

SONIA APARECIDA DOS SANTOS

**A COMPETÊNCIA E OS ASPECTOS ÉTICO-
POLÍTICOS NO CURSO DE ENFERMAGEM:
olhar dos docentes enfermeiros**

PUC-CAMPINAS

2007

SONIA APARECIDA DOS SANTOS

**A COMPETÊNCIA E OS ASPECTOS ÉTICO-
POLÍTICOS NO CURSO DE ENFERMAGEM:
olhar dos docentes enfermeiros**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do Título de Mestre em Educação, ao Programa de Pós-Graduação na área de Educação, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Orientador: Profa. Dra. Elizabeth Adorno Araújo

PUC-CAMPINAS

2007

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t610.7307 Santos, Sonia Aparecida dos.

S237c A competência e os aspectos ético-políticos no curso de Enfermagem : olhar dos docentes enfermeiros / Sonia Aparecida dos Santos. - Campinas: PUC-Campinas, 2007.
190p.

Orientadora: Elizabeth Adorno de Araújo.
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Pós-Graduação em Educação.
Inclui anexos e bibliografia.

1. Enfermagem - Estudo e ensino. 2. Enfermeiros - Ética profissional. 3. Ensino superior - Enfermagem. 4. Saúde pública - Brasil. 5. Estudantes de enfermagem. I. Araújo, Elizabeth Adorno de. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Pós-Graduação em Educação. III. Título.

22.ed. CDD – t610.7307

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora	Profa. Dra Elizabeth Adorno Araujo
1 Examinador	Profa. Dra. Vera Lúcia de Carvalho Machado
2 Examinador	Profa. Dra. Sandra Souza Lima Rocha
Examinador Suplente	Profa. Dra. Dulce Maria Pompêo de Camargo

AGRADECIMENTOS

A trajetória para conquistar o título de mestre foi difícil, porém satisfatória pelos vários atores que encontrei, e que se transformaram em novos amigos que contribuíram muito para o meu sucesso. A todos, meus agradecimentos.

A Deus e Nossa Senhora Aparecida, pelas oportunidades, proteção, ajuda e presença constante em toda minha vida.

À minha Mãe, Maria Angelina Martins dos Santos, que mesmo com pouco estudo acreditou e me deu aquilo que não teve e aos seus quase oitenta anos e com falhas de memória entendeu minha ausência (mesmo estando em casa, eu ficava alienada às leituras) e respeitou as longas horas de trabalho.

À minha família, irmã, cunhado e dois sobrinhos: Stenio e Stephanie, por compreenderem a minha ausência em momentos importantes de suas vidas.

Ao Mestre Cherbeu, incentivador, guia, mestre e amigo, que muito me ajudou e acolheu-me nas horas mais difíceis desta jornada.

À minha amiga Ana Maria Peccini, que apoiou, festejou comigo vários momentos da minha vida e estava torcendo por mim nesta trajetória e ansiosa por minha dissertação, tendo porém o destino abreviado sua vida antes do término desta pesquisa.

À Prefeitura Municipal de Moji Mirim nas pessoas do Prefeito – Dr. Carlos Nelson Bueno, do ex- Diretor de Saúde Simão Botessi, da Diretora Daniella Dalben Mota, da Chefe da Divisão de Procedimento Enf. Rosa Ângela Iamarino e da Coordenadora de Enfermagem Enf. Juliana Silveira Oliveira, pela compreensão e liberação para concluir as disciplinas e a pesquisa.

Ao Centro Estadual Paula Souza nas pessoas da Diretora Profa. Hirlei Magalhães, do Diretor Administrativo Prof. José Vicente, da Coordenadora de Enfermagem, Profa. Enf. Joalice Pena Franco, à Assistente Aninha e às colegas docentes, em especial à Profa. Enf. Cleuza Vedovato pelo apoio e compreensão.

À primeira orientadora desta pesquisa, Profa. Dra. Mara Regina Lemes De Sordi, incentivadora dos meus trabalhos de pós-graduação, que com muito carinho me acolheu e muito me ajudou dedicando-me sua atenção durante o período em que estivemos juntas.

À Profa. Dra. Elizabeth Adorno Araújo, que no meio desta trajetória me acolheu como sua orientanda de maneira especial, incentivando, guiando-me, estando sempre atenta e com gesto amigo e sincero me fez crescer.

À Profa. Dra Vera Lúcia de Carvalho Machado, do Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Educação, que me acolheu no curso de maneira muito especial.

Aos demais docentes e funcionários do Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Educação da PUC-Campinas pelo apoio, convivência e ajuda.

Aos funcionários da PUC-Campinas – prédio central Biblioteca: Tuca, Cidinha e Sergio; Laboratório e Informática: Augusto; Centro de Apoio Didático – CAD/SBI- : Cleber, Francisco e Sra Miriam.

Aos amigos e colegas do Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Educação pela colaboração em todos os momentos, principalmente quando fui vítima de um acidente levando-me à imobilização, e que até mudaram o local de almoço e encontros para que eu não me sentisse em nenhum momento só, em especial à Adriana, Jacqueline e Rosana.

À amiga da Graduação Cláudia Luz que mesmo à distância e através de e-mail me incentivou e apoiou.

Aos Dirigentes, Coordenadores e Enfermeiros-docentes das Faculdades pesquisadas.

Aos colaboradores Prof. José Antonio e Luis Antonio Vergara Rojas pela paciência, atenção durante o processo de revisão e formatação dessa pesquisa.

Ao Comitê de Ética da UNIPINHAL, que aceitou julgar o pré-projeto desta pesquisa e após orientações e correções por mim executadas o aprovou.

***“o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é
um imperativo ético e não um favor que podemos ou
não conceder aos outros”***

FREIRE

Apetite sem Esperança

*Mãe eu to morrendo de fome
Eu dizia eu gritava eu mugia
minha vó zangada respondia
você não esta morrendo e nem tem fome
Você tem é apetite
Você sabe que vai comer, onde comer, o que vai comer.
Fome não! A fome, minha neta,
a fome meu irmão,
a fome minha criança,
é um apetite sem esperança.
Minha vó já dizia pra mim um futuro de Brasil.
Minha vó nem viu nascer edifício no lugar de pão
no lugar de trigo
nem viu criança com infância de semáforo
vendendo mariola barata, criança que mata
porque seu quintal está sempre no vermelho
criança cujo ralado de joelho
dói menos do que o não morar, não existir, não contar.
Com a fome tenaz
não há tenaz na escola
há só a cola de se cheirar a dor doída
de um monstro estômago a roncar
um animal doido dentro do corpo a uivar
todo dia, sem boa vista, sem quinta zoológica onde morar
Com a fome das crianças brasileiras
Forra-se a mesa, arma-se o banquete
dos que sempre tiveram apenas apetite.
A faminta criança foi apenas o álibi, o cardápio, o convite.
Desmamada ela cresce procurando o peito da pátria amada
uma banana, uma manga, uma feijoada
e a mãe pátria diz nada.
Tem ela apenas o horror, o descalor, a calçada
um ódio a todos os tênis de todos os meninos nutridos
um ódio a mochilas, a saudáveis barrigas
um contínuo furor de assaltar os relógios
um deter o tempo que é o seu verdadeiro balão
um cai-cai balão que só cai à mão armada.
A fome gera cilada de uma pátria de não irmãos.
A gente podia ter gripe, asma, catapora, bronquite
A gente podia ter apetite mas fome não.
Minha vó bem que dizia sem errança:
fome é um apetite sem esperança.*

(Herbert de Souza, o Betinho - 1993)

RESUMO

SANTOS, Sonia Aparecida dos. *A competência e os aspectos ético-políticos no curso de Enfermagem: olhar dos docentes enfermeiros*. Campinas, 2007. 190f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Educação. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2007.

O presente trabalho está inserido na linha de pesquisa: “Universidade, Docência e Formação de Professores”. Nosso foco de interesse é discutir o desenvolvimento das competências na graduação em enfermagem, abrangendo os aspectos ético-políticos. Tem como objetivo conhecer como docentes enfermeiros da graduação em Enfermagem, atuantes nas mais diversas disciplinas, identificam e levam em conta a competência numa abrangência ética e política do futuro Enfermeiro. Tomamos por pressuposto a competência com dupla significação: técnica e política. Consideramos, ainda, que a mediação entre o técnico e o político é a ética. O referencial teórico que embasou este estudo abordou o envolvimento da enfermagem nas políticas públicas de saúde no Brasil, recuperando a história da Enfermagem, da expansão do Ensino Superior no Brasil e da organização do atual Sistema de Saúde brasileiro, além dos aspectos éticos e políticos. Optamos por uma abordagem qualitativa para tratamento, análise e interpretação dos dados. O instrumento de coleta dos dados foi um questionário, composto por questões fechadas para identificar o perfil dos participantes e abertas para questões específicas da temática. Enviamos quarenta e um questionários a docentes enfermeiros, integrantes dos cursos de graduação em Enfermagem de quatro Institutos de Ensino Superior - IES - do interior do Estado de São Paulo: responderam o questionário vinte e três (56%) docentes enfermeiros, que apresentaram nas suas manifestações contribuições significativas por expressarem claramente a sua forma de ver o profissional de saúde, em especial o Enfermeiro, e sua contribuição para o desenvolvimento desta competência. Evidenciamos a necessidade de que a práxis profissional do Enfermeiro seja permeada de valores a serem melhor explicitados, visando à conscientização ético-política do futuro Enfermeiro, na busca de novos horizontes que venham a atender melhor as necessidades do atual Sistema de Saúde brasileiro.

Palavras-Chave: Universidade, Docência em Enfermagem, Competência, Valores Ético-Políticos

ABSTRACT

The present work follows the line of research: “University, Teaching and Education of Teachers”. Our focus of interest is to discuss the development of competence in the undergraduate course of Nursing, including ethical-policy aspects. Its objective is to get to know how nursing teachers in the undergraduate Nursing course who teach diverse subjects identify and take into account the competence that includes the ethics and policies of the future Nurse. We take as a presupposition competence with a dual meaning: technical and policy. Furthermore, we consider that the mediation between the technical and policies is ethics. The theoretical reference that was the basis of this study took the approach of the involvement of Nursing in Brazilian public health policies, recalling the history of Nursing, the expansion of higher education in Brazil and the organization of the actual Brazilian health system, besides ethical and policy aspects. We opted for a qualitative approach in the treatment, analysis and interpretation of data. The instrument used for collecting data was a questionnaire composed of closed questions to identify the profile of the participants and open ones for specific questions concerning the theme. We sent forty-one questionnaires to student nurses of the undergraduate Nursing course in four institutions of higher learning in the State of São Paulo. Twenty-three (56%) student nurses answered. In their answers they presented significant contributions by clearly expressing the way they saw the health profession, especially the Nurse, and their contribution for developing this competence. We observed the need for the professional practice of the Nurse to be permeated with more explicit values in the promotion of the ethical-policy awareness of the future Nurse in the search of new horizons that attend better the needs of the actual Brazilian health system.

