou malogro da ação terapêutica” (Nogueira, 197, p.72). Desse modo não se pode considerar a questão da assistência, tão somente, a partir de princípios e condutas gerais, pois implica em relações interpessoais fundamentais na sua definição.

Com base nesta compreensão da saúde como um todo complexo, entendendo as suas múltiplas inter-relações e a finalidade das práticas que integram o processo de produção dos serviços de saúde é que pode-se definir a finalidade da educação em Enfermagem.



Se a finalidade está voltada para a mudança dos perfis epidemiológicos da população, como afirma Queiroz & Salum (1996), requer-se um enfermeiro instrumentalizado para propiciar uma assistência resolutiva e de qualidade. Significa, acima de tudo, formar o profissional cidadão comprometido com a humanização da sociedade, isto é, com a defesa da vida.

Tal finalidade pressupõe competências que ultrapassam o domínio de habilidades técnicas inerentes à área profissional, requer enfermeiros com:

1. Capacidade para interpretar a realidade social compreendendo a sua dinâmica e a interdependência das diferentes áreas de conhecimento;
2. Predisposição e capacidade para gerar, facilitar e participar de processos de mudanças, articulando projetos políticos que contribuam com a conquista da saúde como direito o que implica compreender que a equidade em saúde deve estar associada à qualidade da atenção;
3. Predisposição para promover e fortalecer os serviços de saúde, as organizações populares e as instâncias de controle social como os Conselhos de Saúde;
4. Capacidade técnico-humanística para desenvolver práticas gerenciais, assistenciais e educativas voltadas para a busca da ampliação dos recursos protetores de modo a evitar a ocorrência ou o agravamento dos danos causados à saúde;
5. Capacidade para desenvolver a prática da investigação comprometida com a construção do conhecimento e a busca de soluções para os problemas sociais;

6. Capacidade de comunicação com diferentes interlocutores e de articulação do saber acadêmico com o saber cultural;
7. Capacidade de análise crítica quanto a efetividade e a ética da assistência à saúde prestada à população e de se posicionar com responsabilidade frente às situações encontradas;
8. Capacidade de trabalhar com grupos respeitando os diferentes níveis de compreensão da realidade;
9. Capacidade para desenvolver uma prática pedagógica comprometida com a necessidade de contínuo aperfeiçoamento dos trabalhadores da saúde e de modo especial os da enfermagem;
10. Capacidade para utilizar as novas tecnologias da informação para o desenvolvimento profissional, a busca de soluções para os problemas sociais e a divulgação do resultado das pesquisas para a comunidade;
11. Predisposição para trabalhar em projetos comuns que envolvam diferentes profissionais e diferentes instituições;
12. Predisposição para a busca do contínuo aperfeiçoamento e para acompanhar as mudanças sociais.

Considerar tais competências implica entender a educação como processo de construção e reconstrução do conhecimento em que a educação formal constitui um espaço privilegiado para o seu desenvolvimento. Nesse sentido, é preciso despertar no aluno o desejo de buscar e partilhar conhecimentos instrumentalizando-o para essa busca. E mediante a prática da investigação

colocar os conhecimentos em contato com a realidade social submetendo-os às transformações que serão geradas nesse encontro e questionando continuamente a sua finalidade.

É fundamental também que, no enfrentamento das situações de trabalho em toda a sua complexidade, os alunos possam desenvolver a autonomia, o discernimento e a responsabilidade ética frente às situações encontradas. Para isto, é necessário propiciar-lhes a compreensão das bases políticas, sociais e econômicas da sociedade levando-os a perceberem seu próprio sistema de referência, para que possam reconhecer a base social das suas percepções (Giroux, 1996).

O eixo metodológico dos Cursos de Enfermagem, por sua vez, deverá contemplar fundamentalmente a **INTERAÇÃO**:

- Entre as diferentes área de conhecimento do currículo superando o ensino por disciplinas estanques, isoladas e fechadas na sua especificidade e propiciando a interação entre a assistência, gerência, pesquisa e educação;
- Entre o ensino, o serviço e a comunidade diminuindo a distância entre os que ensinam e os que executam e criando espaços para a construção de novas relações entre profissionais, alunos e a população;
- Entre os diferentes níveis de ensino da enfermagem (auxiliar, técnico, graduação e pós-graduação), de modo a contribuir com a superação da relação de dominação/submissão existente na prática assistencial.



- Entre os professores e os alunos, de modo que estes últimos sejam considerados sujeitos ativos e críticos na construção do seu conhecimento;
- Entre o ensino, a pesquisa e os problemas prioritários de saúde da população propiciando o questionamento e a permanente reconstrução do conhecimento;
- Entre os diferentes cursos da área da saúde mediante o desenvolvimento de projetos de ensino/pesquisa/extensão, de modo a favorecer a formação para o trabalho cooperativo, solidário e de respeito mútuo;
- Entre os departamentos que ministram aulas no curso mediante o desenvolvimento de projetos de pesquisa multiprofissionais e interdisciplinares;
- Dos alunos com a profissão, propiciando desde o início do curso espaço para estudos referentes às áreas de atuação profissional e à busca de soluções para os problemas identificados.

Enfim, é preciso abrir as portas para novas idéias levando a ações transformadoras que diminuam os isolamentos e gerem aproximação com a realidade social.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao direcionar esse estudo para o processo de formação do enfermeiro buscou-se identificar os significados atribuídos pelos professores de enfermagem à competência técnico-científica e política, situar as contradições que envolvem tal formação e apontar para a possibilidade de redimensionar a busca da competência no processo de formação.

Os significados atribuídos à competência técnico-científica e política do enfermeiro pelos agentes deixam entrever ainda uma grande distância para a formação requerida, que se traduz principalmente pelo forte isolamento entre as categorias (agentes e discursos).

As contradições entre o que preconiza o novo currículo como modo de garantir a ampliação e permanente atualização do processo de formação, tais como: flexibilização curricular, integração ensino/serviço, existência de grupos de pesquisa, de recursos bibliográficos e didáticos, qualificação do corpo docente e intercâmbios institucionais, e as reais condições dos cursos também indicam limites a serem superados.

Considera-se, assim, a partir do estudo realizado que o redimensionamento da busca da competência no processo de formação do enfermeiro deve contemplar a superação do *isolamento entre as categorias (discursos e agentes); a melhoria das condições de trabalho e a transformação da prática pedagógica dos agentes.*

A busca da superação do isolamento existente entre as categorias requer a construção de propostas inovadoras, que possam refazer os elos entre as diferentes áreas de conhecimento, entre as instituições e entre os agentes. Significa estabelecer uma nova lógica de trabalho tomando-se o conhecimento nas suas múltiplas dimensões. Significa, também, subordinar tal conhecimento aos valores éticos como dimensão que perpassa todas as atividades acadêmicas dos alunos.

Com a aprovação da Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.9.394/96), que delega às universidades fixar os currículos dos seus cursos desde que sejam observadas as diretrizes gerais pertinentes, abrem-se novas possibilidades para a formação profissional, conforme indica o Edital n.4/97-MEC que orienta a proposição das diretrizes curriculares.

Entre as possibilidades existentes, a que se coloca como de fundamental importância para a construção de novas propostas é a flexibilização curricular. Tal flexibilização favorece a construção de currículos integrados e uma maior interação entre os diferentes níveis de ensino de enfermagem e com os serviços. Abre ainda espaço para o aluno optar por diferentes áreas de conhecimento de maior interesse para sua formação profissional.

Cabe destacar também a intenção, percebida em algumas mensagens, de romper os isolamentos, ultrapassando a visão fragmentada para uma visão de totalidade. Tal intenção expressa pelos agentes busca superar uma visão idealizada da prática para uma compreensão do real em toda sua

complexidade. A introdução de ações pedagógicas inovadoras e a compreensão da prática profissional contextualizada e participativa denotam o desejo de transformação e indicam que esta é possível de ser concretizada.

Para a melhoria das condições de trabalho, tornam-se necessários estudos no âmbito das instituições de ensino no sentido de propiciar as condições necessárias para a implementação de novas propostas. Condições estas que dizem respeito à criação de espaços favoráveis para o desenvolvimento de projetos de ensino/pesquisa/extensão interdisciplinares e de interação com a sociedade. Para isto se faz necessário diminuir a burocracia acadêmica e administrativa da atual estrutura institucional e viabilizar os recursos necessários para a prática pedagógica requerida.

A transformação da prática pedagógica, requer por sua vez, um ambiente de trabalho que favoreça a reflexão e propicie a reelaboração dos códigos que norteiam a ação. Um primeiro passo é criar condições para a construção coletiva de projetos pedagógicos. Nesta construção vão se reconstruindo também as práticas pedagógicas na medida em que se explicitam as concepções existentes sobre a formação do enfermeiro, bem como, os valores e as crenças que são transmitidos aos alunos, de modo que estes atuem a favor da finalidade educacional estabelecida.

Um segundo passo diz respeito a instrumentalização dos professores para uma nova prática. Nesse sentido deve ocorrer maior aproximação com a prática profissional, e uma formação pedagógica que propicie uma relação



ensino/aprendizagem que possibilite aos alunos conhecer-se e identificar seu próprio movimento na construção e re-construção do conhecimento, de modo que este não seja concebido como algo separado dos sujeitos, propiciando espaço para a liberdade de pensamentos e sentimentos e para a criatividade.

É, preciso, enfim, propiciar a produção de novos significados para a vida pessoal e para uma competência técnico-humanística que favoreça uma intervenção que propicie maior resolutividade da assistência prestada e que tenha como base a valorização da vida.



9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU JÚNIOR, L. *Conhecimento transdisciplinar: o cenário epistemológico da complexidade*. Piracicaba: Unimep, 1996. 203p.
- ADORNO, T. W. *Educação e emancipação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 190p.
- ALCÂNTARA, G. *A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira*. Ribeirão Preto: USP, 1966. 117p.
- ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, J. S. Y. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128p.
- ALMEIDA, M. L. M. *A prática educativa do enfermeiro*. Curitiba, 1985. 172p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.
- ALMEIDA, M. C. P. et al. . A pesquisa no ensino de pós-graduação em enfermagem "stricto sensu". In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 8, 1995, Ribeirão Preto. *Anais ...* Ribeirão Preto: ABEn, 1995. p.16-31.
- ALMEIDA, M. C. P. et. al. Os determinantes dos modelos assistenciais e qualificação da força de trabalho em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. *Anais ...* São Paulo: ABEn, 1997. p.150-65.
- ARRUDA, E. N. et al. A pesquisa no cotidiano da enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 8, 1995, Ribeirão Preto. *Anais ...* Ribeirão Preto: ABEn, 1995. p.44-60.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM-ABEn. *Relatório final de levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil - 1956-1958*. Brasília: ABEn, 1980. 401p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM-ABEn. *Relatório final do 3º SENADEn*. Rio de Janeiro: ABEn, 1998. 14p.

- BAPTISTA, S. S. , BARREIRA, I. de A. Condições de surgimento das escolas de enfermagem brasileiras (1860-1996). *Rev. Altern. de Enferm.* (Rio de Janeiro), Janeiro, v.1, n.2, p.4-17, 1997.
- BARROS, S. M. F. Política educacional em enfermagem. In: SEMINÁRIO A PRÁTICA ENFERMAGEM E O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO, 1985, Ribeirão Preto. *Anais ...* Ribeirão Preto: USP, 1985. p.13-33.
- BERGER, P. L., LUKMANN, T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1976. 247p.
- BERLINGER, G. *Ética e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. 136p.
- BERNSTEIN, B. *A estruturação do discurso pedagógico: classe, códigos e controle*. Petrópolis: Vozes, 1996. 307p.
- BLOOM, B. et al. *Taxionomia de objetivos educacionais: domínio cognitivo*. Porto Alegre: Globo, 1973. 180p.
- BUSSINGER, E. C. A. et all. A socialização da produção científica na enfermagem: situação atual e perspectivas. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9, 1997, Vitória. *Anais...* Vitória, 1997, p.54-68.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação. Câmara de Ensino Superior. *Parecer 314/94*. Relator: Virgínio Cândido Tosta de Souza. 6 abr. 1994. *Documenta*, n.399, p.272-85, 1994.
- BRASIL. Portaria n. 1721, 15 dez. 1994. Dispõe sobre a formação do Enfermeiro em curso de graduação e revoga a Resolução n.4 de 25 fev. 1972. *Diário Oficial*, (Brasília), n.238, p.19801-2, 1994. Seção 1.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Manual de legislação*. 7.ed. São Paulo: Atlas, 1996. 228p.
- BRASIL. Sociedade Civil Bem Estar familiar no Brasil. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*. Rio de Janeiro: BENFAM, 1997. 180p.
- BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1991. 276p.

- BREILH, J. Globalizacion y las condiciones de vida y salud en América Latina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ABEn, 1997. p.53-69.
- CADERNOS RH SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, n.1, 1993. 213p.
- CARVALHO, A. C. de. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976*. Brasília: ABEn, 1976. 514p.
- CARVALHO, G. I. , SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90 e 8.142/90) Sistema Único de Saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1995. 394p.
- CARVALHO, V. A enfermagem de saúde pública como prática social. *Esc. Anna Nery- Rev. de Enferm.* (Rio de Janeiro), n. de lançamento, p.25-41, 1997.
- CASTELLANOS, B. A quem oferecemos o cuidado de enfermagem. SEMINÁRIO NACIONAL O PERFIL E A COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO, 1, 1987, Brasília. *Anais ...* Brasília: ABEn, 1987. p.81-94.
- CASTELLANOS, B. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. *Anais ...* Florianópolis: UFSC, 1989. p.147-69.
- CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 1995. 440p.
- CHOMPRÉ, R. R. Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. *Anais ...* São Paulo: ABEn, 1997. p.150-65.
- CHRISTÓFARO, M. A. C. Currículo mínimo para a formação do enfermeiro na ordem dia. *Rev. Bras. de Enferm.* (Brasília), v.44, n.2/3 p.7-9, 1991.
- CODINA, J. Futuros cenários para os profissionais da saúde: um estudo feito na Catalunha. *Changing-Educação e Prática Médica*. (Londrina), n.8, p.18-19, 1995.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. População de profissionais de enfermagem cadastrados até 30/05/1998. Ofício Circular do COFEn nº 113/98. Rio de Janeiro: COFEn, 1998.

- COMISSÃO DE ESPECIALISTAS SESU/MEC, COMISSÃO DE EDUCAÇÃO DA ABEn. Subsídios para a elaboração de uma proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro. *Rev. Bras. de Enferm.* (Brasília), v.42, n.3/4, p.175-258, 1988.
- DALLARI, S. G. *Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. 135p.
- DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1992. 287p.
- DEMO, P. *Educar pela pesquisa*. 2.ed. Campinas: Autores Associados, 1997a. 129p.
- DEMO, P. *Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1997b. 317p.
- EGRY, E. Y. , FONSECA, R. M. G. S. Dimensão pedagógica da integração docente assistencial: uma estratégia de intervenção no saber/fazer em saúde coletiva. *Rev. Saúde em Debate*. (Londrina), n. 42, p.16-39, 1994.
- ELIAS, P. E. M. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A., ELIAS, P. E. M. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996. 117p.
- ENGUITA, M. F. O discurso da qualidade e a qualidade do discurso. In: GENTILLI, P. A. A., SILVA, T. T. (Org.). *Neoliberalismo, qualidade total e educação*. visões críticas. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995. 295p.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1996. 79p.
- JOUCLAS, V. M. G. et all. A pesquisa no cotidiano dos enfermeiros-desafio para uma competência renovadora. In: SEMINÁRIO NACIONAL EM SAÚDE DO ADULTO, 2, 1997, Curitiba. *Programa e Resumos...* Curitiba: GEMSA, 1997. p.27.
- GARRAFA, V. Bioética: os limites da manipulação da vida. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. *Anais ...* São Paulo: ABEn, 1997, p.127-35.

- GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1983. 106p.
- GERMANO, R. M. A contribuição social da ABEn na enfermagem brasileira. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. *Anais ...* São Paulo: ABEn, 1997, p.150-65.
- GERSCHMAN, S. A formulação de políticas sociais. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995. p. 119- 38.
- GEORGE, J. et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médica, 1993. 338p.
- GIROUX, H. A. *Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 270p.
- GOBLE, R. A assistência multiprofissional e a educação. *Changing: Educação e Prática Médica*. (Londrina), n. 8, p.24-5, 1995.
- GUADILLA, C. G. Identificação das mudanças no discurso sobre a universidade latino-americana. In: WARDE, M. J. (Org.) *Dilemas do ensino superior na América Latina*. Campinas: Papirus, 1994, p.59-99.
- GORZ, A. *Adeus ao proletariado: para além do socialismo*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- HABERMAS, J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1968. 147p.
- IANNI, O. Neoliberalismo: poder mundial. *Medicina-Conselho Federal*. (Brasília), v.10 n. 79, p. 24, mar. 1997.
- IDE, C. A. C. *Fundamentos e perspectivas para a gestão da formação e utilização da força de trabalho na enfermagem*. São Paulo, 1989. 314 p. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de São Paulo.
- IDE, C. A. C. *O papel da universidade na promoção, organização, articulação e divulgação de conteúdos específicos*. São Paulo, 1992, 13p. (Mimeogr.).
- IDE, C. A. C. *O ensino superior em enfermagem: o núcleo de significações para a expressão de uma nova ação pedagógica*. São Paulo, 1995. 143p. Tese (Livre Docência) - Universidade de São Paulo.

- IYDE, M. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: UNESP, 1994. 148p.
- ISAMBERT-JAMATI, V. O apelo à noção de competência na Revista L'Orientation Scolaire et Professionnelle - da sua criação aos dias de hoje. In: ROPE, F. , TANGUY L. *Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa*. Campinas: Papirus, 1997. p.103-33.
- JACOBI, P. *Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico* São Paulo, 1974-1984. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1993. 174p.
- KOSIK, K. *Dialética do concreto*. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995. 248p.
- LEOPARDI, M. T. Ciência e arte: um diálogo possível. *Texto Contexto Enferm.* (Florianópolis), v.5, n.1, p.11-17, 1996.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80. *Physis - Rev. de Saúde Coletiva*. (Rio de Janeiro), v.1, n.1, p.77-96, 1991.
- MACHADO, M. H. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1995a. 193p.
- MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde: um bem público. *Rev. Saúde em Debate* (Londrina), n.48, p.54-7, 1995b.
- MAGALHÃES, L. B. *A prática dos enfermeiros em postos de saúde municipais no Estado do Paraná e sua relação com a formação profissional e a organização dos serviços*. São Paulo, 1991. 122p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo.
- MARKERT, W. Novas formas de trabalho e de cooperação na empresa: possibilidades de formação do indivíduo e desenvolvimento da competência de formação do ambiente. In: _____. *Teorias de educação do iluminismo, conceitos de trabalho e do sujeito*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994, p.131-48.
- MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino/serviço: dez anos de integração docente/assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995. 118p.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 310p.



- MENDES, M. M. R. *O ensino de graduação em enfermagem, entre 1972 e 1994 - mudança de paradigma curricular ?* Ribeirão Preto, 1996. 312p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo.
- MÉDICE, A. C. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. *Cad. RH - Saúde*. Brasília, v.1, n.3, p.41-9, 1993.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992. 269p.
- MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. 336p.
- NAKAMAE, D. D. *Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão*. São Paulo: Cortez, 1987. 120p.
- NAKAMAE, D. D. *Formação de atitudes ético-profissionais: pensamentos e experiências de estudantes de enfermagem*. São Paulo, 1992. 97p. Tese (Livre Docência) - Universidade de São Paulo.
- NOGUEIRA, R. P. A política de saúde e a formação de recursos humanos. In: SEMINÁRIO A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO, 1985, Ribeirão Preto. *Anais ...* Ribeirão Preto: ABEn, 1985. p1-12.
- NOGUEIRA, R. P. As dimensões do trabalho ou saúde. In: AMANCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Ag.) *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138p.
- NORDMARK, M. T. , ROHWEDER, A. W. *'Scientific principles applied to nursing: a reference for nurse educators*. Filadélfia: J.B. Lipincott, 1959. 276p.
- NOSELLA, P. Compromisso político como horizonte da competência técnica. *Educação & Sociedade*. (São Paulo), p.91-7, 1983.
- NUNES, A. M. P. Concepções sobre o processo saúde-doença na enfermagem ciência e arte. *Texto Contexto Enferm*. (Florianópolis), v.5, n.1, p.34-45, 1996.
- OFFE, C. *Trabalho & sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. v.1. p.215.

OFFE, C. Sistema educacional, sistema ocupacional e política da educação - contribuição à determinação das funções sociais do sistema educacional. *Educ. & Soc.* (São Paulo), n.35, p.9-57, 1990.

OFFE, C. *Trabalho & sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. v.2. 180p.

PAIM, J. S. Estratégias para integração multidisciplinar e multiprofissional na prática de saúde: o âmbito da graduação. *Rev. Baiana de Enferm.* (Salvador), v.6, p.37-47, 1993.

PAIXÃO, W. *História da Enfermagem*. 5.ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1979. 138p.

PARSONS, E. A enfermagem moderna no Brasil. *Escola Anna Nery Rev. de Enferm.* (Rio de Janeiro), n. de lançamento, p.10-24, 1997.

PINHEIRO, M. R. S. Aplicação do novo currículo mínimo ao curso de graduação da Escola de Enfermagem da USP. *Rev. Bras. de Enferm.* v.26, n. 4/5, p.293-307, 1973.

PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e na enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.155p.

POLAK, Y., N. *A corporeidade como resgate do humano na enfermagem*. Pelotas: Universitária/UFPel., 1997. 151p.

QUEIROZ, V. M. , SALUM, M. J. L. Globalização econômica e a apartação da saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. *Anais ...* São Paulo: ABEn, 1997, p.150-65.

REDE IDA BRASIL. *Boletim*. (Salvador) v.11, n.20, 1996. 4p.

RIOS, T. A. *Ética e competência*. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1997. 87p.

RIZZOTTO, M. L. F. *Re-vendo a questão da origem da enfermagem profissional no Brasil: a Escola Anna Nery e o mito da vinculação com saúde pública*. Campinas, 1995. 108p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de Campinas.

SOUZA, M. F. O surgimento e a evolução histórica das teorias de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984. Florianópolis: *Anais...* Florianópolis: UFSC, 1984, p.230-48.



- RODRIGUES, E. *Integração docente-assistencial em saúde: origens, implicações e perspectivas*. São Paulo, 1979. cap. 1. Dissertação (Mestrado em medicina) Universidade de São Paulo.
- RODRIGUES, A. M. , LIBERALINO, F. N. OLIVEIRA, F. S. *Caracterizando os limites político-jurídicos das instituições de ensino de enfermagem*. s.n.t. 19p. (mimeogr.)
- ROPÉ, F. Dos saberes às competências? o caso do francês. In: ROPÉ, F. , TANGUY, L. (Org.) *Saberes e competências*. Campinas: Papirus, 1997, p. 69-101.
- ROPÉ, F. , TANGUY, L. Introdução. In: _____. *Saberes e competências*. Campinas: Papirus, 1997. 207p.
- SANTANA, J. P. de. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. *Rev. Saúde em Debate*, (Londrina), n.14, p.33-36, 1996.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1995. 348p.
- SAVIANI, D. Competência política e compromisso técnico ou (o pomo da discórdia e o fruto proibido). *Educação & Contexto*. (São Paulo), n. 15, p.111-43, 1983.
- SAVIANI, N. *Saber escolar, currículo e didática: problemas da unidade/conteúdo/método*. Campinas: Autores Associados, 1994. 235p.
- SCHRAIBER, L. *Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista*. São Paulo: Hucitec, 1989. 133p.
- SILVA, G. B. de. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986. 143p.
- SILVA, J. I. *Formação do educador e educação política*. São Paulo: Cortez, 1992. 96p.
- SILVA, J. P. A crise da sociedade do trabalho em debate. *Lua Nova - Rev. de Cult. e Pol.*. (São Paulo): CEDEC, n. 35, p.161-81, 1995.
- SOUZA, M. F. O surgimento e a evolução histórica das teorias de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis. *Anais ...* Florianópolis: UFSC, 1984, p.230-48.



- SOUZA, A. A. Integração docente-assistencial. *CADRHU II*- Unid.3-texto n.2. 1992, 20p.
- SOTO, M. I. Políticas para la formulacion de programas de formacion en enfermeria en Colombia. In: CONFERÊNCIA LATINOAMERICANA DE ESCUELAS Y FACULTADES DE ENFERMERIA, 4, 1994, La Paz. *Memórias ...* La Paz: Union de Universidades da América Latina, 1994, p.121-9.
- STEFANELLI, M. C. CAPES - Coordenadoria de aperfeiçoamento de pessoal de ensino superior. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9, 1997, Vitória. *Anais ...* Vitória, 1997, p.91-4.
- STONER, J. A. F. , FREEMAN, R. E. *Administração*. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1992.
- TANGUY, L. Competências e integração social nas empresas. In: ROPÉ, F, TANGUY, L. *Saberes e competência: o uso de tais noções na escola e na empresa*. Campinas: Papirus, 1997, p.167-99.
- TREVISAN, M. A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. *Rev. Bras. Enferm.* (Brasília), v.40, n.4, p.204-13, 1997.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Avaliação de uma proposta curricular para o Curso de Enfermagem da UFPR: relato de experiência.. Curitiba: PROGRAD, 1993. 68p. *Cadernos de Avaliação*, n.9.
- VASQUEZ, A. S. *Filosofia da praxis*. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 454p.