Key words: University, Teaching in Nursing, Competence, Ethical-policy Values.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1	Situação dos cursos de Enfermagem no Brasil em 1991 e 2004	77
Tabela 2	Distribuições das IES, segundo o tempo de funcionamento e dados do curso de enfermagem	130
Tabela 3	Distribuições dos docentes envolvidos na formação do Enfermeiro por Instituição e formação	131
Tabela 4	Distribuição dos docentes enfermeiros respondentes por IES, faixa etária e sexo	135
Tabela 5	Distribuição dos docentes enfermeiros segundo tempo de formação, de docente e de atuação na IES	136
Tabela 6	Distribuição dos docentes enfermeiros segundo, cursos realizados com IES	138
Tabela 7	Distribuição dos docentes enfermeiros, por IES segundo participação em eventos científicos, envolvidos em pesquisa e se há participação de aluno nos últimos 03 anos por IES	139
Tabela 8	Distribuição dos docentes enfermeiros, por IES segundo participação em organizações políticas, atuação como docente em outra área, atuando também como Enfermeiro	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

Siglas

ABEn	= Associação Brasileira de Enfermagem
AIS	= Ações Integradas de Saúde
CFE	= Conselho Federal de Educação
CNE	= Conselho Nacional de Educação
CONASP	= Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
COFEN	= Conselho Federal de Enfermagem
COREN	= Conselho Regional de Enfermagem
DNPS	= Departamento Nacional de Saúde Pública
DNERU	= Departamento Nacional de Endemias Rurais
DST/AIDS	= Doença Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
FAJ	= Faculdade de Jaguariúna
IAPAS	= Instituto de Aposentadoria e Pensão
IES	= Instituições de Ensino Superior
IESF	= Instituto de Ensino São Francisco
INAMPS	= Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	= Instituto Nacional de Previdência Social
INEP	= Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPES	= Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais
LDB	= Lei de Diretrizes de Base
MEC	= Ministério da Educação
MEC/Inep/Deaes	= Ministério da Educação e Cultura/Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa/ Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior
NOB	= Norma Operacional Básica
NOAS	= Norma Operacional da Assistência a Saúde
PADES	= Programa de Apoio e Desenvolvimento do Ensino Superior
PPP	= Projetos Políticos Pedagógicos
SENADEn	= Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem
SESU	= Secretaria de Educação Superior
SIMPAS	= Sistema Nacional de Previdência Social e Assistência Social
SUDS	= Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	= Sistema Único de Saúde
TCLE	= Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFEOB	= Centro Regional Universitário da Fundação Educacional Octávio Bastos
UNIPINHAL	= Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal
USAID	= United States Agency for International Development
USP	= Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 QUESTÕES QUE PERMEIAM A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO	28
1.1 Evolução das Políticas Públicas de Saúde e a Formação do Enfermeiro no Brasil	30
1.2 Projeto Político Pedagógico e a Evolução do Currículo na graduação em Enfermagem	54
1.2.1 Contextualizando o Currículo	56
1.2.2 A trajetória curricular na graduação em Enfermagem	61
1.3 Entre o Público e o Privado na Educação brasileira - Expansão do Ensino Superior no Brasil: uma aproximação com Ensino em Enfermagem	71
1.3.1 Expansão do Ensino Superior em Enfermagem no Brasil	76
2 FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM: desafios atuais e o desenvolvimento das competências abrangendo os aspectos ético-políticos	79
2.1 Competência e a Formação Profissional no Contexto da Enfermagem Brasileira	82
2.2 Aspectos Éticos na formação profissional	89
2.3 A Política e a Enfermagem como Ator Social	101
3 MATERIAL E MÉTODOS	114
3.1 Instrumento de coleta de dados	116
3.2 Sujeitos	118
3.3 Campo de Pesquisa	119
3.4 Forma de Análise dos Dados	125
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	128
4.1 Características das IES	130
4.2 Perfil dos Docentes Enfermeiros	134
4.3 Unidades Temáticas (UT) e Estruturas Relevantes (ER)	142
4.3.1 Unidade Temática I	143
4.3.2 Unidade Temática II	151
4.3.3 Unidade Temática III	157
CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS FINAIS	168
REFERÊNCIAS	177
ANEXOS	185
Anexo A - Certificação do Comitê de Ética	186
Anexo B - Questionário Coordenador	187
Anexo C - Questionário doente-enfermeiro	188
Anexo D - Carta Consentimento	190

O mundo passa por profundas transformações e o acesso às informações apresenta-se cada vez mais veloz. Muitas vezes, as alterações são imperceptíveis e, na maioria das vezes, não paramos para pensar sobre elas e também para nos recolocarmos diante de suas conseqüências, porque elas podem influenciar nosso estilo de vida.

Estas alterações tanto de conteúdo como de forma, ocorrem nos processos de produção, nas estruturas econômicas e políticas, nas relações sociais e no modo de vida, tanto do indivíduo como da coletividade.

As alterações a que nos referimos são as mudanças que se iniciaram com o processo de industrialização, tais como: a sindicalização dos trabalhadores; a inclusão da mulher no mercado de trabalho; alteração na estrutura familiar; avanços tecnológicos em várias áreas, inclusive na saúde; alteração na duração do ciclo vital. O surgimento e a evolução da informática levou a um processo de modernização científica e tecnológica que nos impulsiona a protagonizar novas formas de construção do conhecimento e de relações com o mundo do trabalho. Estas mudanças trazem repercussões políticas, sociais, econômicas e culturais. Elas exigem também posicionamento no âmbito educacional; é necessário na formação profissional contemplar não só a capacidade técnica, mas também questões ético-políticas.

Acreditamos que as IES - Instituições de Ensino Superior - devam buscar ações e estratégias que direcionem e desenvolvam processos formais visando esta formação.

Segundo Chirelli (2002; p. 5):

(...) desde a década de 80, a Enfermagem brasileira vem discutindo sobre o processo de formação de seus profissionais. ..., com avaliação do ensino de enfermagem através do perfil, das competências do enfermeiro e do currículo mínimo em vigor e culminou, no período de 1990/94, na elaboração da proposta para a (re) formulação do currículo mínimo... .Constitui-se neste período um projeto político para a enfermagem, articulado aos princípios da reforma sanitária.

De acordo com a autora, a agenda de discussões da reforma sanitária tinha como pontos centrais a cidadania e os direitos sociais.

A profissão de enfermagem vem sofrendo um processo de redefinições, pois passa por um período no qual a sua prática está sendo repensada, bem como suas referências assistências e seu compromisso social (ESPIRIDIANO, 2005).

Segundo Esperidião (2005), nos deparamos em alguns fóruns de discussão acerca da formação do enfermeiro com alguma resistência e postura de conservadorismo por parte de docentes, dificultando o desenvolvimento na formação que contemple as tendências e necessidades do mundo atual.

No 8º SENADEn - Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem – 2004, um dos focos de discussão foi a premência em romper com as práticas pedagógicas tradicionais, entre elas, a relação de poder no processo de formação em enfermagem.

Esta relação de poder não está presente somente no processo de formação em Enfermagem, mas disseminada por toda a estrutura social.

Para Foucault (1993), além das relações de poder, estarem distribuídas por toda a estrutura social, o poder não é um lugar que se ocupa, nem um objeto que podemos possuir.

Para este autor,

(...) esse poder se exerce mais que possui, não é privilegio adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito do conjunto de suas posições estratégicas – efeito manifesto e, às vezes, reconduzido pela posição dos que são dominantes (p. 29).

Destacamos aqui que esta relação de poder no processo de formação em Enfermagem não é algo coercitivo, que diz não, que impõe limites, que castiga; mas que tem uma positividade e produz saber.

Segundo Brêtas (1994; p. 7):

(...) não existe relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua, ao mesmo tempo, relações de poder. ... não existe saber neutro: todo saber é político, visto que é fruto das relações de poder.

De acordo com a autora, é fundamental a importância e a magnitude do poder disciplinar na construção social da Enfermagem, pois possibilita analisar a mentalidade expressa pelo enfermeiro-docente e o “saber”.

Mesmo que o ensino de enfermagem esteja caminhando para transformações, ainda percebemos algumas contradições no que diz respeito ao perfil e competências do futuro enfermeiro, e ainda, mais especificamente, quanto ao papel do docente no desenvolvimento da competência abrangendo os aspectos ético-políticos na formação do aluno de enfermagem.

Em relação a essas competências, consideramos como cita Rios (2004, p. 46): “minha definição de *saber fazer bem* como sinônimo de competência, em principio, aproxima-se da posição dos educadores que apresentam esse saber fazer bem numa dupla dimensão: técnica e política”.

Segundo ela, a competência tem uma dupla significação, ou seja, técnica e política; e considera, ainda, que a mediação entre o técnico e o político é a Ética.

À dimensão ética compete levar os profissionais a refletirem sobre os valores que orientam as suas ações, enquanto a dimensão política leva à construção de estratégias no campo democrático popular, para estabelecer mediações nos espaços sócio-institucionais.

Quando optamos por abordar conjuntamente os aspectos ético-políticos, o fizemos porque concordamos com Rios (2001) quando afirma: “que os conceitos de Ética e de política se apóiam na ligação estreita que há entre eles” (p. 100).

Recorremos a Demo (1996; p. 6) que nos lembra que “é essencial não perder de vista que conhecimento é apenas meio, e que para tornar-se educativo, carece ainda orientar-se pela Ética dos fins e dos valores”. Portanto, o processo ético-político deve perpassar todas as relações do processo educativo do futuro enfermeiro.

As reflexões éticas também são afetadas com as mudanças geradas pela globalização, pois não só mais os estudiosos e religiosos debatem o ético, mas também as pessoas ditas comuns, tanto que evidenciamos no dia-a-dia o aumento das publicações que abordam a ética em outras áreas como na política, direito, indústria, justiça, ciência, saúde, meio ambiente e comunicação. (VASCONCELLOS, 2002).

Tal fato abre espaço para uma macro-ética que transcende as relações individuais, contemplando as diferentes relações de diversos atores na construção mútua de valores rumo à construção de conceitos que serão incorporados num determinado período histórico (VASCONCELLOS, 2002).

A evolução histórica das políticas de saúde e a formação de profissionais estão relacionadas diretamente às alterações de cada época, bem como à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira. O processo evolutivo da saúde e a formação de profissionais sempre obedeceram à ótica do avanço do capitalismo, sofrendo a forte determinação do capitalismo internacionalmente.

Atualmente no Brasil, a política de saúde adotada e ainda em construção é o SUS - Sistema Único de Saúde – que foi promulgada pela Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, e que resgata a saúde enquanto direito de cidadania.

Podemos afirmar que o Sistema de Saúde brasileiro está na contramão da lógica do neoliberalismo, pois o pensamento neoliberal está centrado no mercado, considerando somente os setores da população que produzem e consomem, com interesse voltado para o lucro e a exploração, sustentando a idéia da redução das responsabilidades do Estado com a oferta de serviços para a sociedade; assim, passa por cima das necessidades da vida da população.