ANEXO I

DECRETO Nº 16.360/23, de 11 de dezembro de 1923

Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública (*)

Art. 129 - Na Escola de Enfermeiras será observado o seguinte programa de instrução:

(Parte Geral)

Princípios e métodos da arte de enfermagem;
 Bases históricas, éticas e sociais da arte de enfermagem;
 Anatomia e fisiologia;
 Higiene individual;
 Administração hospitalar;
 Terapêutica, farmacologia e matéria médica;
 Métodos gráficos na arte de enfermagem;
 Física e química aplicadas;
 Patologia elementar;
 Parasitologia e microbiologia;
 Cozinha e nutrição.

Arte de enfermagem

Em clínica médica;
 Em clínica cirúrgica;
 Em doenças epidêmicas;
 Em doenças venéreas e da pele;
 Em tuberculose;
 Em doenças mentais;
 Em pediatria;
 Em obstetrícia e ginecologia;
 Em oftalmologia, otorrinolaringologia;
 Em otiolaringologia.

ANEXOS

Higiene e saúde pública

Radiografia;
 Campo de ação da enfermagem;
 Problemas sociais e profissionais.

Parte especializada (quatro últimos meses)

Serviço de saúde pública; Serviço administrativo hospitalar; Serviço de dispensários; Serviço de laboratórios; Serviço de sala de operações; Serviço privado; Serviço obstétrico; Serviço pediátrico.

Rio de Janeiro, 11-12-1923.

João Luis Alves.

ANEXO 1

DECRETO Nº 16 300/23, de 31 de dezembro de 1923

Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. (*)

Art. 429. Na Escola de Enfermeiras será observado o seguinte programa de instrução:

(Parte Geral)

Princípios e métodos da arte de enfermeira;
Bases históricas, éticas e sociais da arte de enfermeira;
Anatomia e fisiologia;
Higiene individual;
Administração hospitalar;
Terapêutica, farmacologia e matéria médica;
Métodos gráficos na arte de enfermeira;
Física e química aplicadas;
Patologia elementar;
Parasitologia e microbiologia;
Cozinha e nutrição.

Arte de enfermeira:

Em clínica médica;
Em clínica cirúrgica;
Em doenças epidêmicas;
Em doenças venereas e da pele;
Em tuberculose;
Em doenças nervosas e mentais;
Em ortopedia;
Em pediatria;
Em obstetrícia e ginecologia;
Em oto-rhino-laringologia;
Em oftalmologia;

Higiene e saúde pública:

Radiografia;
Campo de ação da enfermeira;
Problemas sociais e profissionais.

Parte especializada (quatro últimos meses)

Serviço de saúde pública; Serviço administrativo hospitalar; Serviço de dispensários; Serviço de laboratórios; Serviço de sala de operações; Serviço privado; Serviço obstétrico; Serviço pediátrico.

Rio de Janeiro, 31-12-1923.

João Luis Alves.



ANEXO 2

REGULAMENTO A QUE SE REFERE O DECRETO Nº 27.426 DE 14 DE NOVEMBRO DE 1949.

Art. 1º. O "Curso de Enfermagem" tem por finalidade a formação profissional de enfermeiros, mediante ensino em cursos ordinários de especialização, nos quais serão incluídos os aspectos preventivos e curativos da Enfermagem.

Art. 2º. O "Curso de Auxiliar de Enfermagem" tem por objetivo o adestramento de pessoa capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa.

Art. 3º. Além dos dois cursos ordinários, podem ser criados outros, de pós-graduação, destinados a ampliar conhecimentos especializados de enfermagem ou de administração.

Art. 4º. Compreendidos os trabalhos práticos e os estágios, a duração do curso de enfermagem é de trinta e seis meses: e o auxiliar de enfermagem é de dezoito meses.

DO CURSO DE ENFERMAGEM

Art. 5º. No curso de enfermagem será ministrado o ensino de:

1ª Série:

I - Técnica de enfermagem, compreendendo:

- 1) Economia hospitalar
- 2) Drogas e soluções
- 3) Ataduras
- 4) Higiene individual

II - Anatomia e fisiologia

III - Química biológica

IV - Microbiologia e parasitologia

V - Psicologia

VI - Nutrição e Dietética

VII - História da enfermagem

VIII - Saneamento

IX - Patologia geral

X - Enfermagem e clínica médica

XI - Enfermagem e clínica cirúrgica

XII - Farmacologia e terapêutica

XIII - Dietoterapia.

2ª Série:

I - Técnica de sala de operações

II - Enfermagem e doenças transmissíveis e tropicais

III - Enfermagem e fisiologia

IV - Enfermagem e doenças dermatológicas, sifiligráficas e venéreas

V - Enfermagem e clínica ortopédica, fisioterápica e massagem

VI - Enfermagem e clínica neurológica e psiquiátrica

- VII – Enfermagem e socorros de urgência
- VIII – Enfermagem e clínica urológica e ginecológica
- IX – Sociologia
- X – Ética (ajustamento profissional).

3ª. Série:

- I – Enfermagem e clínica otorrinolaringológica e oftalmológica.
- II – Enfermagem e clínica obstétrica e puericultura neonatal.
- III – Enfermagem e clínica pediátrica, compreendendo dietética infantil
- IV – Enfermagem de saúde pública compreendendo:
 - 1) Epidemiologia e Biostatística
 - 2) Saneamento
 - 3) Higiene da Criança
 - 4) Princípios de Administração Sanitária
- V – Ética (ajustamento profissional), II.
- IV – Serviço Social.

Art. 6º. O ensino será ministrado em aulas teóricas e práticas mantendo-se a mais estreita correlação dos assuntos, ficando o candidato sujeito a estágios.

Art. 7º. A prática e os estágios se farão mediante rodízio dos alunos em serviços hospitalares, ambulatorios e unidades sanitárias, abrangendo:

- I – Clínica médica geral;
 - 1) dermatologia
 - 2) sífilografia
 - 3) doenças venéreas
 - 4) moléstias transmissíveis e tropicais
 - 5) neurologia e psiquiatria
 - 6) moléstias da nutrição
 - 7) tuberculose
- II – Clínica cirúrgica geral;
 - 1) sala de operações
 - 2) ortopedia fisioterápica
 - 3) ginecologia
 - 4) otorrinolaringologia
 - 5) oftalmologia
- III – Clínica obstétrica e neonatal;
- IV – Clínica pediátrica
- V – Cozinha geral de dietética
- VI – Serviços urbanos e rurais de saúde pública

Parágrafo único. Cada estágio terá a duração mínima de quinze dias, abrangendo serviços de homens e de mulheres, além do estágio mínimo de sete dias em serviço noturno. O estágio em serviço de Saúde Pública terá a duração mínima de tres meses.

Art. 8º. A duração do período de ensino de cada disciplina constará do regimento da escola exceto o de técnica de enfermagem que persiste na duração do curso.

Art. 9º. De todas as disciplinas de cada série haverá provas escritas parciais e exames finais constantes de escrita e oral, ou prático-oral, nas disciplinas que o comporem.

Parágrafo 1º. Além do exame final, nas disciplinas lecionadas em período de três meses, haverá uma prova parcial.

Parágrafo 2º. Nas demais disciplinas, haverá duas provas parciais, além do exame final.

Art. 10. Não será admitido às provas do exame final o aluno que obtiver nota inferior a cinco na prova parcial ou média inferior a cinco, quando forem duas a provas parciais.

Art. 11. O aluno que faltar a prova parcial ou no exame final terá zero. Fica-lhe assegurado, porém, o direito a Segunda chamada, nos termos da legislação federal do ensino, e ressalvando à direção da escola, nos casos de alegada doença, mandar submetê-lo a exame médico.

Art. 12. As provas parciais deverão realizar-se dentro do prazo de uma hora. É facultado à banca examinadora formular questões sobre o ponto do programa, sorteado no momento da prova.

Parágrafo único. Compete à banca examinadora corrigir os erros, assinalando-os, e julgar as provas, atribuindo a nota – graduada de zero a dez – por extenso e assinada.

Art. 13. Nas provas orais e prático-orais, o exame será prestado perante banca examinadora que concederá a nota merecida, em ata lavrada e assinada no momento.

Art. 14. À Secretaria da escola compete reunir em mapa, assinado por diretor, as notas das provas parciais e do exame final. A soma será dividida por dois, quando se tratar de uma prova parcial; por tres, quando da disciplina houver duas provas parciais, sendo o quociente o resultado final.

Art. 15. Considerar-se-á aprovado na disciplina o aluno que obtiver média final não inferior a cinco, o que será também, o limite de aprovação para a nota de cada estágio. É expressamente vedado o acréscimo de qualquer fração para complemento de nota.

Art. 16. Ao aluno que, satisfeitas as exigências da frequência e da média condicional, não houver comparecido nos exames finais, por motivo justificado, a juízo do diretor, será facultado submeter-se às provas finais em Segunda época.

Art. 17. Ao aluno que não obtiver aprovação em uma disciplina poderá ser concedida matrícula condicional, na série imediatamente superior, se provada a compatibilidade dos horários.

Art. 18. Quando a aprovação na série depender exclusivamente de nota de estágio, poderá o diretor conceder novo estágio, fora do período de férias.

Parágrafo único. A concessão de novo período de estágio poderá ser feito, apenas uma vez, para cada disciplina.

Art. 19. Ao aluno que concluir regularmente o curso será conferido o grau de enfermeiro, expedindo-lhe o diploma, assinado pelo diretor e pelo secretário, quando se tratar de escola federal, e, também pelo inspetor federal, quando reconhecido o curso.

Art. 20. O ensino será ministrado:

1 – por professores contratados, em relação às seguintes matérias:

Anatomia, doenças transmissíveis e fisiológicas, farmacologia, fisiologia e biologia, dietoterapia, higiene e saúde pública, microbiologia e parasitologia, nutrição e arte culinária, patológica geral, psicologia, química, sociologia, clínica ginecológica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica e puericultura neonatal, clínica oftalmológica, clínica ortopédica, traumatológica e fisioterápica, clínica otorrinolaringologia e bioestatística, saneamento, higiene da criança e princípios de administração sanitária;

2 – por professores, inspetores e enfermeiros-chefes dos hospitais ou serviços em que se faz o estágio, desde que sejam diplomados em Enfermagem, quando se tratar das demais disciplinas.

3 – por professores especializados, quanto às matérias dos cursos de especialização.

Art. 21. Nos cursos ou nas disciplinas que funcionarem nas sedes de cursos, médicos ou de serviços sanitários, o ensino das cadeiras não privativas poderá ser ministrado por professores ou assistentes daqueles cursos ou ter médicos especializados, mediante acordo.

Art. 22. Quando o curso integrar Faculdade de Medicina ou for por esta mantido, a designação dos professores de cadeiras não privativas será feita pelo Diretor da Faculdade.

Parágrafo único. Quando a Faculdade de Medicina integrar Universidade, federal ou equiparada, poderá o regimento do curso dispor que a designação desses professores seja feita pelo respectivo Reitor à hipótese de ser federal a Faculdade e integrar Universidade, também, federal.

DO CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Art. 23. No curso de auxiliar de enfermagem será ministrado o ensino de:

- I – Introdução
- II – Noções de ética
- III – Corpo humano e seu funcionamento
- IV – Higiene em relação à saúde
- V – Economia hospitalar
- VI – Alimento e seu preparo
- VII – Enfermagem elementar

Art. 24. Além do comparecimento às aulas teóricas dessas disciplinas, os alunos serão obrigados a estágios em hospitais gerais e em unidades sanitárias, sob forma de rodízio, compreendendo:

- I – Enfermeiras de clínica médica geral, de homens e de mulheres
- II – Enfermeiras de clínica cirúrgica geral, de homens e de mulheres
- III – Sala de operações e centro de material cirúrgico
- IV – Berçário
- V – Cozinha geral

Parágrafo único. É obrigatório o estágio noturno, não superior a quinze noites.

Art. 25. O curso é desenvolvido em dezoito meses, assegurando-se a cada aluno trinta dias de férias, mediante escala previamente estabelecida pelo diretor.

Art. 26. O aluno de curso auxiliar é obrigado a quarenta e quatro horas de atividade escolar por semana, incluídos os estágios. Perde o direito de prestar exames aquele que houver faltado a mais de um terço das aulas de cada disciplina.

Parágrafo único. O aluno que não houver completado os estágios regulamentares será obrigado a compensá-los, para que possa receber o certificado.

Art. 27. De todas as disciplinas haverá uma prova parcial e, no fim do curso, provas escritas e orais; quanto à de enfermagem, será prático-oral.

Art. 28. A nota final, em cada disciplina, será a média aritmética entre as nota da prova parcial e a da prova final.

Parágrafo único. A nota cinco é a mínima de aprovação em cada disciplina, exceto em enfermagem, na qual o aluno será, apenas, considerado habilitado ou inabilitado.

Art. 29. O ensino de enfermagem auxiliar somente poderá ser ministrado por enfermeiro; o lecionamento será feito por contrato, nas escolas fiscalizadas e, conforme a lei, nas oficiais.

Art. 30. O regime das aulas, práticas, dos estágios, das transferências de matrículas e dos exames será idêntico ao do curso de enfermagem.

Art. 31. Ao aluno que concluir o curso será conferido o certificado de auxiliar de enfermagem, assinado pelo diretor e pelo secretário, quando se tratar de escola federal e, também, pelo inspetor, quando reconhecido o curso.

DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO

Art. 32. Nos cursos de especialização, ou de pós-graduados, destinados a aprofundar a aprendizagem. Será ministrado o ensino de disciplina do currículo, adicionadas de matéria acessórias.



Parágrafo único. A prorrogação desses cursos, destinados exclusivamente a diplomados, deverá variar conforme o seu objetivo, para melhor atender às necessidades da prática.

Art. 33. Os cursos de especialização em Saúde Pública deverão realizar-se em estreita cooperação com os órgãos sanitários, federais e estaduais, quer na parte teórica, quer na prática, obrigatório em serviços ativos.

Art. 34. Nos cursos especializados em administração será devidamente estudada a legislação federal referente ao exercício da profissão e bem assim a do ensino de enfermagem.

Art. 35. Os cursos de especialização serão realizados nas escolas federais ou reconhecidas que funcionarem em cidades onde houver Faculdade de Medicina.

Parágrafo único. Compete à direção da escola fixar as condições para matrícula nesses cursos, não sendo permitido transferência.

DAS MATRÍCULAS

Art. 36. Para matrícula inicial, em qualquer dos dois cursos ordinários, é obrigatória a apresentação de:

I – Certidão de registro civil que prove a idade mínima de dezesseis anos e a máxima de trinta e oito;

II – Atestado de sanidade física e mental;

III – Atestado de vacina e

IV – Atestado de idoneidade moral.

Parágrafo 1º. No curso de enfermagem, é exigida a prova de conclusão de curso secundário.

Parágrafo 2º. No curso de auxiliar de enfermagem, exigir-se-á um dos seguintes certificados:

1 – De conclusão de curso primário, oficial ou reconhecido;

2 – De exame de admissão à primeira série ginásial, de curso oficial ou reconhecido;

3 – De exame de admissão ao curso, prestado ante banca examinadora da própria escola em que o candidato pretender ingresso, constando de provas escritas e orais, sobre noções de português, aritmética, geografia e história do Brasil. Considerar-se-á habilitado aquele que obtiver, no mínimo, nota de três em cada prova, e média igual ou superior a cinco, no conjunto.

Art. 37. Sempre que o número de candidatos à matrícula, em cada curso, exceder o limite fixado para a primeira série, serão todos submetidos a concurso de habilitação, que se realizará na forma do disposto no artigo 1º, da lei nº 20, de 20 de novembro de 1949.

Art. 38. O concurso de habilitação e os exames de admissão para matrícula na primeira série serão válidos somente no ano e perante a escola em que forem prestados.

DA TRANSFERÊNCIA

Art. 39. A transferência de alunos, de uma para outra escola, sob a jurisdição do Ministério da Educação e Saúde, se processa no período de matrículas, ressalvadas as exceções de lei e observadas as condições:

I – Apresentação de guia de transferência da escola de origem e de carteira de identidade;

II – Histórico escolar minucioso, compreendendo por transcrição : 1) documentação com que se inscreveu o candidato no concurso de habilitação e o resultado de cada prova deste; 2) discriminação de todas as disciplinas teóricas cursadas, seu número de horas e notas; 3) clínicas e serviços em que estagiou, número de dias e aproveitamento.

III – Atestado de conduta, firmado pela diretoria da escola de origem;

IV – Prova de que o aluno vai cursar, pelo menos, doze meses a escola a que se destina;

V – Existência de vaga e decisão favorável.

Parágrafo único. A administração da escola a que se destina o candidato poderá mandar submetê-lo a exame de saúde, bem como efetuar indagação quanto à conduta do mesmo, para ulterior deliberação.

DA CONGREGAÇÃO

Art. 40. Constituem a Congregação do curso:

1 – O diretor.

2 – Os professores das cadeiras privativas, não privativas, eleitos pelos seus pares, em sessão a que presidirá o Diretor.

Art. 41. Quando o curso integrar Faculdade de Medicina ou for por esta mantido, o Diretor da mesma presidirá às sessões da Congregação, com direito a voto.

Parágrafo único. Quando a Faculdade integrar Universidade, federal ou equiparada, pode o regimento do curso dispor que a presidência da Congregação caiba ao Reitor, com direito de voto, ressalvada a hipótese de Faculdade federal que integrar Universidade equiparada.

Art. 42. O regimento de cada escola disporá acerca da competência da Congregação, assegurando-se, em qualquer caso, a aprovação dos programas dos cursos ordinários e o desenvolvimento dos cursos de especialização.

Parágrafo único. Cabe, ainda, à Congregação elaborar o projeto de regimento e propor modificações, para aprovação, na forma da lei.

Art. 43. Quando o curso de auxiliar de enfermagem funcionar isoladamente, nele se reunirão seus professores, em Conselho, para as deliberações de caráter coletivo, nos termos de seu regimento.

Parágrafo único. Quando um curso de auxiliar de enfermagem funcionar em escola que mantiver curso de enfermagem, as deliberações coletivas cabem à Congregação da escola.

DO DIRETOR

Art. 44. O Diretor do curso de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem será, obrigatoriamente, diplomado em enfermagem, de preferência portador de diploma de curso de especialização.

Art. 45. A competência, os direitos e deveres do Diretor serão fixados no regimento, cabendo-lhe a admissão de professores das cadeiras não privativas, seus assistentes, instrutores, monitores e auxiliares.

Art. 46. Nos cursos federais, a admissão a que se refere o artigo anterior se processará na forma da lei vigente.

Art. 47. Quando a escola mantiver os dois cursos ordinários, o Diretor dos mesmos será o do curso de enfermagem.

Parágrafo único. Quando os cursos funcionarem isoladamente, o Diretor de curso de auxiliar de enfermagem será um de seus professores, diplomado em enfermagem.



DOS PROFESSORES E AUXILIARES

Art. 48. Os professores e os auxiliares de ensino serão obrigados ao lecionamento completo dos programas, admitida a compensação das aulas a que faltarem, por motivo justificado, sem prejuízo do horário escolar e independentemente de remuneração extraordinária.

Parágrafo único. É vedada a recondução ou a renovação de contrato de professor que não seja assíduo às aulas ou que não se empenhe no sentido máximo rendimento escolar.

DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DOS CURSOS E DO SEU RECONHECIMENTO

Art. 49. Para que um curso de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem se organize e comece a funcionar, é indispensável a autorização do Governo Federal.

Art. 50. A autorização de funcionamento será requerida pela entidade que se proponha a manter o curso, devendo a petição ser instruída com documentação hábil que demonstre e comprove:

- a) que a entidade mantenedora é de caráter público ou privado;
- b) que dispõe de recursos e de instalações adequadas ao ensino completo e eficiente das matérias do curso;
- c) que o corpo docente proposto é idôneo e capaz, técnica e moralmente provado o registro dos diplomas na Diretoria do Ensino Superior;
- d) que utiliza internato para residência confortável e higiênica de dois terços dos alunos, no mínimo;
- e) que a organização, administrativa e didática do curso obedece às exigências mínimas da lei e deste regulamento;
- f) que a matrícula está limitada, em cada série, à capacidade das instalações;
- g) que o projeto de regimento obedece às leis e a este regulamento, assegurando a formação dos hábitos de disciplina necessários ao exercício da profissão de enfermeiro e impedindo o proselitismo de ideologias contrárias ao regime político vigente;
- h) que dispõe de aparelhamento administrativo regular sobretudo no que se refere à sua gestão financeira.

Art. 51. O requerimento de autorização prévia será acompanhado da documentação legalizada que prove a satisfação de todas as exigências constantes do artigo anterior, cabendo à Diretoria do Ensino Superior promover as verificações que, reunidas em relatório, serão submetidas com parecer, ao Ministro da Educação e Saúde o qual, se decidir favoravelmente, expedirá portaria de autorização, válida por dois anos letivos.

Art. 52. A autorização é de caráter condicional, não implicando, de modo algum, no reconhecimento do curso.

Parágrafo único. A autorização não poderá ser concedida, se não estiverem satisfeitas todas as exigências regulamentares.

Art. 53. Decorrido o primeiro ano letivo, o Diretor do estabelecimento é obrigado a requerer, dentro de sessenta dias, o reconhecimento do curso sob pena de ser passada a autorização.

Art. 54. Requerido o reconhecimento do curso, providenciará a Diretoria do Ensino Superior, no sentido de ser feita, por uma Comissão especial de tres membros, minuciosa verificação da organização e do funcionamento do curso.

Parágrafo único. O relatório da Comissão será estudado pela Diretoria do Ensino Superior que o fará completar, quando necessário, encaminhando-o, em seguida, ao Conselho Nacional de Educação, que emitirá parecer.

Art. 55. O reconhecimento somente poderá ser concedido se todas as exigências constantes da Lei e deste regulamento houverem sido observadas.

Parágrafo único. Quando o aconselharem razões de natureza didática ou de interesse público, o Conselho Nacional de Educação poderá propor seja prorrogada a autorização, por um ano letivo, cabendo-lhe, ainda, na forma da Lei, decidir sobre a transferência de alunos, regularmente matriculados, quando negado o reconhecimento do curso.

Art. 56. Não se concederá autorização de funcionamento nem reconhecimento de curso, quando a entidade de caráter privado não provar que é instituído sob a forma de fundação ou não estiver consignado que todas as suas rendas e doações serão utilizadas, exclusivamente, em benefício do ensino.

Art. 57. A concessão do reconhecimento de curso far-se-á mediante decreto do Presidente da República, dependendo de prévio parecer do Conselho Nacional de Educação.

Art. 58. Se, depois de concedida a autorização, se verificar que o curso deixou de atender a uma ou mais das exigências legais ou regulamentares, será a mesma cassada, mediante proposta da Diretoria do Ensino Superior.

Art. 59. Se, depois de concedido o reconhecimento, verificar que o curso deixou de atender a uma ou mais exigências legais e regulamentares, será o mesmo cassado, mediante proposta do Conselho Nacional de Educação.

Art. 60. Faz-se cassar a autorização de funcionamento por portaria do Ministério da Educação e Saúde e o reconhecimento, por decreto do Presidente da República.

Art. 61. O curso que estiver compreendido nas disposições dos artigos 58 e 59 deixará imediatamente de funcionar, ficando a entidade mantenedora obrigada a recolher sem perda de tempo, sob as penas da lei, o arquivo escolar ao Ministério da Educação e Saúde. O Conselho Nacional de Educação deliberará sobre a transferência dos alunos.

Art. 62. O estabelecimento em que funcionar o curso de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem não poderá expedir diploma ou certificado de qualquer natureza.

Parágrafo único. Se o estabelecimento de que trata este artigo houver funcionado com autorização, nos termos da lei, poderá uma vez reconhecido, expedir aos alunos, que antes hajam concluído regularmente o curso, os componentes diplomas ou certificados, se o contrário não for determinado no parecer de reconhecimento.

Art. 63. Os estabelecimentos que mantém cursos de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem, autorizados ou reconhecidos, serão fiscalizados na forma da lei.

Parágrafo único. A fiscalização será exercida pela Diretoria do Ensino Superior, até a criação e instalação de órgão próprio.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 64. A admissão, os direitos e deveres dos professores, instrutores, assistentes e monitores constarão no regimento de cada escola.

Art. 65. É obrigatória a frequência às aulas teóricas e práticas e aos estágios, não podendo ser aprovado na série o aluno que, embora satisfeitas as demais condições, haja faltado a mais de um terço de qualquer das aulas ou dos estágios.