Percebe-se, que neste contexto, torna-se difícil a construção de um sistema de saúde que atue de maneira efetiva de acordo com a realidade e que garanta o desenvolvimento da qualidade de vida da população, evitando ou pelo menos amenizando o sofrimento e padecimento humano.

Para otimizar a assistência à saúde, há necessidade de contar com a participação de vários atores, entre eles o trabalhador de saúde.

O enfermeiro pode vir a ser um agente estratégico dentro das políticas sociais, pois ele é um personagem importante na atenção à saúde das pessoas, seja em âmbito individual ou coletivo. O enfermeiro atua na capacitação, formação, e coordenação da maioria dos trabalhadores de saúde. Não podemos nos esquecer da sua atuação junto à gestão e gerenciamento de programas e projetos sociais, e mais, no ensino e pesquisa, o que resgata as características de flexibilidade e de polivalência que as transformações do mundo de trabalho vêm exigindo.

O desenvolvimento da competência embasada nos valores ético-políticos na formação do enfermeiro há de ser um subsídio para que ele possa atuar em esferas assistenciais e gerenciais, colaborando na construção das políticas de saúde. Entendemos ser este desenvolvimento um processo contínuo de formação que não tem seu fim determinado pelo término da graduação.

Bagnato (1999; p.14) afirma: "... a formação profissional não se esgota com e na universidade, os desafios que estão se impondo implicam uma formação continuada no exercício da profissão...".

Percebemos uma preocupação crescente dos órgãos oficiais ligados à saúde e à educação brasileira em relação à formação de profissionais da saúde, buscando meios para superar as dificuldades sempre presentes em momentos de mudanças.

Os movimentos pela reforma sanitária brasileira e pela mudança na formação dos profissionais de saúde vêm contribuindo para melhorar o acesso universal à saúde, de forma equitativa e de qualidade, e a formação de profissionais críticos e competentes.

Chirelli (2002, p. 5) corrobora:

É inegável que esse Movimento, enquanto processo político, cultural, intelectual, moral e ético, que corresponde a uma totalidade de propostas de mudanças, representou, neste contexto, movimentos relevantes mobilizando a discussão, levando e impondo questionamentos direcionados ao modelo de saúde e igualmente de formação de pessoal.

Dentro deste contexto, a própria Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III, enfatiza um redimensionamento da formação dos trabalhadores de saúde, direcionando a formação de recursos humanos e a revisão dos currículos profissionais para adequá-los à realidade sócio-epidemiológica, rompendo assim com a visão biologicista existente e enfatizando uma visão holística do homem.

Assim, a formação do enfermeiro pode se dar através de projetos pedagógicos que se propõem a preparar um profissional crítico e reflexivo, com competência técnico-científica e ético-política, responsável não só pelo cuidado na enfermagem, mas também pela formação de profissionais da saúde - enfermagem.

Segundo Gualda (1995; p. 298):

apesar da influência a que a educação em enfermagem está sujeita, muitos educadores tem concluído que abordagens tradicionais, embora transmitidas aos alunos por décadas, não são mais aceitas para a realidade atual, que exige de seus profissionais, além de competência técnica, a capacidade criativa, de reflexão, de análise crítica e um aprofundamento constante de seus conhecimentos.

Entendemos que, para o desenvolvimento desse profissional reflexivo, as questões ético-políticas devam ser discutidas no Curso de Graduação de Enfermagem em conexão com todas as disciplinas técnicas e

especializadas e não permanecerem estagnadas nas disciplinas de Ciências Humanas e ou de Políticas Públicas de Saúde.

De acordo com Germano (1999; p. 42), há um grande descompasso entre as ciências biomédicas e a reflexão ética, o que torna difícil enfrentar os desafios dos avanços tecnológicos da área da saúde. Percebemos isso quando a autora diz:

são escassos os debates nas universidades, em particular na área da saúde, que tratam de questões mais gerais da sociedade, como a fome, a pobreza, a desigualdade entre os homens, a qualidade de vida, entre outros.

Segundo a autora, mesmo esses questionamentos tendo estreita relação com os direitos humanos e com as questões Éticas, não são objetos de debates. Cita o desinteresse por parte das instituições formadoras para debater outros assuntos pertinentes à formação profissional como: avanço técnico-científico, saúde da população, SUS e seguridade social, entre outros.

Diante do exposto, para nós, o processo formativo do enfermeiro deve contemplar um projeto educacional que contribua para a formação de cidadãos que possam inserir-se de modo crítico e responsável no atual contexto social, cultural, político e econômico brasileiro.

Formar profissional da área da saúde - enfermeiro – é, acima de tudo, formar cidadão sensível, competente, tanto na esfera ética como na política, que reconheça os determinantes do processo saúde/doença e, ainda, tenha compreensão de que a promoção da saúde é o resultado de ações articuladas entre governo e instituições de saúde, IES e população. Assim poderemos contar com profissionais com capacidade de intervenção crítica no cenário sócio-histórico e também com qualidades referentes à

instrumentalização do saber, traduzidas em sistematização formal de seus conhecimentos tácitos.

Portanto, entendemos que a prática docente deva estar amparada em processos de mudanças. O docente deve utilizar metodologias que reforcem a capacidade crítica do educando, sua curiosidade, sua insubmissão. Docentes e alunos devem ser criadores, instigadores, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes.

Bagnato (1999; p. 15) oferece subsídio para essa compreensão quando diz:

(...) o processo educativo é um caminho de mão dupla, envolvendo professor e aluno, numa relação de colaboração e respeito à maneira única e insubstituível de existir de cada um, com suas marcas próprias, com suas trajetórias de vida, de experiências.

Acreditamos que, dentre vários fatores, se houver uma redefinição do papel das IES, na graduação de enfermagem, podemos formar profissionais competentes e habilitados a atuar junto à organização do Sistema de Saúde do Brasil.

A formação acadêmica do profissional Enfermeiro tem sido nosso objeto de reflexão há muito tempo; porém, a iniciativa em pesquisar sobre as competências ético-políticas, a serem desenvolvidas durante a formação do enfermeiro, foi amadurecida recentemente, sendo que este tema sempre nos provocou inquietações. Estas questões se acentuaram quando participamos, em 1997, do curso de pós-graduação Lato Sensu em Saúde Pública na Universidade Estadual de Campinas e sentimos algumas deficiências de formação, resultantes do nosso processo de formação profissional, como enfermeiros, pois este seguiu o modelo da época que priorizava o contexto

técnico-instrumental, voltado apenas para a assistência à pessoa doente, valorizando muito pouco ou quase nada as questões sociais que interferem na saúde do indivíduo. As discussões éticas se limitavam à ética codificada determinada pelo Conselho de Enfermagem, e a discussão política não fazia parte do nosso dia-a-dia, mesmo o país passando por um momento político muito importante (fim da ditadura). Também sentimos carência de disciplinas que pudessem favorecer nosso desenvolvimento como professores, disciplinas essas ligadas mais especificamente à didática.

Acreditamos que a formação social específica se determina nas diferentes épocas e traz consigo características próprias e ideológicas, tanto no campo filosófico, político, como na economia.

Por sua vez, o desenvolvimento da saúde e do ensino de enfermagem está intimamente associado às estruturas sociais das diferentes épocas.

Segundo Geovanini (1995; p. 5):

...os períodos transitórios de desenvolvimento das nações, as relações de poder e a articulação da questão saúde, dentro da perspectiva sócio-econômica e política, são fatores que caracterizam a evolução e a trajetória das práticas de saúde, na qual a Enfermagem está inserida.

Concordamos com Rizzotto (1999; p. 71) quando escreve que a enfermagem profissional brasileira, desde sua institucionalização, teve sua formação centrada no indivíduo, na doença e cura com tendências a assistência hospitalar.

Em nossa atuação profissional como enfermeiros, percebemos que os profissionais de enfermagem, mesmo os de nível superior, dão pouca

importância às questões ético-políticas, prendendo-se às questões técnico-científicas e deontológicas da profissão e ainda valorizam as especializações técnicas, principalmente tecnológicas que, em nosso entendimento, se não forem bem dimensionadas podem determinar uma atuação tecnicista¹ (saber fazer), tão cronificada na enfermagem. Adotar esta postura pode acentuar a tendência de especializações, levando assim a uma supervalorização das competências técnicas em detrimento dos ideais ético-políticos.

Neste sentido, vamos um pouco mais adiante; se há uma valorização nos aspectos técnicos e consumo de tecnologia, perguntamos: Qual a relevância que se dá ao desenvolvimento das competências ligadas aos aspectos éticos-políticos nos cursos de enfermagem?

Tendo em vista o cenário atual de saúde e educação, as discussões que vêm ocorrendo de maneira formal ou informal nas instituições de saúde têm revelado a insatisfação com a formação destes profissionais. Portanto, devemos repensar esta formação na tentativa de buscar e enfrentar as contradições existentes, ampliando nossa compreensão sobre a temática das competências e dos valores ético-políticos, na formação do profissional enfermeiro.

Percebendo que o conceito de competência mostra diferentes significados, dependendo do grupo social ou segmento profissional, outras inquietações surgiram: a quem compete desenvolver as competências e valores ético-políticos na formação do enfermeiro? O que os docentes-enfermeiros entendem por competência necessária para atuação do enfermeiro?

¹ Tecnicista: Segundo Rios (2001; p. 94) "Se cria uma visão tecnicista quando se supervaloriza a técnica, ignorando sua inserção num contexto social e político e atribuindo-lhe um caráter de neutralidade..." .

Assim, conduzimos o nosso trabalho de pesquisa com o objetivo de conhecer como os docentes-enfermeiros, da graduação em enfermagem, atuantes nas mais diversas disciplinas, identificam e operacionalizam suas ações tendo em vista o desenvolvimento das competências que abrangem os aspectos Ético-políticos no processo de formação do futuro enfermeiro.

Traçamos, ainda como objetivos específicos:

- a) Identificar o que os docentes entendem por competência ético-política na formação do enfermeiro;
- b) Conhecer a visão (percepção) dos docentes-enfermeiros acerca dos atores responsáveis pelo desenvolvimento ético-político nos alunos de enfermagem;
- c) Identificar a participação e as dificuldades dos docentes do Ensino Superior em enfermagem no desenvolvimento dessa competência;

Por acreditar que o processo de ensino não é neutro, e expressa as contradições e ideologias da sociedade, na qual o docente, de forma consciente ou não, passa a ser veículo de crenças e atitudes, fizemos a opção em realizar este estudo com docentes-enfermeiros das mais diversas disciplinas.

A metodologia utilizada para este estudo foi a pesquisa do tipo qualitativo e o instrumento para a coleta de dados ocorreu através de questionário composto de dois segmentos que nos levou a conhecer o perfil dos sujeitos e suas opiniões sobre o tema. Estes sujeitos são docentes-enfermeiros de quatro cursos de graduação em Enfermagem. Estes cursos

tiveram início na última década e estão integrados a Universidades e Faculdades privadas do interior do Estado de São Paulo.

A construção deste estudo esta baseada em capítulos que retratam os caminhos percorridos.