Parágrafo único. Em hipótese alguma será concedida redução ou dispensa de aula, de prática ou de estágio, devendo este ser compensado.

Art. 66. É obrigatório o uso de uniforme durante os trabalhos escolares.

Art. 67. Os alunos do sexo masculino, de qualquer dos cursos, poderão ser dispensados dos estágios nas clínicas obstétrica e pediátrica.

Art. 68. Não se admitem alunos ouvintes em qualquer dos cursos.

Art. 69. Aos alunos é vedado prestar serviços de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem a particulares bem como doar sangue ou prestar-se a exames experimentais.

Art. 70. As escolas que apenas mantiverem curso de auxiliar de enfermagem serão obrigadas a adotar esta designação no seu nome.

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 71. Até o ano letivo de 1958, a exigência do parágrafo primeiro do artigo 36 poderá ser substituída por uma das provas seguintes:

- 1 – certificado de conclusão de curso ginasial;
- 2 – certificado de curso comercial;
- 3 – diploma ou certificado de conclusão de curso normal.

Art. 72. Os atuais cursos federais de enfermagem e de auxiliar de enfermagem deverão adaptar seus regulamentos e regimentos à Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, e às normas básicas do presente regulamento.

Art. 73. Os atuais cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem, equiparados, que passarem à categoria de reconhecidos, e os já reconhecidos, são obrigados a elaborar novos regimentos, adaptando-se aos termos da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949 e às normas básicas deste regulamento submetendo-os dentro de noventa dias à Diretoria do Ensino Superior, para oportuna apreciação do Conselho Nacional de Educação e decisão do Ministro da Educação e Saúde.

(*) v. LEX. 1949. 1ª Secção, pág. 193.



ANEXO 3

CURRÍCULO DO CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER Nº 271

Aprov. Em 19-10-1962

No ofício nº 115, de 27 de outubro de 1962, a Associação Brasileira de Enfermagem solicita revisão do Parecer nº 271, deste Conselho, que aprovou o currículo mínimo dos cursos de Enfermagem. Como relator, passo a apreciar as modificações pleiteadas:

1) *Inclusão da disciplina: Fundamentos de Enfermagem.*

Como esse nome, a Comissão de Peritos de Enfermagem, reunida por iniciativa da Diretoria do Ensino Superior, propõe uma cadeira englobando: Anatomia, Fisiologia, Microbiologia, Parasitologia, Bioquímica, Nutrição e Dietética. Do currículo mínimo aprovado constam todas essas matérias e ainda Psicologia Geral. São conhecimentos básicos para a prática racional e consciente da profissão. Nada impede que essas matérias sejam reunidas sob a denominação pleiteada.

2) *Inclusão da disciplina: enfermagem e Saúde Pública.*

Não consta do curso geral, que prepara o enfermeiro para cuidar do doente, como auxiliar do médico. Mas consta do currículo de mais um ano letivo, que prepara o enfermeiro de Saúde Pública, ainda em curso de graduação. Poder-se-ia argumentar que foi organizado também um segundo curso, com mais um ano letivo, para a formação da enfermeira obstétrica, sem que se suprimisse a enfermagem geral, destinada ao trabalho hospitalar, deve estar habilitada a cuidar de gestantes parturientes e puerperas. A enfermeira obstétrica deve ter conhecimentos teóricos e práticos mais aprofundados da assistência obstétrica, que a habilitem a assistir o parto normal, na ausência do médico.

Em resumo: não consta a Enfermagem de Saúde Pública do curso geral porque entendeu o Conselho desdobrar o atual curso de enfermagem em três cursos de graduação, um dos quais, o de Enfermagem de Saúde Pública, inclui a matéria pretendida. Nada, entretanto, impede que as escolas a incluam, como também complementar, no curso geral.

3) *Inclusão da disciplina: Ciências Sociais.* Tal matéria não consta, como obrigatória, no curso de medicina. Como exigi-la no de enfermagem? Obrigatoriamente, foi incluída no currículo do curso de Serviço Social. Como matéria complementar, as escolas de enfermagem poderão adotá-la.

4) *Exclusão da disciplina: Patologia Geral.*

O fundamento é que a matéria "pode perfeitamente ser integrada nas disciplinas de enfermagem". Assim, não se pleiteia propriamente a exclusão da matéria. Argumenta-se que poderá ser lecionada juntamente com outras disciplinas. O currículo mínimo, aprovado pelo Conselho, não impede. O equívoco vem da suposição errônea de que cada matéria enumerada pelo Conselho deva ser uma cadeira. No caso, concordo em que os conhecimentos que a enfermeira deva ter da patologia humana se incluam no rótulo geral: "Fundamentos da Enfermagem".

5) *Modificação da disciplina "Administração" para Administração Aplicada à Enfermagem.* Argumento: "O ensino da Administração Geral não basta para a Escola atingir seu objetivo que é o de

preparar enfermeiras chefes". Continua o equívoco. A matéria é "Administração", a terminologia genérica, que o Conselho tem adotado. No curso de medicina, quando se diz Anatomia, subentende-se que seja a do homem. No curso de enfermagem, "Administração" refere-se, evidentemente, àquela que serve à profissão de enfermeira. Não vejo necessidade do complemento pleiteado. A especialização ficará nos programas e planos de estudos que a escola vier a adotar.

6) *Substituição da frase do Parecer*: "Uma ou mais formam o conteúdo das cadeiras "por uma ou mais disciplinas de enfermagem formam o conteúdo das cadeiras".

Justificativa:

"As disciplinas que no curso de medicina são chamados básicas e desempenham papel importantíssimo, num curso de graduação: são em geral lecionadas por assistentes das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia, Filosofia, ou por enfermeiras, que recebem gratificação por aula dada. Não justifica que se constituam cadeiras pois acarretariam ônus enorme e desnecessário para a escola".

É verdade que o Parecer não obriga as escolas a criarem tais cadeiras, mas a simples menção de que o fato é possível poderá provocar pressão por parte de pessoas interessadas, para a sua criação, sobretudo nas escolas governamentais".

A argumentação não procede. A frase impugnada é meramente explicativa. Consta, de um modo geral, de todos os currículos por mim relatados. A intenção é esclarecer às escolas quais as tarefas e competências que a nova lei lhes entrega. Quando assim faz, é na suposição de que os responsáveis pelo ensino vão fazer bom uso do poder que passaram a deter. Parte-se do pressuposto básico da confiança. A argumentação evoca uma frase de passividade e irresponsabilidade dos educadores, felizmente superada.

Entretanto, como nossa tarefa é apenas indicar as matérias do currículo mínimo, toda a parte final de documento poderá ser suprimida.

Em conclusão, atendendo, em parte, as ponderações do memorial, proponho que o texto aprovado seja substituído pelo seguinte, que será o único publicado:

Ao inquérito promovido pelo Conselho Federal de Educação responderam as seguintes entidades:

- I – Associação Brasileira de Enfermagem do Rio de Janeiro – GB.
- II – Escola de Enfermagem "Dom Epaminondas", São José dos Campos – Estado de São Paulo.
- III – Escola de Enfermagem Rachel Haddock Lobo – Rio de Janeiro – GB.
- IV – Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – Itajubá – Estado de Minas Gerais.
- V – Escola de Enfermagem Madre Justina Inês – Caxias do Sul – Estado do Rio Grande do Sul.
- VI – Escola de Enfermeiras da Univ. de Goiás – Goiânia – Estado de Goiás.
- VII – Escola de Enf. "Madre Ana Moeller" – Porto Alegre – RGS.
- VIII – Escola de Enf. Nossa Senhora das Graças – Recife – Estado de Pernambuco.
- IX – Escola de Enf. Da Univ. do Recife – Recife – Est. Pernambuco.
- X – Escola de Enf. Alfredo Pinto – Rio de Janeiro – GB.
- XI – Escola de Enf. Luiza de Marillac – Univ. Católica do Rio de Janeiro.

- XII – Escola de Enf. São Francisco de Assis da Universidade do Maranhão – São Luiz – Est. Do Maranhão.
- XIII – Escola de Enfermagem Madre Maria Teodora da Universidade Católica de Campinas – Campinas – Estado de São Paulo.
- XIV – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto – Est. São Paulo.
- XV – Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo – Juiz de Fora – Estado de Minas Gerais.
- XVI – Escola de Enfermagem da Univ. da Bahia – Salvador – Estado da Bahia.
- XVII – Escola de Enfermagem Magalhães Barata – Belém – Estado do Pará.
- XVIII – Escola de Enf. Da Fac. de Medicina da Univ. de São Paulo – SP.
- XIX – Escola de Enfermagem de Porto Alegre da Universidade do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RGS.
- XX – Escola de Enf. “Madre Leonice” – Univ. Católica do Paraná – Curitiba – Estado do Paraná.

Do estudo das sugestões recebidas e tendo em vista as condições culturais e sócio-econômicas do país, que aconselham soluções modestas e de maior rendimento prático, resultou para a Comissão a convicção de que o curso para a formação do enfermeiro deva ser de tres anos letivos.

A partir dessa base, e com mais um ano letivo, seriam graduados dois tipos de enfermeiros especializados: o enfermeiro de Saúde Pública e a enfermeira Obstétrica.

Depois de alguns anos de exercício profissional, esses graduados poderiam voltar às Escolas, para cursos de pós-graduação Administração e em Magistério, para as funções de chefia de serviços e de ensino, Tais cursos, bem como os de aperfeiçoamento, são de competência das Escolas, não lhes cabendo currículos oficiais.

Os currículos dos tres cursos de graduação ficariam assim constituídos:

1) Curso Geral (3 anos letivos)

- Fundamentos da Enfermagem
- Enfermagem Médica
- Enfermagem Cirúrgica
- Enfermagem Psiquiátrica
- Enfermagem Obstétrica e Ginecológica
- Enfermagem Pediátrica
- Ética e História da Enfermagem
- Administração

2) Curso de Enfermagem de Saúde Pública (mais um ano letivo além do curso geral).

- Higiene
- Saneamento
- Bioestatística
- Epidemiologia
- Enfermagem de Saúde Pública

3) Curso de Enfermagem Obstétrica mais um ano letivo além do curso geral.

- Gravidez, parto e puerpério normais
- Gravidez, parto e puerpério patológicos
- Assistência pré-natal

Enfermagem Obstétrica

A esses currículos mínimos, as escolas poderão acrescentar outras matérias complementares, obrigatórias ou facultativas.

No curso geral, as disciplinas de enfermagem terão em vista os aspectos da Saúde Pública correspondentes.

Este, o Parecer da Comissão.

a) Clóvis Salgado, relator. Maurício Rocha e Silva, Deolindo Couto.

legais, na forma do artigo 1º do Decreto nº 14.130, de 1946, e do Parecer nº 143-72, que a este incorpora, homologado pelo Excmo. Sr. Ministro de Estado da Educação e Cultura, resolve:

Art. 1º O currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstétrica compreenderá 3 (três) partes sucessivas:

a) pré-profissional;

b) treino profissional teórico, visando à qualificação do Enfermeiro e habilitando-o a exercer a parte seguinte;

c) de habilitações, conduzindo pelo ensino de matérias adequadas, à formação do Enfermeiro Médico-Cirúrgico, do Enfermeiro Obstétrico e do Enfermeiro de Saúde Pública, respectivamente, a partir do item b).

Parágrafo único. Nas universidades e em estabelecimentos de ensino que ministrarem mais de um curso de graduação, a parte pré-profissional incluirá as matérias do 1º ciclo comum a todos os cursos de habilitação, no nível das Ciências da Saúde:

Art. 2º A parte pré-profissional compreenderá as seguintes matérias:

Biólogia - incluindo noções de Anatomia de Zoologia;

Dendrologia, Embriologia e Evolução;

Ciências Morfológicas - incluindo Anatomia e Histologia;

Ciências Fisiológicas - incluindo fisiologia, Fisiologia;

Farmacologia e Nutrição;

Psicologia - compreendendo Psicologia Psicológica Geral,

Psicologia, Psiquiatria e Microbiologia;

Ciências de Computadores - incluindo noções de Psicologia

e Sociologia;

Introdução à Saúde Pública - incluindo Estatística Vital,

Epidemiologia, Sanitarismo e Saúde da Comunidade;

Art. 3º O ensino profissional compreenderá as seguintes matérias:

Enfermagem - Fundamentos;

Enfermagem - Médico-Cirúrgica;

Enfermagem - Obstétrica;

Enfermagem - Saúde Pública;

Enfermagem em Doenças Transmissíveis;

Técnicas de Enfermagem - incluindo Dermatologia

Médica e Legística Profissional;

Práticas Aplicadas à Enfermagem;

Administração Aplicada à Enfermagem;

Art. 4º A parte de Habilitação compreenderá as seguintes matérias

grupos como segue:

I - Para a habilitação em Enfermagem Médico-

Cirúrgica,

Enfermagem - Médico-Cirúrgica, incluindo

administração de Centro Cirúrgico, Enfermagem em Pronto Socorro, Unidade de

Recuperação e de Cuidado Intensivo e Administração de Serviços de Enfermagem

Hospitalar.