No primeiro capítulo: **Questões que permeiam a formação do Enfermeiro**, foram abrangidos os seguintes temas:

- Evolução das Políticas Públicas de Saúde e a Formação do Enfermeiro no Brasil.
- Projeto Político-Pedagógico e a Evolução do Currículo na graduação em Enfermagem.
- Educação em Enfermagem e a Evolução do Ensino Superior no Brasil.

No segundo capítulo: **Formação Superior em Enfermagem: desafios atuais e o desenvolvimento das competências abrangendo os aspectos ético-políticos**, trazemos referências pertinentes às competências relacionadas ao desenvolvimento dos aspectos ético-políticos com enfoque na formação do enfermeiro.

No terceiro: **Material e Método**, descrevemos o percurso metodológico, caracterizamos as IES – Instituto de Ensino Superior – pesquisadas

No quarto: **Resultados e Análise dos dados**, expomos as respostas dos participantes através de tabelas e Análise Temática.

À guisa de término apresentamos nossas considerações finais, nas quais acreditamos explicitar aspectos importantes inseridos no nosso objeto de pesquisa.

Temos a intenção de que este trabalho possa contribuir para uma reflexão crítica na formação do enfermeiro de uma forma ampliada de que possa proporcionar de reflexões em prol de uma enfermagem mais comprometida com a transformação das condições de vida dos brasileiros. Não nos motiva nenhuma intenção comparativa entre as IES, que terão garantidas suas condições de anonimato.

1 QUESTÕES QUE PERMEIAM A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

As áreas da Saúde e da Educação têm valores em comum, isto é, ambas lidam com o mesmo objeto de trabalho, apesar de o fazerem em dimensões diferentes. Elas jamais podem ser vistas como áreas neutras ou isoladas, pois ambas espelham o resultado das políticas sociais e econômicas do país.

Em Educação, uma abordagem histórico crítica permite analisar os fatos ocorridos, que muitas vezes são determinantes no processo atual de ensino e aprendizagem praticado pelos docentes, e, aqui em especial, os do Ensino Superior em Enfermagem.

Procuramos, neste capítulo, explicitar as questões que permeiam a formação do Enfermeiro. Para tanto, estaremos tomando como ponto de referência os períodos históricos que provocaram mudanças nas políticas públicas, na economia e, que conseqüentemente refletiram-se na evolução e formação da Enfermagem no Brasil.

A história das políticas de Saúde e a formação do profissional da área estão relacionadas diretamente com as mudanças político-sociais e econômicas da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-las.

Nas últimas décadas, o ensino de Enfermagem tem passado por muitas modificações em meio às mudanças sociais e de classe, e a formação do profissional Enfermeiro ao longo da história de Enfermagem no Brasil tem sido motivo de preocupação dos estudiosos da área.

Considerando que, a partir do século XIX, ocorreram acontecimentos bastante ricos para a Enfermagem brasileira e discutidos isoladamente por

vários estudiosos, procuramos aqui compilar alguns dados no sentido de aclarar determinadas questões e sua relação com o presente e o futuro.

Podemos evidenciar na história, bem como no dia-a-dia, que a Saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro e, que somente quando determinadas epidemias se apresentam como importantes em termos de repercussão econômica ou social, dentro do modelo capitalista proposto, é que passam a ser alvo de atenção por parte do governo.

Assim, de um modo geral, os problemas de saúde tornam-se foco de atenção quando se apresentam como epidemias e deixam de ter importância quando os mesmos se transformam em endemia.

As considerações que se seguem foram resultados de nossa reflexão e estudo de vários autores, entre eles: Brêtas (1994), Chirelli (2002), Germano (1993), Geovanini (1995), Pires (1998), Rizotto (1999) e Tápia (2000). Tal incursão permitiu-nos uma aproximação dos fatos que aconteceram no Ensino Superior de Enfermagem e das políticas públicas de assistência à saúde no Brasil.

1.1 Evolução das Políticas Públicas de Saúde e a Formação do Enfermeiro no Brasil

Desde os primórdios da colonização no Brasil, qualquer pessoa podia prestar cuidado aos doentes. As epidemias já se faziam presentes no período da colonização e se arrastaram pelo país até metade do século XX. Nesta época, os recursos destinados à saúde eram escassos ou quase

inexistentes, e a medicina era exercida por indivíduos não qualificados e até mesmos charlatães.

As primeiras Santas Casas de Misericórdia surgiram em 1543, e eram administradas por ordens religiosas com o objetivo de recolher pobres e órfãos, e ocasionalmente outros doentes. Nesta época a atividade de enfermagem era eminentemente prática, dispensava-se a escolaridade e era exercida por voluntários, escravos e religiosos. Somente no século XVIII surgiram os hospitais governamentais e/ou militares.

A partir de 1808, com a vinda da Corte portuguesa ao país, deu-se início à organização do atendimento à saúde, o que impulsionou a chegada de profissionais estrangeiros de saúde, pois o espaço urbano precisava ser reestruturado para evitar perigos de epidemias aos nobres e à burguesia que vieram junto com D. João VI.

Reconhecendo a necessidade de maior número de profissionais de saúde, o governo da época, através de Carta Régia, cria a Escola de Cirurgia de Salvador – na Bahia, e, depois, a do Rio de Janeiro. Foi neste período que se iniciou o processo de institucionalização da medicina no Brasil.

Até o final do século XIX, tivemos o predomínio das doenças pestilências² como varíola e febre amarela, e a saúde do indivíduo era de controle das instituições de cunho religioso, enquanto a saúde coletiva era incumbência do Estado.

Neste período, a medicina passa a desenvolver projetos e modelos institucionais, buscando, no controle estatal, uma estratégia de dominação

² Doenças pestilências: doenças contagiosas. (HOUAIS e VILLAR 2004)

social, transformando o profissional médico no principal intelectual da saúde, responsável pela produção do saber e, portanto, detentor de poder (LUZ, 1982). A Enfermagem brasileira passava por uma fase empírica, marcada pela atuação de Anna Justina Ferreira Nery junto a soldados na guerra do Paraguai, o que lhe rendeu o título de “Mãe dos Brasileiros”. Em 1923, a primeira escola de Enfermagem no Rio de Janeiro recebeu seu nome.

Em 1890, o Presidente Marechal Deodoro da Fonseca, com o objetivo de solucionar a crise da saúde brasileira e principalmente a falta de mão-de-obra, criou uma Escola de Enfermagem no Brasil.

Portanto, o ensino de Enfermagem foi oficializado através do Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, e que mais tarde passou a se denominar de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Esta Escola não era organizada por Enfermeiros e sim por profissionais médicos. Este decreto, além de tratar do currículo, duração do curso, condição de inscrição, matrícula, título conferido, também garantia colocação no mercado de trabalho e aposentadoria após 25 anos de trabalho. Para ser candidato à escola bastava saber ler e escrever, conhecer aritmética e apresentar atestado de bons costumes.

A Escola surge para suprir uma necessidade criada com a saída das religiosas dos “hospitais de alienados” revoltadas com a perda do poder e de autonomia, quando os médicos assumem a direção daquelas instituições (PIRES, 1998, p. 93).

Podemos evidenciar na história que a sociedade brasileira foi marcada por acontecimentos que resultaram em profundas transformações. Dentre elas, na área política, podemos destacar: a proclamação da República

em 1889, em que o processo de industrialização, a urbanização, a imigração, as oscilações da economia cafeeira associada com a conjuntura internacional, transformaram o quadro nacional; a Primeira Guerra Mundial, de 1914 a 1918; a Revolução de 1930. A área econômica foi marcada pela aceleração do processo industrial e a crise do ciclo cafeeiro, que alteraram a sociedade brasileira, pois provocaram a urbanização, a imigração e os movimentos sociais. Vale a pena citarmos também as transformações culturais, destacando o ano de 1922, em que ocorreu a Semana da Arte Moderna.

Com a proclamação da República em 1889, as relações entre a Igreja e o Estado ficaram abaladas, provocando a desanexação do Hospício Nacional de Alienados da Santa Casa de Misericórdia³, estatizando-se a assistência aos doentes mentais, e levando os médicos a assumirem o poder; com o aval do governo da época, o diretor deste hospício contratou enfermeiras francesas.

Com a institucionalização do ensino de Enfermagem, ampliou-se o campo de atuação da enfermagem e também o reconhecimento da profissão pelo Estado, em nível formal.

A origem da Enfermagem, enquanto instituição na sociedade brasileira do século XIX, mostra o Estado intervindo diretamente nas ações do cuidar⁴.

Como esclarece Germano (1993), a primeira escola de enfermagem nasceu dentro do Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro para

³ No Brasil, o atendimento aos loucos era tarefa da Irmandade da Misericórdia e esteve nas mãos da Santa Casa até a proclamação da República em 1889. A partir de 1890, o Hospício Pedro II passa a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados.

⁴ Cuidar: O cuidado de enfermagem em oncologia reveste-se de grande complexidade, requerendo do profissional uma competência que vai para além da esfera técnico-científica, com implicações em várias facetas do seu existir dado seu esforço para viabilizar um cuidado ético. (POPIM, 2002).

atender a crise de pessoal que ocorrera após a saída das religiosas do serviço e tinha como objetivo preparar Enfermeiros e Enfermeiras para os hospícios e hospitais civis e militares.

O Decreto que cria a primeira Escola de Enfermeiros e Enfermeiras representa um avanço para a regulamentação e valorização das práticas de enfermagem no Brasil, mas também fica claro o seu enfoque biologicista que teve influência e foi determinado pela lógica do mercado de trabalho da época.

Quanto à formação da categoria, este Decreto também trouxe algumas diretivas, dando ênfase ao saber-fazer, ao controle de uma hierarquia e a subordinação do enfermeiro aos demais profissionais e serviços.

Como falar em competência se a formação profissional se limitava ao conhecimento (saber), habilidade (fazer), negando-se a ela a formação de atitude?

Em determinados centros e serviços, esta visão ainda permanece cristalizada seguindo uma ideologia (obediência, dedicação, abnegação) do passado, na qual o profissional de enfermagem é subjugado à medicina e às instituições empregadoras.

Em razão da situação na qual se encontrava a saúde brasileira surgem, então, as primeiras políticas públicas relativas a saúde brasileira de cunho coletivo; assim, o governo brasileiro tomou as seguintes iniciativas: criação do Conselho de Saúde Pública em 1890; regulamentação do Laboratório de Bacteriologia em 1892; criação do Instituto Sanitário Federal em 1894 e ainda a Diretoria Geral de Saúde Pública em 1897 e o Instituto Soroterápico Municipal em 1900.

Essas providências tiveram pouco impacto em relação às precárias condições de vida da maioria da população, persistindo a ocorrência das epidemias; somente ao final do século XIX, evidenciaram-se alterações na prática dos serviços de saúde, pois a questão social passou a ser foco de preocupação.

Devido ao entrave nas relações comerciais nacionais e internacionais provocado pelas péssimas condições de saúde, em especial a dos portos, o governo decidiu convidar o sanitarista Oswaldo Cruz para que medidas fossem adotadas no combate às epidemias, bem como no saneamento dos portos.