ANEXO 4

RESOLUÇÃO Nº 04-72, DE 25 DE FEVEREIRO DE 1972.

O Presidente do Conselho Federal de Educação, no uso de suas atribuições legais, na forma do artigo 26, da Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, e tendo em vista o Parecer nº 163-72, que a este incorpora, homologado pelo Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Educação e Cultura, resolve:

Art. 1º. O currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia compreenderá 3 (tres) partes sucessivas:

- a) pré-profissional;
- b) tronco profissional comum, levando à graduação do Enfermeiro e habilitando o acesso à parte seguinte;
- c) de habilitações, conduzindo pela seleção de matérias adequadas, à formação do Enfermeiro Médico-Cirúrgico, da Enfermeira Obstétrica ou Obstetriz e do Enfermeiro de Saúde Pública, respectivamente, a partir do Enfermeiro.

Parágrafo único. Nas universidades e estabelecimentos isolados que ministrem mais de um curso de graduação, a parte pré-profissional incluirá as matérias do 1º ciclo comum a todos os cursos da instituição na área das Ciências da Saúde.

Art. 2º. A parte pré-profissional compreenderá as seguintes matérias:

- Biologia – incluindo noções fundamentais de Citologia, Genética, Embriologia e Evolução;
- Ciências Morfológicas – incluindo Anatomia e Histologia;
- Ciências Fisiológicas – incluindo Bioquímica, Fisiologia, Farmacologia e Nutrição;
- Patologia – compreendendo Processos Patológicos Gerais, Imunologia, Parasitologia e Microbiologia;
- Ciências de Comportamento – incluindo noções de Psicologia e Sociologia;

Introdução à Saúde Pública – incluindo Estatística Vital, Epidemiologia, Saneamento e Saúde da Comunidade.

Art. 3º. O tronco profissional comum abrangerá as seguintes matérias:

- Introdução à Enfermagem;
- Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Enfermagem Materno-Infantil;
- Enfermagem Psiquiátrica;
- Enfermagem em Doenças Transmissíveis;
- Exercício da Enfermagem – incluindo Deontologia Médica e Legislação Profissional;
- Didática Aplicada à Enfermagem;
- Administração Aplicada à Enfermagem.

Art. 4º. A parte de Habilitações compreenderá as seguintes matérias grupadas como abaixo:

I – Para a habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

Enfermagem Médico-Cirúrgica, incluindo administração de Centro Cirúrgico, Enfermagem em Pronto Socorro, Unidade de Recuperação e de Cuidado Intensivo e Administração de Serviços de Enfermagem Hospitalar.



II – para a habilitação em Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia.

Obstetrícia – Enfermagem Obstétrica, Ginecologia e Neonatal; Administração de Serviços de Enfermagem em Maternidades e Dispensários pré-natais.

III – para a habilitação em Enfermagem de Saúde Pública; Enfermagem de Saúde Pública; e Administração de Serviços de Enfermagem em Unidades de Saúde.

Art. 5º. Integrarão ainda o currículo do curso de Enfermagem e Obstetrícia, em qualquer de suas modalidades, o Estudo de Problemas Brasileiros e a Prática de Educação Física, com predominância desportiva, de acordo com a legislação específica.

Art. 6º. O presente currículo mínimo poderá ser enriquecido de outras matérias, a critério da Instituição.

Art. 7º. Na organização curricular as matérias correspondentes às 3 (tres) partes do curso serão distribuídas em disciplinas, estabelecendo-se um sistema de pré-requisitos, de modo a assegurar a ordenação lógica dos assuntos.

Parágrafo único. Ao Enfermeiro que receber, em estudos regulares, a formação pedagógica, prescrita para os cursos de licenciatura, será concedido o Diploma de Licenciado em Enfermagem, com direito ao registro definitivo como professor, ao nível de 1º e 2º graus, das disciplinas e atividades relacionadas à Enfermagem, Higiene e Programas de Saúde.

Art. 8º. O Curso de Enfermagem e Obstetrícia será ministrado com as seguintes modalidades mínimas de duração;

a) na habilitação geral de Enfermeiro – 2.500 horas de atividades, integralizáveis no mínimo de 3 (tres) anos letivos;

b) nas habilitações em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia e Enfermagem de Saúde Pública 3.000 (tres mil) horas de atividades, integralizáveis no mínimo de 4(quatro) e no máximo de 6(seis) anos letivos;

c) na modalidade de Licenciatura – além da parte de conteúdo prescrita para qualquer das modalidades anteriores - a formação pedagógica da licenciatura exigida no Parecer nº 672-69.

Art. 9º. Na modalidade geral de Enfermeiro e em todas as habilitações será exigido o Estágio Supervisionado em hospital e outros serviços médico-sanitários, a critério da instituição com carga horária não inferior a 1/3 (um terço) da correspondente à parte ou partes profissionalizantes do currículo, e levado a efeito durante todo o transcurso desse período de formação.

Art. 10. A observância desta Resolução será obrigatória para os alunos matriculados a partir do ano letivo de 1973, podendo as Instituições que assim o entendam adotá-la no corrente ano.

Art. 11. A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. – Roberto Figueira Santos – Presidente.

(D.O., 26-7-1972, p. 6.623).



ANEXO 5

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – DF

Aprovação de currículo mínimo para o curso de Enfermagem.

CCC – Par. 314/94, aprovado em 6/4/94 (Proc. 23001.001783/93-99)

I – RELATÓRIO

• Histórico e Situação

O processo que culminou com a elaboração da proposta em pauta foi sistematicamente programado e executado. Contou com a participação das escolas em todas as regiões do país (professores, alunos, ex-alunos e enfermeiros dos serviços de saúde), com as entidades de Enfermagem. Formalmente iniciou com quatro seminários (Região Norte/Nordeste, Região Sul, Região Centro-Oeste e Região Sudeste), objetivando caracterizar a situação do ensino de graduação em Enfermagem por região e apresentar alternativas para os problemas identificados. Tais seminários ocorreram no período de setembro/87 e seus resultados foram consolidados e analisados em um Seminário Nacional, em outubro/87, no Rio de Janeiro. Desta etapa resultaram pontos comuns e postulados gerais que subsidiaram o trabalho posterior e foram contemplados na proposta de formação para o enfermeiro que ora tramita no CFE. Neste mesmo período e até outubro de 1988, teve início uma segunda etapa que, diferentemente da anterior, realizou primeiramente um seminário nacional sobre perfil e competência do enfermeiro, seguido de mais quatro seminários regionais com a mesma abordagem. Seguiu a esta fase uma oficina de trabalho com representantes regionais onde se buscou uma articulação entre as duas etapas anteriores. Nesta ocasião, foi reelaborado o cronograma de trabalho que resultou no delineamento do novo patamar para a formação do enfermeiro.

A partir da proposta alinhavada nos seminários anteriores e com base nos problemas identificados como prioritários e dos postulados estabelecidos como fundamentais, realizou-se um encontro nacional em Niterói, onde foi aprovada uma proposta formal de alteração do atual currículo mínimo. De posse desta proposta, a ABEn procedeu à sua divulgação, objetivando sua análise pela comunidade de Enfermagem.

Em 1989 (41º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Florianópolis/SC) e em 1990, (42º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Natal/RN), a proposta divulgada nacionalmente, foi rediscutida e complementada, sendo aprovada a sua formulação final e o seu encaminhamento ao Ministério da Educação/Conselho Federal de Educação.

A Comissão, responsável pela formulação final do documento, apresentou-o em oficina de trabalho em maio de 1991 e a última revisão foi feita. A proposta foi então encaminhada à SENESu/MEC, onde recebeu parecer favorável em março/92 (Parecer da Profª. Doutora Maria Cecília Puntel de Almeida/USP/Ribeirão Preto) e ao Conselho Federal de Educação. A proposta tem o apoio de todas as escolas e entidades de Enfermagem.

• Justificativa

A presente proposta tem como justificativa, entre outras:

1) a constatação unânime, da Enfermagem, de que a legislação em vigor, desde 1972, não permite adequar o processo de formação do enfermeiro às transformações da profissão, da área de saúde, do ensino, do mercado de trabalho e, principalmente, às necessidades e demandas de saúde da população, expressas pela significativa mudança no seu perfil demográfico-epidemiológico;

2) a flagrante compartimentalização e minimização do conhecimento,

estabelecido na legislação em vigor, resulta em um processo de formação anacrônico onde o enfermeiro aparece em falsas e frágeis vertentes: habilitação geral e habilitações específicas. Sobre este aspecto, o que as atuais normas produzem, de fato, é indefinição do profissional. As chamadas habilitações específicas (por área), cujo oferecimento é opcional para a Instituição e para os alunos, tornam o ensino um processo pulverizado em detrimento da formação da base profissional do enfermeiro;

3) o privilegiamento do modelo individual e biomédico de assistência, centrado fundamentalmente no hospital, claramente expresso, nas atuais normas, quando o conteúdo de saúde pública se concentra apenas como introdução na habilitação geral do enfermeiro.

Embasada nestes pontos consensuais, a Enfermagem brasileira delineou uma proposta cujos pressupostos, diretrizes e princípios são:

a) o currículo mínimo do curso de graduação em Enfermagem é uma referência nacional e tem como terminalidade a formação do enfermeiro;

b) a essencialidade e a vocação de cada instituição formadora devem estar expressas na formulação de cada currículo pleno, no qual deve ser assegurada a mais estreita relação com os problemas e as necessidades de saúde da região onde se localiza a instituição formadora e com os parâmetros estabelecidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde para o SUS;

c) a ampliação e permanente atualização do processo de formação devem ser garantidas por meio da flexibilidade curricular; da integração ensino/serviço; da criação/manutenção/consolidação de grupos de pesquisa; de recursos bibliográficos e didáticos; da qualificação do corpo docente e de intercâmbios interinstitucionais;

d) as matérias que compõem o currículo mínimo devem indicar as áreas do conhecimento geral e específico, que sustentam a preparação do enfermeiro, devendo seu desdobramento em disciplinas ser objetivo de definição de cada escola, assegurando a qualificação clínico-epidemiológico-técnica e ética do profissional, de forma a permitir-lhe o exercício da profissão, tanto na área assistencial (propedêutica e terapêutica) como na administrativa, educativa e de investigação;

e) a competência técnico-científica e política a ser adquirida em nível de graduação, deve conferir ao enfermeiro terminalidade e capacidade profissional para sua inserção no mercado de trabalho, considerado as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população, conforme o quadro epidemiológico do país/região;

f) o aprofundamento da qualificação técnico-científica do enfermeiro deve ser objeto de estudos posteriores, no nível de pós-graduação *latu sensu* ou *stricto sensu*;

g) a formação do enfermeiro deve contemplar atividades e conteúdos teóricos e práticos incluindo, nestes últimos, o estágio curricular, sob supervisão. Isto significa que, além das atividades teóricas (aulas, seminários e outros estudos da mesma natureza), o currículo contemplará: o ensino prático comumente adotado pelas Escolas (laboratórios, ensino clínico nas diversas áreas da assistência e dos serviços de saúde hospitalares da rede básica) e, pelo menos, dois semestres letivos de estágio curricular supervisionado a ser programado, acompanhado e avaliado pela escola e pelos enfermeiros dos Serviços de Saúde onde se realizarão tais estágios. As atividades práticas (ensino e estágio) terão, como *locus*, unidades de serviços com internação e sem internação (rede básica de serviços e ambulatorios).

Isto posto, são essenciais na proposta, as seguintes reformulações:

1) aumento da duração mínima do curso – o mínimo de 4 (quatro) anos (8 semestres letivos) e no máximo de 6(seis) anos (12 semestres letivos);

2) aumento do número mínimo de horas – mínimo de 3.500 horas/aulas;

3) supressão de diferentes habilitações no nível de graduação;

4) inclusão de metodologia da pesquisa como forma de estimular o aprimoramento e a produção científica;

5) manutenção dos conteúdos das ciências biológicas e humanas, não

como estão hoje – noções de, mas como conteúdos substantivos concernentes ao exercício do trabalho do enfermeiro, incluindo Filosofia, além de Sociologia e Psicologia;

6) inclusão de conteúdos instrumentais básicos para a capacitação clínico-epidemiológica (assistencial), administrativa e pedagógica do enfermeiro, como estatística, epidemiologia, semiologia e semiotécnica da enfermagem, vigilância à saúde e ambiente;

7) definição, como mínimos, de conteúdos de matérias e disciplinas que contemplem:

a) a assistência de enfermagem à criança, ao adolescente e ao adulto (incluindo a especificidade da mulher, do adulto e do idoso, em situações clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétrica e psiquiátricas, tanto no nível da assistência individual como de saúde pública, em serviços não hospitalares (ambulatorios/rede básica, hospitais e comunidade);

b) administração e gerência dos serviços de saúde e da enfermagem,;

8) inclusão de conteúdos da história da enfermagem, ética, leis e resoluções do exercício da Enfermagem;

9) inclusão do estágio supervisionado e curricular com duração mínima de 2(dois) semestres letivos em hospitais e rede básica de serviços de saúde.