O sanitarista desencadeou algumas ações como: vacinação contra febre amarela, varíola, peste, entre outras.

A economia brasileira, no final do século XIX era basicamente agropecuária, assentada na monocultura, e a acumulação capitalista advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país, o que ocorreu em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Este processo foi acompanhado de uma urbanização crescente e da utilização de imigrantes (italianos e portugueses) como mão-de-obra nas indústrias, pois os mesmos já apresentavam conhecimentos e habilidades necessárias, o que conseqüentemente provocou uma maior concentração da população na área urbana, levando à crise no setor saúde.

Segundo Rizzotto (1999), a industrialização que levou à formação de aglomerados populacionais facilitou a proliferação de doenças infecto-contagiosas, agravando ainda mais o setor da saúde.

Os imigrantes, além da experiência, traziam consigo marcas da história do movimento operário europeu e dos direitos trabalhistas e procuravam mobilizar a classe operária na luta pela conquista dos seus direitos; ocorreram, assim, duas greves gerais no Brasil em 1917 e 1919, o que proporcionou várias conquistas, como a definição da jornada de trabalho, férias, pensão ou aposentadoria.

Em 1904, a cidade do Rio de Janeiro foi assolada por uma epidemia de varíola e o sanitarista Oswaldo Cruz enviou ao Congresso uma lei que reiterava a obrigatoriedade da vacinação, já instituída em 1837, mas que nunca tinha sido cumprida. Ciente da resistência da opinião pública, montou uma campanha em moldes militares, o que provocou revolta na população⁵.

Neste período, além da obrigatoriedade da vacina, outras ações foram adotadas, como a notificação compulsória das doenças transmissíveis e a reestruturação da Previdência Social, reestruturação que provocou a expansão da medicina privada e o aumento do número de hospitais.

Em 1916, foi criada a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha no Rio de Janeiro, com duração de dois anos, para atender as urgências provocadas pela Primeira Guerra, o que evidenciou a necessidade de formar profissionais. Os diplomas expedidos pela Escola eram inicialmente registrados pelo Ministério da Guerra.

⁵ Porto (2003) revela que a indignação levou ao motim popular, que explodiu em 11 de novembro de 1904, conhecido como a "Revolta da Vacina". Carroças e bondes foram tombados e incendiados, lojas saqueadas, postes de iluminação destruídos e apedrejados. Pelotões dispararam contra a multidão. Durante uma semana, as ruas do Rio viveram uma guerra civil. Segundo a polícia, o saldo negativo foi de 23 mortos e 67 feridos, tendo sido presas 945 pessoas, das quais quase a metade foi deportada para o Acre, submetida a trabalhos forçados.

Segundo Brêtas (1994; p. 27), até então, formava-se “auxiliares de saúde” sem uma concepção de enfermagem enquanto ciência autônoma.

Somente a partir de 1921, com a chegada de 32 enfermeiras norte-americanas para o Brasil, a concepção de Enfermagem enquanto ciência autônoma passa a existir e a ter independência na formação profissional, oferecendo um ensino sistematizado com a criação da Escola Anna Nery, no ano de 1923, na cidade do Rio de Janeiro. Esta tinha como objetivo formar profissionais para enfrentar a situação da época e estava subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública – DNPS. Como esclarece Germano (1993), a Escola Anna Nery é dada como a primeira escola de Enfermagem no Brasil, pois foi a primeira sob a orientação e supervisão de enfermeiras, enquanto que a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras tinha a supervisão do hospital a ela vinculado sendo o quadro de docentes composto por médicos.

Neste período, os países que negociavam com o Brasil ameaçavam cortar as relações comerciais caso o governo não saneasse os portos brasileiros, isto é, melhorasse as condições sanitárias, visando conter as epidemias, e foi neste contexto que surgiu o Ensino Sistematizado de Enfermagem, com o objetivo de formar profissionais para garantir o saneamento dos portos.

Oliveira (1990; p.11) corrobora:

(...) a implantação do ensino profissionalizante de enfermagem no Brasil se dá como parte do processo de reforma sanitária defendida pelas elites, sem qualquer participação popular, para garantir o saneamento dos portos, assegurando desta forma os interesse comerciais do governo brasileiro.

Outras experiências surgiram, como os serviços de saúde em ambulatórios permanentes, pois até então, adotava-se o modelo de campanhista, que contava com o trabalho de indivíduos denominados de “polícia sanitária”. Foi quando as Enfermeiras-educadoras⁶ entraram em cena e tiveram papel fundamental no modelo de assistência à saúde idealizado pelo sanitarista Carlos Chagas, que tentou implantá-lo através da reforma sanitária⁷ de 1920 a 1926. Como já mencionamos anteriormente, foi neste período que ocorreu a institucionalização da “Enfermagem Moderna” no Brasil, baseada no modelo do sistema nightigaleano⁸.

A intenção inicial deste sanitarista Carlos Chagas de formar Enfermeiras para assumir o papel de Educadoras em saúde não teve sucesso. Dentre os fatores, temos que o modelo educacional para formação destas Enfermeiras seguiu rumos diferentes do originalmente planejado; além disso, a população estava acostumada com uma polícia sanitária impositiva e repressora e não aceitou passivamente a nova ação sanitária que, através da educação em saúde, tentava mudar seus hábitos e comportamento sanitário, levando as Enfermeiras a desistirem desta ação.

O modelo de Saúde Pública com serviço de saúde permanente valorizava uma rede ambulatorial geral e única, com administração

⁶ Enfermeiras-educadoras: organização de um serviço unificado de enfermeiras, que realizava visitas domiciliares e entrevistas educativas nos dispensários, articulada à política sanitária, constituiu-se como espaço de transformação das relações sociais.

⁷ Reforma sanitária de 1920: Também conhecida como reforma de Carlos Chagas, em que foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública e ampliadas as ações de saúde por todo o território nacional. O ‘movimento ideológico’ ou ‘movimento sanitarista’, que teve a liderança de Carlos Chagas, surgiu em fins da década de 1910, através de um grupo de médicos (LUZ, 1982).

⁸ Sistema nightigaleano: “preconiza o modelo disciplinas, tendo como uma de suas metas explícitas um modelo vocacional que torne como atraente às mulheres de classe média-alta, visando a reabilitação da imagem pública da mulher que executa este trabalho” (SANTOS, 1995; p.35).

descentralizada e regionalizada, na qual a enfermagem teria papel definido a cumprir (MERHY, 1992).

Nesta época, o Movimento Sanitário “nacionalista” defendia um modelo de serviço verticalizado-permanente-especializado, implementando os serviços permanentes já existentes.

Segundo Rizzotto (1999; p. 26), neste modelo, a Enfermagem não tinha um papel determinante a desempenhar.

Ainda neste período, o processo saúde/doença apresentava novo paradigma decorrente do avanço da ciência e da tecnologia, provocando assim um abandono progressivo das ações coletivas, privilegiando a assistência individual e curativa.

A Enfermagem era impulsionada para a área hospitalar. A Escola de Enfermagem Anna Nery tinha no seu discurso a formação de Enfermeiros para atuação em Saúde Pública, mas a estrutura e as disciplinas do programa de ensino desta Escola privilegiava a assistência individual e curativa. Segundo Rizzotto (1999; p. 68) até 1929, das 94 Enfermeiras formadas, apenas 30% foram atuar em Saúde Pública. As demais deram preferência para o setor hospitalar e assistência particular.

Neste mesmo período, o consolidava-se a assistência voltada para o setor hospitalar, denominado por muitos de “modelo hospitalocêntrico”, isto é, o hospital deixou de ser a instituição que abrigava mendigos e marginais que lá permaneciam até morrer e transformou-se em centros de tecnologias para tratamento, cura e pesquisa.

Esta transformação se deu pelo saber médico, pelos avanços da biologia, da patologia clínica, da fisiologia, da microbiologia e da genética; mas

também foi resultado da luta dos trabalhadores, que, através de movimentos sociais, exigiram do Estado garantia na assistência hospital e individualizada.

Podemos dizer que estes fatores somados às demandas da camada média emergente da sociedade brasileira impulsionaram a necessidade de implementação desses serviços.

De acordo com Rizzotto (1999), foi neste momento de transformação que a enfermagem profissional se tornou indispensável.

A pesquisadora defende que a enfermagem profissional no Brasil tenha percorrido um caminho semelhante ao da medicina, dada a íntima relação entre estas profissões e argumenta: “A criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, ligada a um hospital, reflete a assimilação dessa prática, assim como havia acontecido com as escolas de Enfermagem americanas em geral” (p. 55).

Brêtas (1994; p. 30) destaca a importância da Escola Anna Nery ter sido considerada “padrão”, respeitando assim a sua importância para o Ensino de Enfermagem e, também, que não é possível negar que sua história é marcada pelo autoritarismo e conservadorismo, em parte herdadas das enfermeiras norte-americanas.

Germano (1993; p. 36-37) reforça a importante contribuição da Escola Anna Nery ao ensino, porém destaca que a mesma nasceu sob o signo do elitismo e do preconceito, narrando um dado curioso e lamentável, quando duas enfermeiras americanas que vieram para esta Escola fizeram oposição quando ao ingresso de uma moça negra no curso de enfermagem. Cita também que, em 1931, a direção desta Escola foi assumida por uma

enfermeira brasileira, Raquel Haddock Lobo, e aos poucos as professoras americanas foram substituídas.

No Estado Vargasista, em 1931, foram aprovados: o Decreto: Lei 20.109/31, que reconhece a existência da enfermagem profissional e identifica a Escola Anna Nery como padrão para o ensino de Enfermagem; e o Decreto: Lei 2.956/38, que institui o dia 12 de maio como o Dia do Enfermeiro.

Somente em 1946, pelo Decreto 21.321, a Escola Anna Nery foi integrada à Universidade do Brasil, enquanto Escola de Ensino Superior e seu currículo era predominantemente formado por disciplinas de cunho preventivo, apesar de exigir das alunas oito horas diárias de trabalho no Hospital Geral de Assistência do Departamento de Saúde Pública – DNPS.

Isto nos leva a acreditar que o sistema de saúde no Brasil já nasceu dissociado das ações de saúde coletiva e que isto se deu devido à sua forma mercantilista para produzir saúde.

Neste contexto, podemos concluir que a Enfermagem profissional brasileira desde sua institucionalização teve sua formação centrada no indivíduo, doença e cura, com tendências para a assistência hospitalar, como já afirmava Rizzotto (1999; p.72) quando cita: “(...) que a formação do enfermeiro sempre esteve voltada para o pólo indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar (...)”.

Com o processo de urbanização, industrialização e a modernização dos hospitais, o ensino de Enfermagem sofreu expansão nas décadas de 1930, 1940 e 1950, refletindo nas políticas educacionais e de saúde a realidade social da época. Houve também mudanças na forma de organizar o sistema de saúde, que tinha como um dos objetivos reduzir ao máximo o período de

doença e do absenteísmo dos trabalhadores, com tendência capitalista na prestação do atendimento individualizado, desencadeando a transformação das Caixas de Aposentadorias e Pensões em Institutos de Aposentadorias e Pensões, organizados por categorias de trabalhadores e não mais por empresas.