• A atual Estrutura Curricular do Curso de Enfermagem

A atual estrutura curricular dos cursos de Enfermagem, no Brasil, expresso no Parecer-CFE 163/72 e regulamentada pela Resolução-CFE 4/72, tem como fator desencadeante a Reforma Universitária, definida na Lei 5.540/68. Ressalta-se, porém que, já na década de 50, questões referentes ao currículo mínimo, definido em 1962 (Parecer-CFE 271/62, não conseguiram atender às reivindicações pretendidas à época. Tanto que, após aprovação desse currículo, os questionamentos dos enfermeiros e das entidades de enfermagem permaceram e se prolongaram até quando, por exigência da Reforma Universitária, surgiu a oportunidade de formular novo currículo mínimo.

Em que pesem as análises apresentadas nessa ocasião, a proposta que entra em vigor em 1973, mantém entre outros equívocos a fragmentação do eixo da formação, compartimentalizando-a em tres parte (pré-profissional, tronco profissional, tronco profissional comum e habilitações) e privilegia o ensino centrado no modelo médico de assistência hospitalar vigente.

A Resolução-CFE 4/72, em um primeiro momento, apresenta como novidade a incorporação de conhecimentos básicos das ciências do comportamento. Consolida, contudo, o enfoque biomédico, tanto na esfera das ciências biológicas como na estera das ciências do comportamento e define, como conhecimento a ser ministrado no ciclo básico, noções gerais dos conteúdos e matérias nele contidas. Ressalta-se que, no desenvolvimento do tronco pré-profissional, não se previu a articulação das disciplinas básicas com as especificidades da prática de enfermagem. No tronco profissional comum, a capacitação do enfermeiro para intervenção em saúde pública se resume a uma abordagem preliminar e insuficiente. Privilegia também, na parte profissional comum, o enfoque tecnicista, funcionalista e da assistência ao indivíduo hospitalizado.

Nesse sentido, o currículo favorece a compreensão dicotomizada de saúde/doença, prevenção/cura, assistência hospitalar/saúde pública, unidade de internação/ambatório.

Ao fragmentar, estruturalmente, a formação do enfermeiro, o atual currículo mínimo comete, além de tudo, um grave equívoco para a formação profissional, que se reflete no exercício profissional. Este equívoco evidencia-se sobretudo, na determinação das habilitações (Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem de Saúde Pública). Estas habilitações deslocam da formação do enfermeiro conteúdos essenciais referentes,

especialmente, à assistência à mulher e à saúde coletiva. Há que se destacar ainda que, ao longo da aplicação da Resolução-CFE/ 4/72, as habilitações não tiveram quase nenhum impacto, quer na absorção do enfermeiro pelo mercado de trabalho (haja vista, por exemplo, que a existência do enfermeiro habilitado não criou nenhuma diferença nos Planos de Cargos e Salários, nem tão pouco nos critérios de absorção), quer na consolidação de um modelo de assistência de enfermagem diferenciado do que prevalecia desde a década de 20. Ainda é preciso considerar o caráter opcional das habilitações (tanto para o estudante quanto para o órgão formador) que resultou na descaracterização do profissional no mercado assim como o caráter de especialização precoce que se configurou com adoção das habilitações. Toda esta dispersão gerou problemas de ordem pedagógica, administrativa, conceitual e ética para o exercício da enfermagem e para a consolidação da qualificação do enfermeiro a partir da sua graduação.

A duração mínima estabelecida nos diplomas legais do CFE é, para o curso de Enfermagem, de 2.500 horas/3 anos (formação geral do enfermeiro) e 3.000 horas/4 a 6 anos (habilitações). Esta duração, não obstante pareça uma questão menos relevante, tem consequências pedagógicas na dinâmica dos cursos. Os estudos demonstram que algumas escolas limitam-se, em geral, a cumprir somente o mínimo, acarretando prejuízos, ou pelo menos, um esvaziamento na formulação da sua proposta de currículo pleno. Ademais, em todas as discussões sobre a graduação em Enfermagem, a duração está sendo considerada como um aspecto a ser redimensionado, tendo em vista a natureza da formação do enfermeiro e a necessidade de garantir, ao estudante, espaço para o trabalho individual, o uso da biblioteca, o desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão.

• Proposta para o Novo Currículo Mínimo

Dada a natureza do processo de formação de enfermeiros, alguns pontos devem ser destacados, principalmente quando se objetiva formular uma nova pergunta de currículo mínimo, consolidando, no processo de formação, princípios, conteúdos, metodologias e estratégias que reorientem a formação e conseqüentemente, o trabalho da enfermagem em geral e do enfermeiro, em particular.

Depreende-se dos estudos e análises feitos que esta reorientação depende:

- a) da reformulação do currículo mínimo;
- b) da construção e implementação de currículos plenos por meio dos quais cada escola expressa sua vocação, sua interação com as necessidades e demandas de saúde do seu município, estado e região e sua capacidade em transmitir e produzir conhecimentos.

Quanto à formulação da nova proposta de currículo mínimo, tem-se como pressuposto primordial que deve ser um referencial a ser considerado nacionalmente quando da elaboração dos currículos plenos, assegurando que no processo de formação do enfermeiro os conteúdos e a duração mínimos permitam:

- a compreensão conjuntural do País e, nesta, o contexto da saúde;
- a estreita relação do processo de formação com o processo de trabalho em saúde (da enfermagem e do enfermeiro), cuja prática deve responder às necessidades de saúde da população, em consonância com os princípios de universalidade, equanimidade hierarquização, integralidade e resolutividade das ações de saúde, em todos os níveis de assistência;

- o domínio dos métodos clínicos e epidemiológicos na abordagem dos problemas individuais e coletivos de saúde;

- a Lei do Exercício Profissional.

Neste sentido, propõem-se como alterações estruturais:

- extinção das habilitações, ou seja, que se assegurem a integralização e a terminalidade da formação do enfermeiro sem incluir falsas e precoces especializações;
- aumento da duração mínima do curso, em horas e anos;
- rendimento no rol das matérias dos conteúdos das áreas de ciências humanas e biológicas.

Estas propostas de novo currículo mínimo tem como parâmetros os



seguintes:

- o processo de trabalho na enfermagem inclui atividades de natureza propedêutica e terapêutica específicas, administrativas e educativas, tanto ao nível dos Serviços de Saúde (com internação e sem internação, como ao nível dos vários grupos de risco da comunidade);

- o campo de trabalho da enfermagem tem especificidade, e vários níveis de complexidade, o que demanda a participação de profissionais com níveis diferenciados de formação;

- a formação do enfermeiro deve capacitá-lo a apreender a complexidade do trabalho de saúde que é por natureza coletivo e interdependente;

- o quadro sanitário e o perfil epidemiológico da população devem freqüentemente orientar a formação;

- as acelerações e contínuas mudanças científicas e tecnológicas na área de saúde requerem o acompanhamento e a produção de novos conhecimentos na enfermagem;

- o estudo teórico deve emanar dos problemas práticos vivenciados pelos alunos à medida que estes ocorrem no dia a dia das atividades de aprendizagem.

Isto posto, a nova proposta de currículo mínimo para a formação do Enfermeiro contempla:

1. Conteúdo Mínimo

O conteúdo mínimo abrangerá 4(quatro) áreas temáticas nas quais estão incluídas matérias e disciplinas de ciências biológicas e humanas de forma equilibrada, complementadas pelo estágio supervisionado. (Anexo I).

A) Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem

Nesta área incluem-se conteúdos fundamentais das Ciências Biológicas e das Ciências Humanas, obrigatoriamente:

a) Ciências Biológicas

- Morfologia (Anatomia, Histologia);
- Fisiologia (Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia e Biofísica);
- Patologia (Processos Patológicos Gerais, Parasitologia, Microbiologia, Imunologia);

- Biologia (Citologia, Genética e Evolução, Embriologia).

b) Ciências Humanas

- Antropologia Filosófica
- Noções de Sociologia
- Psicologia Aplicada à Saúde.

B) Fundamentos da Enfermagem

Esta área abrangerá obrigatoriamente os conteúdos técnicos, metodologia e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro e da enfermagem, na assistência de Enfermagem ao nível individual e coletivo (em hospitais, ambulatorios e rede básica de serviços de saúde) incluindo:

a) História da Enfermagem;

b)Exercício da Enfermagem (Deontologia, Ética Profissional e Legislação);

c)Epidemiologia;

d)Bioestatística;

e)Saúde Ambiental;

f)Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem;

g)Saúde Coletiva;

h) Metodologia da Pesquisa.

C) Assistência da Enfermagem

Nesta área incluem-se obrigatoriamente os conteúdos (teóricos e práticos) que conformam a assistência de Enfermagem, ao nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso, considerando o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do País/Região/Estado e priorizando cinco grandes situações, predominantemente sob a forma de estágio supervisionado.

1. Clínicas
2. Cirúrgicas
3. Psiquiátricas
4. Materno-Infantil
5. Preventivas

D) Administração em Enfermagem

Nesta área incluem-se obrigatoriamente os conteúdos (teóricos e práticos) de administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados, de médio porte, ambulatorios e Rede Básica de Serviços à Saúde.

No que diz respeito ao Ensino de Enfermagem, existe uma legislação específica (Portaria Ministerial 13/69) que norteia a capacitação do enfermeiro para o ensino de 1º e 2º graus.

Além do conteúdo teórico e prático, desenvolvido ao longo da formação do enfermeiro, ficam os cursos de enfermagem obrigados a incluir, no currículo, o estágio curricular supervisionado em hospitais, ambulatorios e Rede Básica de Saúde, considerando os seguintes pontos:

- o estágio curricular deverá ser desenvolvido sob supervisão docente e observará a programação e avaliação específicas;
- na elaboração da programação e no processo de supervisão e avaliação do aluno, em estágio curricular, será assegurada a efetiva participação do enfermeiro dos serviços de saúde onde se desenvolve o referido estágio;
- em nenhuma hipótese o estágio curricular supervisionado poderá ser inferior a 2(dois) semestres letivos.

2. Duração e Carga Horária Mínimas

O currículo mínimo terá duração mínima de 3.500 horas/aula, integralizáveis, no mínimo, 4 (quatro) e no máximo em 6(seis) anos letivos, respectivamente 8(oito) e 12(doze) semestres letivos, incluindo o estágio supervisionado.

A enfermagem brasileira apresenta esta proposta de reformulação do atual currículo mínimo para a formação do enfermeiro, por compreender que a manutenção das atuais normas está interferindo negativamente na formação de um profissional que cada vez mais é considerado essencial na melhoria da qualidade dos Serviços de Saúde e, por consequência, na melhoria da qualidade de vida da população.

A nova proposta pretende conferir à formação do enfermeiro atualidade e coerência com o momento presente, em que as necessidades de saúde da população, assim como as políticas do setor não comportam mais o profissional enfermeiro voltado apenas para ações complementares e auxiliares referidas ao indivíduo hospitalizado.

Sem abandonar a eficácia e competência adquiridas pelo enfermeiro ao longo de uma prática médico-hospitalar, a nova proposta reorienta esta experiência e amplia a formação do enfermeiro na perspectiva de torná-la facilitadora do processo de conhecimentos técnicos e científicos e de produção de serviços de saúde.

Vale ressaltar que nas normas vigentes, a formação do enfermeiro advém do ensino denominado Enfermagem e Obstetrícia (Parecer 163/72 e Resolução 4/72). Tal denominação se tornou incoerente frente à realidade. Forma-se o enfermeiro e não o obstetriz.

Para a enfermagem brasileira, a adjetivação do profissional enfermeiro com especialidade, deve resultar de cursos de pós-graduação e não da graduação. No caso, a especialização em enfermagem obstétrica é que qualificará o enfermeiro para a área. Neste sentido, o curso superior que formará o enfermeiro é Curso de Graduação de Enfermagem.