Tal fato provocou a oferta de serviços de saúde por meio de estrutura próprias e contratadas.

A ampliação de novas Escolas de Enfermagem que surgiram após a Escola Anna Nery estava alicerçada no modelo de assistência médica curativa e ocorreu no momento em que a política educacional assume o treinamento da força de trabalho. Surgiram, assim, de 1933 a 1944, a Escola de Enfermagem Carlos Chagas, a primeira fora da capital da República; a Escola de Enfermagem Luisa Marillac, que, além de receber alunas da sociedade, também contava com alunas religiosas; a Escola Paulista de Enfermagem, em 1939; e em 1944 é fundada a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP .

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde e mais tarde, em 1955, o Ministério da Saúde, que tinha sob sua responsabilidade as Ações Coletivas de cunho preventivo.

A assistência curativa era prestada: pelas instituições assistenciais religiosas; pelos práticos; por médicos no regime privado; pelos hospitais militares ou pela previdência à parcela dos trabalhadores incluída no Sistema (PIRES, 1998, p. 94).

De acordo com Pires (1998), a ampliação dos serviços públicos de assistência à saúde no Brasil ocorreu após a Segunda Guerra Mundial e

seguiu-se até 1966, mas, mesmo assim, mantinha-se a desigualdade de acesso a esses serviços: “(...), o quadro real é de desigualdade no acesso aos serviços de saúde, seja no modelo das Ações Coletivas de cunho preventivo..., seja no modelo curativo” (p. 96).

Na década de 1950, constatamos na história outros acontecimentos no setor da saúde e educação como: instituição do Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERU; estabelecimento da Escola Nacional de Saúde Pública, além da criação do Ministério da Saúde, como já citado.

Em termos gerais, no período de 1960 a 1964, a história brasileira sofreu um acirramento da luta entre os conservadores e os progressistas, que já havia sido iniciada na década de 1950.

Este momento histórico é marcado pelo esgotamento do modelo econômico, uma vez que os grandes grupos econômicos internacionais recusavam-se a fornecer para o Brasil capital e tecnologia necessários para a manutenção do modelo. Para normalização do fornecimento era necessário um controle rigoroso da política econômica do país, fato esse certamente incompatível com os interesses nacionais e com o exercício da democracia.

Brêtas (1994; p. 32) corrobora:

Os conservadores desejavam a qualquer custo se aliar ao capital internacional e, para tanto, necessário se fazia estabelecer no país um regime ditatorial. ... os progressistas propunham um sistema capitalista, com forte presença do Estado na economia, e adaptado às necessidades e características do Brasil.

Registra a história que este período é marcado por grande participação política, e que indivíduos, grupos, sindicatos, e outros, saíam às ruas em defesa de seus interesses, atacando grupos contrários.

Foi nesta fase que ocorreu a transição do regime democrático para o autoritário, e o país passa por dois sistemas de governo, o presidencialista com três presidentes – Jânio Quadros, João Goulart e Castelo Branco; e o sistema parlamentarista, com três primeiros ministros que foram: Tancredo Neves, Brochado da Rocha e Hermes de Lima.

Neste período, a saúde é sinalizada pela coexistência dos sub-setores: da Saúde Pública, Saúde do Trabalhador e da Medicina Previdenciária.

Em relação à enfermagem, no final dos anos 1950 e início dos anos 1960 ocorre uma paralisação na expansão do número de Escolas de Enfermagem. Esta paralisação foi atribuída à mudança dos interesses governamentais, que voltaram-se para o crescimento econômico e para o controle político-ideológico, deixando mais uma vez a saúde e a educação para o segundo plano.

No entanto, no ano de 1964, os militares vencem o movimento político e o movimento militar assume o controle por meio do estabelecimento de um regime político ditatorial/autoritário.

O modelo de desenvolvimento que estabelece, com eles, é o de concentração de rendas, com associação de capitais internos e externos para alimentar o processo de desenvolvimento econômico levando a um crescimento acelerado da economia denominado de “milagre econômico”.

Ocorre a centralização dos mecanismos de decisão, e o Estado assume para si, de forma repressiva, o controle dos mecanismos, dos sindicatos, dos meios de comunicação em massa e das escolas, privando os

cidadãos de uma atuação social democrática, isto é, do voto, do direito de greve e da realização de movimentos reivindicatórios.

Nos anos 1970, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise, pois o capitalismo em nível internacional entra num período também de crise; e com a diminuição do fluxo de capital estrangeiro o país diminuiu o ritmo de crescimento econômico, não mais sustentável; e a idéia de que era preciso fazer crescer o bolo (a economia) para depois redistribuí-lo para a população não se confirma no plano social. Esta crise provocou o declínio do desempenho econômico brasileiro, isto é, aconteceu o fim do “milagre econômico”.

Os pobres ficaram mais pobres e os ricos mais ricos. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como o aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil, e a decadência do modelo de saúde previdenciário que começa a mostrar as suas mazelas, levando a necessidade de nova reestruturação. O modelo até então proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva provocados, entre outros motivos: pelo aumento constante dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente; pela diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo as suas receitas; pela incapacidade do sistema em atender a uma população que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se via excluídas do sistema; e pela falta de repasse da verba do Tesouro Nacional, visto ser um gerenciamento tripartite: empregado – empregador, Estado.

Podemos dizer que o setor das políticas de saúde é marcado pelos interesses econômico-corporativos do empresariado privado. Neta fase, ocorreu a unificação dos IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensões –, para possibilitar a criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social –, provocando o nivelamento dos benefícios e da assistência à saúde.

Foi neste momento histórico que ocorreu o florescimento das empresas médicas e dos hospitais privados, impulsionando a expansão da medicina capitalista no país, o que provocou uma expansão das escolas privadas de Medicina e de Enfermagem e a redução do espaço da saúde pública de cunho coletivo.

No final deste período, a condição de vida da população se agrava e conseqüentemente a saúde, pois, além do arrocho salarial que provocou danos na alimentação do brasileiro, tornaram-se evidentes problemas no transporte público, moradia popular, saneamento básico e ainda demanda reprimida no setor saúde.

Com a reforma Universitária Lei – 5540/68⁹ podemos verificar o surgimento de novas estruturas na graduação em Enfermagem, pois, além de um novo currículo, também ocorreu a implantação de cursos de habilitação, especialização e pós-graduação em nível de mestrado.

Foi a partir de 1974 que se reforça ainda mais o processo de concentração de rendas, aprofundando as diferenças entre a população de pobres e de ricos, pois, com o aumento da inflação, acentua-se ainda mais o declínio econômico. A saúde é marcada, neste período, por altas taxas de

⁹ Reforma Universitária: A Lei 5540/68 introduziu a relação custo-benefício e o capital humano na educação, direcionando a universidade para o mercado de trabalho, ampliando o acesso da classe média ao ensino superior e cerceando a autonomia universitária.

mortalidade infantil, desnutrição, epidemias de meningite e ainda pelas péssimas condições sanitárias em que vivia o país.

Segundo Brêtas (1994; p. 43), tal quadro mostra a existência de uma crise político-financeira do modelo de saúde vigente, levando técnicos e governo a buscarem modelos mais eficazes.

Foi neste momento que propostas e idéias de controle, de reforma e de racionalização surgiram para o setor saúde. Em 1975, através da Lei 6.229/75 o Estado cria o “Sistema Nacional de Saúde!”, o que levou à divisão dos encargos das ações previdenciárias para o Ministério da Saúde e das ações curativas para o Ministério da Previdência Social. É importante destacar que a estrutura de prestação de serviço de saúde se manteve, pois os recursos foram destinados para o setor privado.

Nesta reestruturação, surge o SIMPAS – Sistema Nacional de Previdência Social e Assistência Social – gerenciado pelo Ministério da Previdência, e o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

Também nos anos de 1970, surge o movimento da Reforma Sanitária, provocando mudança no conceito de saúde e o seu entendimento como direito de cidadania e dever do Estado, ampliando-se, ainda, as discussões conceituais sobre o processo saúde-doença.

Na tentativa de conter custos e combater fraudes, o governo criou em 1981 o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – ligado ao INAMPS, que tinha como um dos objetivos fiscalizar a prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados. Outros modelos de assistência à saúde surgiram como: AIS – Ações

Integradas de Saúde –, SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde, entre outros. Nos anos de 1970, também surgiram os primeiros sindicatos de Enfermeiros no Brasil.

Vale a pena destacar que nesta fase a organização do setor deu-se através da ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem -, tida como de cunho científico e cultural; COFEN – Conselho Federal de Enfermagem – e COREN - Conselho Regional de Enfermagem –, como órgãos fiscalizadores do exercício profissional. Lembramos ainda, a importância da ABEn frente à tentativa de uniformizar o pensamento e a ação da categoria.

Este período coincidiu com o movimento de transição democrática, com eleição direta para governadores e vitória esmagadora da oposição em quase todos os estados brasileiros nas primeiras eleições democráticas ocorrida em 1982.

Em 1985, ocorreu o fim do regime militar e as campanhas das “Diretas já”¹⁰ teve um papel importantíssimo, pois tinha como objetivo a eleição direta para presidente. Esta campanha provocou um grande envolvimento da população brasileira e impulsionou a retomada da democracia.

A sociedade civil se organizou através dos movimentos populares e dos trabalhadores do setor da saúde que denunciaram as distorções do modelo da saúde e que foram adeptos do movimento da reforma sanitária, participando da elaboração das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ficou marcada pela re-construção da democracia nacional.

¹⁰ Campanhas das Diretas: Houve no Brasil uma mobilização popular, na qual, durante seis meses, milhões de brasileiros foram às ruas, reafirmando o direito de votar para presidente. A campanha teve início em novembro de 1983.

Um dos objetivos desta luta era para que todo cidadão brasileiro tivesse direito à saúde, e deste processo de luta social emerge a proposta que tinha discussões centradas nas questões sociais, estabelecendo como diretrizes básicas para o setor três pontos fundamentais: “Saúde como Direito”, “Reformulação do Sistema de Saúde” e “Financiamento do Setor”. Assim, deflagra-se uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde e da criação do SUS – Sistema Único de Saúde – contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos. Essa mobilização representou o Movimento da Reforma Sanitária, constituindo lobbies junto a Assembléia Constituinte.

Quase que simultaneamente ao Movimento da Reforma Sanitária, acontecia um movimento na Enfermagem brasileira, que, através do processo de avaliação do ensino de Enfermagem (perfil, competência do enfermeiro e implantação do currículo mínimo), levou à elaboração da proposta de (re) formulação do currículo em áreas temáticas, da qual emergiu um projeto político para a Enfermagem.

Segundo Brêtas (1994; p.52), vale realçar a participação ativa e crítica da categoria, representada pela ABEn, no Movimento da Reforma Sanitária de 1986, na Constituição de 1987- 88 e no Conselho Nacional de Saúde.

Observa-se então uma modificação do discurso no curso de graduação de Enfermagem. Mesmo o currículo estando voltado para as ações de cunho curativo e hospitalar, iniciam-se os debates sobre a necessidade de uma política de expansão de cobertura, através da atenção primária a saúde e da participação da comunidade no setor. Essa política reflete-se na expansão

do número de cursos de graduação em Enfermagem, passando de 36 em 1975 para 83 em 1982.

De acordo com Chirelli (2002; p. 05), estes movimentos representaram momentos relevantes, levantando e impondo questionamentos que direcionaram a um novo modelo de assistência à saúde e formação de pessoal.

No ano de 1985, com a morte de Tancredo Neves¹¹ e legitimado pela justiça, José Sarney assume a presidência da República, mesmo sendo contestada por muitos a legitimidade moral do seu cargo.

Em 1987, aconteceu na cidade do Rio de Janeiro o primeiro Seminário Nacional sobre o Ensino Superior de Enfermagem, que apontou vários problemas, dos quais destacamos: a falta de definição do marco conceitual nos currículos mínimo; a falha das universidades no seu papel junto ao desenvolvimento social; a reformulação do currículo da época – Resolução do Conselho Federal da Educação nº 163/72, na qual a formação está voltada para ações curativas e hospitalocêntrica; e ainda a falta de um plano de aperfeiçoamento acadêmico para o Enfermeiro-docente.

Em 1988, encerrou-se o trabalho da Assembléia Constituinte, e em novembro deste mesmo ano deu-se a promulgação da Constituição Brasileira, chamada por muitos como “Nova Constituição Brasileira de 1988”, com características liberais e democráticas quando comparada à de 1967.

¹¹ Tancredo Neves: Foi eleito presidente do Brasil por um colégio eleitoral em 1985, mas não chegou a tomar posse no cargo. Pois, à véspera de sua posse como Presidente da República (14 de março de 1985), foi internado em Brasília com fortes dores abdominais. Seu estado de saúde complicou, indo a óbito em 21 de abril de 1985.

Foi nesta nova Constituição Brasileira, em seu art. 196, que foi promulgado o novo Sistema de Saúde Brasileiro, o SUS. Esta nova política pública na área da saúde resgata a saúde enquanto direito de cidadania, pois, antes da criação do SUS, a assistência à saúde no país tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias. O SUS representou um avanço no sentido da universalização de direitos e a ampliação do conceito de Seguridade Social, que passa a incluir Previdência, Saúde e Assistência Social, equiparando os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais e ainda incluindo o seguro - desemprego e reduzindo a idade para aposentadoria.

O caráter contributivo do sistema de saúde que antecedeu o SUS gerava uma divisão da população brasileira, pois além da população que podia pagar os serviços de saúde, evidenciavam-se outros dois grupos: os previdenciários e os não previdenciários. Essa divisão, profundamente injusta do ponto de vista social, separava a população brasileira, pois os contribuintes previdenciários tinham, mesmo com as dificuldades, um acesso mais amplo à assistência à saúde, dispendo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do INAMPS; e os não previdenciários tinham um acesso bastante limitado à assistência à saúde – normalmente restrito às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais.

O SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução da desigualdade, através do seu caráter universal e de responsabilidades do Estado, tanto no provimento como na execução dos serviços de saúde.

Em 1989, aconteceu a sucessão presidencial através do voto direto em dois turnos, com vitória de Fernando Collor de Mello, que foi levado a um processo de impeachment em 1992.

Novamente, o Brasil é afetado por uma crise política e econômica, que atingiu o setor saúde, pois neste momento da história a população apresentava disparidades patológicas provocadas pela pobreza que foram denominadas por muitos de doenças modernas, a exemplo as doenças transmissíveis.

Segundo Brêtas (1994; p. 50), neste período o país convive com problemas básicos de saúde peculiares a o terceiro mundo, ao mesmo tempo em que incorpora, em ritmo acelerado, com as doenças das sociedades industrializadas.

Em 1990, o Governo edita as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o Sistema Único de Saúde. Essas mudanças representaram um grande avanço, e entre eles o reconhecimento legal do direito universal à saúde.

Com a criação do SUS, outros elementos foram articulados às políticas de saúde como: produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviços.

Segundo Brêtas (1994; p. 51):

(...) neste período o curso de graduação de enfermagem passa a ser objeto de constante análises pelos seus atores (alunos e professores) e que estas análises e avaliações tinham com base buscar respostas a perguntas... : Que enfermeiro se quer formar? Para que se deseja formar? Como formá-lo?

Assim, entendemos que para irmos ao encontro das demandas políticas e sociais devemos buscar uma aproximação entre o ensino e o serviço, e que as propostas de formação vêm na contra-mão da necessidade da sociedade brasileira como um todo, pois o padrão de formação do Enfermeiro que vem sendo utilizado há mais de meio século está obsoleto. O desenvolvimento capitalista nos mostra a necessidade de mudanças; porém, essas mudanças devem ir além de alteração em legislação, precisam voltar-se para a formação do Enfermeiro para atender às necessidades da sociedade como um todo e não às de uma minoria elitizada como vem ocorrendo até então.

o quadro atual aponta para a necessidade de mudança, que são proclamada, tanto pelos defensores do capitalismo, como por aqueles que se indignam com o destino a que ele está conduzindo a humanização (RIZZOTTO,1999; p. 74-75).

Reverendo a historia, podemos afirmar que o ensino de enfermagem sofreu influências dos diferentes contextos e épocas, e na atualidade vivemos o momento da pós-modernidade, com os desdobramentos de um mundo globalizado que vem gerando incertezas, indeterminações e mudanças que quase sempre vêm acompanhadas de crises econômicas, sociais e culturais.

Segundo Chirelli (2002; p.3), diante deste cenário um dos desafios que a Enfermagem vem se propondo a enfrentar diz respeito à elaboração de projetos que tenham potência para formar profissionais comprometidos com a sociedade.

Cabe destacar a mudança de concepção observada nos encaminhamentos da ABEn, com a proposta do novo currículo mínimo para o curso de graduação em enfermagem, que abordaremos no próximo item.

1.2 Projeto Político-Pedagógico e a Evolução do Currículo na Graduação em Enfermagem

De acordo com Távora (2002), a idéia de Projetos nasce com o termo “projeto pedagógico” na década de 1980, através dos programas grupais que eram desenvolvidos pela SESU – Secretaria de Educação Superior –, através do PADES – Programa de Apoio e Desenvolvimento do Ensino Superior –, vinculado à idéia de reestruturação da universidade e revitalização do ensino de graduação.

A autora conclui que a produção acadêmico-científica sobre o tema no Brasil, vem se concretizando de forma relativamente satisfatória, tanto no que se refere ao aspecto quantitativo como qualitativo. Detecta posturas diversas entre os autores sobre o Projeto Político-Pedagógico, refletindo diferentes concepções filosóficas, pedagógicas e metodológicas.

Tal projeto define princípios, finalidades, elementos do diagnóstico, estratégias e metas, que contribuem com a escola no cumprimento de sua especificidade e, quando construído coletiva e democraticamente, possibilita a participação dos diferentes segmentos da escola em torno de um projeto comum; a explicitação do significado e da importância dos elementos que compõem o projeto político-pedagógico; a racionalização da gestão de recursos; a mobilização e congregação de esforços no sentido de organizar interesses diferenciados em torno de metas comuns; a formação técnica e política de seus segmentos; a garantia de construção de sua autonomia; a construção de processos democráticos no interior da escola e, possivelmente, o alcance da melhoria da qualidade do processo ensino-aprendizagem, sendo este, portanto, o significado a ser atribuído ao projeto político pedagógico (TÁVORA, 2002; p. 29).

Segundo a pesquisadora, o projeto deve ser instrumento de construção de processos democráticos. Aparece vinculado à “construção coletiva da identidade da escola enquanto tempo-espço em que se realiza a

ação pedagógica”, “como sistematização, nunca definida, de um plano educativo que se aperfeiçoa e se concretiza na caminhada” (idem, 32); “um conjunto de princípios orientadores que vai dizer, cotidianamente, como os sujeitos educacionais têm de se comportar, como trabalhar, como a escola vai dar sua identidade” (ibidem, 52).

A LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996, regulamenta que as Instituições de Ensino e seus respectivos cursos tenham um PPP – Projeto Político Pedagógico –, porém, esta mesma lei não define prazo para sua vigência e, no contexto escolar, a ausência de um Projeto Institucional definido para longo prazo e de forma coletiva pode gerar comprometimentos.

Em relação aos cursos de Enfermagem, a ABEn vem buscando um Projeto Político que conduza para formação de profissionais críticos-reflexivos, com competência técnico-científica, ético-política, social e educativa, e, ainda mais, que se reconheçam enquanto sujeitos no processo de formação e engajados na construção e reconstrução da profissão.

Sabemos que a ABEn persiste na luta, mesmo indo na contra-mão do que o mercado atual deseja.

Segundo Germano (1993, p. 55):

Não se pode negar, a decisiva influência que exerceu e continua exercendo a ABEn na história do ensino de enfermagem no Brasil. ..., seu apoio no sentido de legitimar as políticas de educação e de saúde oriundas do Estado brasileiro, nem sempre condizentes com as necessidades básicas dos setores subalternos da população e a influência dessas políticas na formação e prática dos profissionais de enfermagem.

De acordo com Chirelli (2002, p. 37), há uma tensão entre os vários projetos no cenário nacional, o que pode provocar discussões e elaboração de

novos projetos, surgindo assim novas possibilidades que se possam contrapor ao modelo neoliberal de saúde e potencializar a implantação de PPPs :

ancorados numa formação de enfermeiros crítico-reflexivo, capazes de construir e impulsionar o processo de reorganização dos modelos tecno-assistenciais, bem como os processos de trabalho dos profissionais de saúde, tendo como objetivo as diretrizes e os princípios do SUS.

O modelo curricular deve ser coerente com os referenciais adotados no PPP, portanto, as inovações curriculares deverão ser acompanhadas pelas inovações do PPP que “(...) deve estar articulado com o mundo do trabalho, com a resolução de problemas concretos e com a formação ético-política, além de saber trabalhar com as incertezas, buscando a consciência nos atos/escolhas praticadas”. (CHIRELLI, 2002; p.12)

Para situar a evolução do currículo de Enfermagem, é necessário entendermos sobre o currículo no processo de ensino.

1.2.1 Contextualizando o Currículo

O termo *curriculum* tem vários sentidos: *corrida, lugar onde se corre, carreira, liça, hipódromo, carro* usado nos jogos do circo. É proveniente do verbo latino *currere* (*correr*, enquanto verbo intransitivo; *percorrer*, enquanto verbo transitivo). Segundo Sacristán (1998, p.125) refere à carreira, a um percurso que deve ser realizado.

O currículo é usado com vários sentidos. Alguns leigos e até mesmo professores o entendem como mero programa de ensino, conteúdo ou matriz

curricular. Todavia, na realidade, existe uma pluralidade de definições e cada uma pressupõe valores e concepções implícitas.