II – VOTO DO RELATOR

Com base nas considerações e informações contidas no presente parecer, o Relator submete à apreciação do Plenário do Conselho Federal de Educação a proposta de novo currículo mínimo para o curso de Enfermagem, apresentada anexa a este documento, sob a forma de Resolução.

III – CONCLUSÃO DA COMISSÃO

A Comissão Central de Currículos acompanha o voto do Relator.

Sala das Sessões, em 5 de março de 1994.

(aa) Virgínio Cândido Tosta de Souza – Presidente e Relator/Yugo Okida/Pe. Laércio Dias de Moura/Cícero Adolpho da Silva.



Grupos	Matérias	%	Total/H
A)	Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem:		
	a) Ciências Biológicas:		
	- Morfologia (Anatomia, Histologia)		
	- Fisiologia (Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia e Bioquímica)		
	- Patologia (Processos Patológicos Gerais, Parasitologia, Microbiologia, Imunologia)		
	- Biologia (Citologia, Genética e Evolução, Embriologia)	25	875
	b) Ciências Humanas		
	- Antropologia Filosófica		
	- Sociologia		
	- Psicologia Aplicada à Saúde		
B)	Fundamentos da Enfermagem		
	- História da Enfermagem		
	- Exercício da Enfermagem (Deontologia, Ética Profissional e Legislação)	25	875
	- Epidemiologia		
	- Bioestatística		
	- Saúde Ambiental		
	- Noções Fundamentais de Semiologia		
	- Saúde Coletiva		
C)	Assistência de Enfermagem sob a forma de Estágio Supervisionado		
	- Clínicas		
	- Cirúrgicas	35	1.225
	- Psiquiátricas		
	- Materno-Infantil		
	- Preventivas		
D)	Administração e Assistência de Enfermagem (teoria e prática)	15	525
	TOTAIS	100	3.500

ANEXO 6

ENFERMAGEM

- Dispõe sobre a formação do enfermeiro, em curso de graduação e revoga a Resolução nº 4, de 25 de fevereiro de 1972.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1.721 - DE 15 DE DEZEMBRO DE 1994

O Ministro de Estado da Educação e do Desporto, no uso das atribuições e tendo em vista o disposto no artigo 4º. da Medida Provisória nº 711⁽¹¹⁾, de 17 de novembro de 1994 e considerando o Parecer nº 314, de 6 de abril de 1994, do então Conselho Federal de Educação, aprovado conforme despacho publicado no "Diário Oficial" da União de 28 de novembro de 1994, Seção I, página 17.991, que fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de graduação em Enfermagem, resolve:

Art. 1º. A formação do enfermeiro será feita em curso de graduação e cumprirá os mínimos de conteúdo e de duração fixados pela presente Portaria.

Art. 2º. Os currículos plenos dos cursos de graduação em Enfermagem serão elaborados pelas instituições de ensino superior, objetivando estimular a aquisição, integrada de conhecimentos básicos, teóricos e práticos que permitam ao graduado o competente exercício de sua profissão.

Art. 3º. Os currículos mínimos para os cursos de graduação em Enfermagem conterão as seguintes áreas temáticas nas quais estão incluídas matérias e disciplinas relativas às Ciências Biológicas e Humanas, a saber:

§ 1º. Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem: nesta área, compreendendo 25% da carga horária do curso, incluem-se conteúdos fundamentais das Ciências Biológicas e das Ciências Humanas, obrigatoriamente:

a) Ciências Biológicas:

- Morfologia (Anatomia e Histologia);
- Fisiologia (Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia e Biofísica);
- Patologia (Processos Patológicos Gerais, Parasitologia, Microbiologia e Imunologia);
- Biologia (Citologia, Genética e Evolução, Embriologia).

b) Ciências Humanas:

- Antropologia Filosófica;
- Sociologia;
- Psicologia Aplicada à Saúde.

§ 2º. Fundamentos da Enfermagem: nesta área, compreendendo 25% da carga horária do curso, incluem-se obrigatoriamente os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro e da Enfermagem, na assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo (em hospitais, ambulatorios e rede básica de serviços de saúde), incluindo:

- História da Enfermagem;
- Exercício da Enfermagem (Deontologia, Ética Profissional e Legislação);
- Epidemiologia;
- Bioestatística;
- Saúde Ambiental;
- Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem;

-Metodologia da Pesquisa.

§ 3º. Assistência de Enfermagem: nesta área, compreendendo 35% da carga horária do curso, incluem-se obrigatoriamente os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente e ao adulto, considerando o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do País/Região/Estado, predominantemente sob a forma de estágio supervisionado em situações:

- Clínicas;
- Cirúrgicas;
- Psiquiátricas;
- Gineco-Obstétricas;
- Saúde Coletiva.

§ 4º. Administração de Enfermagem: nesta área, compreendendo 15% da carga horária do curso, incluem-se obrigatoriamente os conteúdos (teóricos e práticos) de administração do processo de trabalho da Enfermagem e da assistência de Enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados de médio porte, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde.

Art. 4º. Além do conteúdo teórico e prático desenvolvido ao longo da formação do enfermeiro, ficam os cursos de Enfermagem obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde.

§ 1º. O Estágio Curricular Supervisionado deverá ser desenvolvido sob supervisão docente e observará a programação e avaliação específica.

§ 2º. Na elaboração da programação e no processo de supervisão e avaliação do aluno, em Estágio Curricular Supervisionado, será assegurada efetiva participação do enfermeiro dos serviços de saúde onde se desenvolve o referido estágio.

§ 3º. Em nenhuma hipótese o Estágio Curricular Supervisionado poderá ser inferior a 2(dos) semestres letivos.

Art. 5º. O curso de graduação em Enfermagem terá a duração mínima de 4 (quatro) anos (ou 8 semestres) letivos e máxima de 6 (seis) anos (ou 12 semestres) letivos, compreendendo uma carga horária de 3.500 horas/aula.

Parágrafo único. No mínimo de 3.500 horas/aulas previstas estão incluídas as destinadas ao Estágio Curricular Supervisionado e excluídas as correspondentes à disciplina obrigatória por força de legislação específica (Educação Física).

Art. 6º. A adaptação do currículo baixado pela Resolução CEF nº 4, de 25 de fevereiro de 1972, aprovado far-se-á, por via regimental, segundo os recursos e interesses de cada Instituição, dentro do prazo de 1 (um) ano, a partir da data da publicação desta Portaria.

Parágrafo único. As adaptações regimentais das Instituições de Ensino Superior, que mantém cursos de Enfermagem, serão apreciadas pelos Conselhos de Educação competentes.

Art. 7º. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas a Resolução nº 4, de 25 de fevereiro de 1972, do Conselho Federal de Educação e demais disposições em contrário. – Murílio de Avellar Hingel, Ministro da Educação e do Desporto.

-(D.O. de 16 de dezembro de 1994, págs. 19.801 e 19.802).

ANEXO 7

1. ROTEIRO PARA ENTREVISTA - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

1. Nome da instituição _____
Federal () Estadual () Municipal () Particular ()
2. Entrada de alunos por ano _____
3. Qualificação do corpo docente

Títuloção	Regime de trabalho			
	20 a 30hs	40hs	DE/TIDE	Hora/aula
Graduação				
Licenciatura				
Especialização				
Mestrado				
Doutorado				
Mestrando				
Doutorando				

4. Cursos de pós-graduação:

5. Existiram dificuldades para fazer a reformulação do currículo pleno do curso?

6. Qual a situação do curso em relação aos requisitos indicados pelo Parecer 314/94-CFE

- Flexibilidade curricular:

- Integração ensino/serviço:

- Criação/manutenção/consolidação de grupos de pesquisa:

- Recursos bibliográficos:

- Recursos didáticos:

ANEXO B

- Intercâmbios interinstitucionais:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome da Instituição

Federal () Estadual () Municipal () Particular ()

Estado _____ Cidade _____

1.2 Sexo () Fcm. () Masc.

1.3 Idade

() 20-25 () 36-40 () 51-55
() 26-30 () 41-45 () 56-60
() 31-35 () 46-50 () + de 60

1.4 Tempo de docência no Ensino Superior de Enfermagem

() 01-03 anos () 12-15 anos () + de 25 anos
() 04-07 anos () 16-19 anos
() 08-11 anos () 20-23 anos

1.5 Cargo/Função atual

() Diretor (s)
() Coordenador (a) de Curso
() Chefe de Departamento
() Coordenador de disciplina
() Docente

1.6 Regime de trabalho semanal

1.7 Disciplina (s) que ministra

2. FORMAÇÃO PARA DOCÊNCIA

2.1 Formação

Curso realizado

() Graduação _____
() Licenciatura _____
() Especialização _____
() Especialização _____
() Mestrado _____
() Mestrado _____
() Doutorado _____
() Doutorado _____

2.2 Produção científica e desenvolvimento de projetos

Tipos _____ Área de conhecimento _____

Projetos _____

ANEXO 8

2- ROTEIRO PARA ENTREVISTA- CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome da Instituição _____

Federal () Estadual () Municipal () Particular ()

Estado _____ Cidade _____

1.2 Sexo () Fem. () Masc.

1.3 Idade

() 20-25 () 36-40 () 51-55

() 26-30 () 41-45 () 56-60

() 31-35 () 46-50 () + de 60

1.4 Tempo de docência no Ensino Superior de Enfermagem

() 01-03 anos () 12-15 anos () + de 23 anos

() 04-07 anos () 16-19 anos

() 08-11 anos () 20-23 anos

1.5 Cargo/Função atual

() Diretor (a)

() Coordenador (a) de Curso

() Chefe de Departamento

() Coordenador de disciplina

() Docente

1.6 Regime de trabalho semanal:

1.7 Disciplina (s) que ministra:

2. FORMAÇÃO PARA DOCÊNCIA

2.1. Titulação

Curso realizado

() Graduação _____

() Licenciatura _____

() Habilitação _____

() Especialização _____

() Mestranda _____

() Mestrado _____

() Doutorado _____

() Doutoranda _____

2.2.. Produção científica e desenvolvimento de projetos

Tipo _____ área de conhecimento

Pesquisas _____

Projeto de extensão _____
 Artigos de periódico _____
 Capítulo de livro _____
 Livro _____
 Outros ? Quais? _____

2.3.. Participação em órgãos de classe

Entidade	apenas associado	membro da diretoria	participação em reuniões
ABEn	()	()	()
COREN	()	()	()
Sindicato de docentes	()	()	()
Outros	_____		
Finalidade da participação _____			

2.4.. Participação em:

() Conselho Municipal de Saúde () Conselho Estadual de Saúde
 () Outras _____
 Finalidade da participação _____

2.5.. Participação em eventos

Congresso Brasileiro de Enfermagem _____

Conferência Municipal de Saúde _____
 Conferência Estadual de Saúde _____
 Conferência Nacional de Saúde _____
 Outros Congressos relacionados a área da saúde _____

Evento relacionado a formação do Enfermeiro

Eventos técnico-científicos relacionados a área de atuação _____
 Eventos de capacitação pedagógica _____
 Participação nos eventos promovidos pela ABEn-Nacional para a construção do novo currículo mínimo de enfermagem ? _____

Conhecimento do Parecer 314/94-CFE: Conhece () Não conhece ()



GISI, M. L. The development of a nurse's technical-scientific political competence: a curriculum guideline in issue. Marília, 1998. 246p. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Filosofia e Ciências, Campus Marília, Universidade Estadual Paulista.

ABSTRACT

This study is concerned with the process of nurse education. The starting point was the legal Opinion 314/94-CFE on the development of the technical-scientific political competence of a nurse. It was meant to apprehend meanings attributed to that competence by nursing faculty members. Thus, a qualitative research was performed in seven nursing graduation courses in Parana State. The analysis of the empirical data was supported by Bernstein's concepts, in particular, the ones concerning with the elaboration of codes to guide the action; from this theoretical background, the new nursing speech was considered the **voice** of the category and, as its **message**, the meanings attributed to competence by agents in a local context. It was found that the agent's messages are influenced by local contexts (health and teaching institutions) and reveal, in a broad sense, that different categories have been set apart (faculty members, students, health professionals, curricula, disciplines). Such detachment has been considered a hindrance for the re-elaboration of new codes, which reflect the new ways of acting and thinking of the contemporary society. Nevertheless, it was evidenced that some messages have already point out to disrupt with that detachment and have been aware of the need for interaction among the different categories and contexts, leaving behind a fragmented view towards a whole view. However, it is considered that new pedagogical practices, favoring the development of professional competence, request better working conditions as well as the proposition of innovative projects which enable to hold the different categories together.

Keywords: nursing-professional education; nurse-professional education; nursing-study and teaching.