Currículo é algo muito abrangente. Pode-se afirmar que é um campo político para recuperar poder, e sendo assim, em um sistema escolar complexo, que serve a interesses sociais das classes dominantes, ele é usado para regular e controlar conhecimentos.

Discutir o currículo significa discutir ideologias, relações de poder e culturas. É debater uma perspectiva de mundo, de sociedade e de ser humano.

Neste sentido Moreira e Silva (2002, p. 8) corroboram: “o currículo está implicado em relações de poder, o currículo transmite visões sociais particulares e interessadas, o currículo produz identidades individuais e sociais particulares”.

A configuração do currículo torna-se extremamente desafiadora, pois é uma questão de difícil solução. Ele adquire forma e significado educativo à medida que sofre uma série de processos de transformação estabelecida por questões políticas, administrativas e econômicas. É utilizado com muitas e diferentes acepções.

Dentro deste quadro, podemos dizer que o conceito de currículo é elástico, e dependendo do enfoque de desenvolvimento pode ser qualificado também de impreciso, pois pode significar coisas distintas.

Compreender a época, seu contexto, seu público, seus conteúdos é imprescindível quando se discute currículo. É preciso “descrever os conflitos de interesses, as relações de poder, os elementos ideológicos que sustentam a construção de qualquer currículo” (CASTANHO, 1995; p.15).

Os primeiros estudos no campo do currículo, de origem norte-americana, foram influenciados pelo modelo tecnicista de natureza prescritiva, baseados nas categorias de controle e eficiência social.

Ao longo da história, as posições progressistas buscaram na educação muito mais do que somente transmissão de conhecimento. Portanto, pode-se encontrar concepções de currículo de conteúdo variável, pois na elaboração, na confecção e na apresentação do currículo introduzem-se conteúdos que moldam a cultura escolar, mediando a relação cultura-conteúdo.

Assim, torna-se mais impreciso ainda o conceito de currículo, pois seus efeitos vão além da aquisição pura e simplesmente de conhecimentos formais. Por meio dele são transmitidas concepções, ideologias, práticas políticas e administrativas de controle que determinam o que deve ser ensinado pelo professor e o que deve ser aprendido pelo aluno.

Desta forma, percebemos que o currículo está constantemente ligado à história de uma determinada sociedade e às relações que são estabelecidas com o conhecimento, que servem para determinar a hegemonia e as desigualdades sociais.

Ele sofre transformações em cada época e a escola expressa - através de seu trabalho pedagógico - saberes escolares que legitimam condutas, juízos, valores, conhecimentos, instrumentos culturais, tecnológicos e científicos produzidos pelos grupos hegemônicos.

Nesta perspectiva podemos afirmar que têm-se vários tipos de currículos: o *oficial* - é aquele que se expressa no papel ; o *real* - é a

apropriação do professor sobre os conteúdos desenvolvidos em sala de aula; o *oculto* - representa aquilo que não está explícito e não consta como conteúdo, está vinculado ao campo valorativo; e o *nulo* - aquilo que não se fala em sala de aula. (SACRISTÁN, 1998).

A cultura se reproduz construindo e se reconstruindo por meio da aprendizagem e das condições em que esta se realiza. Por isso, quando se faz referência a currículo real, é preciso esclarecer os âmbitos práticos (influências sociais, econômicas, culturais, etc.; regulações políticas e administrativas; produção de meios didáticos; participação da família; elaboração do conhecimento) em que é elaborado e desenvolvido e também os contextos (didático, psicossocial, sistema educativo e exterior) que moldam este currículo.

Percebe-se então que professores e alunos não são os únicos agentes da configuração e do desenvolvimento curricular e que os problemas que podem ser encontrados no currículo não são de ordem exclusivamente técnico-pedagógico.

Sendo assim, as práticas políticas e administrativas de controle podem e condicionam o que os alunos devem aprender e o que os professores devem ensinar. Sabe-se que este condicionamento ocorre através do controle que é feito por meio de inspeções que analisam o quê e como os professores ensinam, ou por meio de exames que decidem se o aluno superou ou não um determinado estágio.

Os estudos que analisam os efeitos do currículo para além da aquisição de conhecimentos formais voltam-se para a concepção de currículo oculto, e afirmam que por meio do currículo oculto são transmitidas ideologias,

concepções de mundo pertencentes a determinados grupos hegemônicos na sociedade e que servem para reproduzir as desigualdades sociais.

Desta forma, percebe-se que o currículo é uma construção social, no sentido de que está diretamente ligado a um momento histórico, a uma determinada sociedade e às relações que esta estabelece com o conhecimento. Partindo deste pressuposto, têm-se nas diversas realidades uma pluralidade de objetivos com relação ao que ensinar, no sentido de que os conteúdos propostos compõem um quadro bastante diverso e ao mesmo tempo peculiar.

Desta maneira, o currículo é um processo histórico e se estrutura por meio do social, não sendo possível de uma hora para outra deixar para trás todas as experiências passadas. Assim, ao percorrer o processo histórico do ensino de Enfermagem no Brasil, não se pode ignorar quais conteúdos eram trabalhados nos diversos momentos e como era sua organização e seleção, compreendendo como estes interferem na atual realidade.

Assim, é possível compreender que os conteúdos não são sempre os mesmos e, historicamente, estes são transformados mediante a realidade em que se está vivendo. Em cada época e sociedade, a escola assume função social diferente, refletindo desta maneira um olhar acerca do conhecimento e de cultura diferenciada. O processo de seleção e organização dos conteúdos é por si um elemento de escolha e decisão, nenhuma destas ações são neutras, pois elas regulam e distribuem o que se ensina.

Segundo Tapia (2000, p. 35), “Uma compreensão ampla de currículo, relacionando-o a um PPP e ao contexto social mais geral, pode

contribuir para fazermos escolhas mais críticas e criativas na formação dos profissionais de uma área”.

1.2.2 A trajetória curricular na graduação em enfermagem

O ensino brasileiro de Enfermagem vem sendo caracterizado por constantes discussões, propostas e implantação de várias reformas curriculares.

De modo geral, podemos afirmar que nas décadas de 1920, 1940, 1960 e 1970, os currículos nos cursos de Enfermagem se organizavam privilegiando o enfoque tecnicista¹², pois apresentavam uma dissonância entre a teoria e a prática, dando ênfase para a assistência individual e curativa.

O decreto nº 16.3000/23 de 1923 fixou o primeiro currículo do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, do Departamento Nacional de Saúde Pública; ele tinha como marco conceitual atender às metas governamentais e ao mercado de trabalho, mas não se preocupava em ajustar o contexto de formação à realidade das instituições brasileiras, pois tinha como um de seus objetivos formar enfermeiros para o trabalho intelectual, ou seja, o ensino. A duração do curso foi ampliada de 28 para 32 meses e passou a exigir para inclusão ao curso candidatos com curso de magistério ou equivalente.

A grade curricular seguia o modelo Americano do Sistema Nighthingale, que apresentava conteúdos teóricos e práticos, porém

¹² Entendemos como enfoque tecnicista quando a máquina e equipamento são privilegiados em relação ao homem, isto é, as habilidades manuais e tecnológicas estão acima da humanização. Também quando a valorização está centrada só no "fazer", deixando para segundo plano o "ser", o refletir, o participar, e o agir autônomo.

privilegiava as disciplinas com atividades práticas que se desenvolviam no campo hospitalar, voltadas para ações curativas, prevalecendo assim o tecnicismo, que é uma das características fundamentais do currículo técnico-linear. Segundo Domingos (1986; p. 351) o currículo técnico-linear visa preparar o individuo para desempenhar funções definidas em uma situação também definida; além de orientar para funções específicas a serem desempenhadas com situação também específica na qual elas devem ser desempenhadas.

De acordo com Bagnato (1994, p. 152), a maioria das disciplinas tinha caráter preventivo em concordância com o objetivo da instituição, que era formar enfermeiras para atuar em Saúde Pública, contradizendo, assim, o ideário do modelo econômico da época. Porém, as estudantes geralmente atuavam oito horas por dia na área hospitalar.

Neste momento da história presenciamos um currículo oficial, que tinha por objetivo formar enfermeiras para atuar em Saúde Pública, mesmo contradizendo o modelo econômico; porém, o currículo real voltava-se para o que realmente o modelo econômico acenava, isto é, para a assistência curativa e hospitalar.

Como cita Tapia (2000, p. 75):

A proposta curricular de 1923 deu ênfase ao treinamento dos profissionais para o desenvolvimento das técnicas de enfermagem permeado por um modelo assistencial dimensionando para o cuidado com o paciente hospitalizado, denominando-se esta parte do currículo como a “Arte de Enfermeira”.

Já no primeiro modelo curricular percebemos a contradição, pois naquele momento o Brasil necessitava de profissionais de saúde para atuar

junto à comunidade e o currículo real de Enfermagem priorizava a formação para atuação hospitalar.

Nos anos de 1940, com a ampliação do número de hospitais, surgiu a necessidade de criar escolas para formar recursos humanos.

Em 1946, a União passou a legislar sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional e foi aprovado o Estatuto da Universidade do Brasil, passando as escolas de enfermagem a se integrarem às universidades, e foi neste mesmo ano que ocorreu a primeira reformulação das Escolas de Nível Superior de Enfermagem, que já estava prevista para os currículos das escolas americanas.

Esta reformulação aconteceu pelo decreto 27.426/49 - a duração do curso passou de 32 meses para 36 meses e foram incluídas as disciplinas de sociologia e de psicologia na grade curricular. Neste currículo havia um grande número de especialidades médicas acompanhadas do conteúdo de Enfermagem, fragmentando o ensino teórico do prático.

Segundo Lima (1994, p. 273), diante das expectativas da sociedade quanto ao trabalho do Enfermeiro, as alterações feitas não atendiam às necessidades educacionais da Enfermagem.

De acordo com Germano (1983, p. 37), não houve mudança sensível entre o currículo de enfermagem de 1923 a 1949, isto é, o currículo oficial dando ênfase à promoção e prevenção à saúde e o currículo real priorizando ações de cunho curativo e hospitalar. Também neste período os programas de ensino de enfermagem não possuíam *status* de Ensino Superior.

Portanto, percebe-se que esta reformulação continuou com o “fazer de conta”, isto é, o discurso se mantinha no campo das ações coletivas, mas na prática se evidenciavam as ações curativas, acenando assim para as existências do mercado de privatização da saúde e da assistência hospitalar.

Passados 13 anos, em 1962, fundamentada pela política econômica e da privatização da saúde da época, surge, através do Conselho Federal de Educação, uma proposta para um novo currículo de Enfermagem, com mudanças significativas.

Estas mudanças definiram o curso de Enfermagem em nível superior pela Lei de Diretrizes de Base nº 4024/61, fixando a duração do curso em 05 anos letivos, isto é, 03 anos para o currículo geral e os outros 02 anos para habilitações, sendo um para Saúde Pública e outro para Obstetrícia, sendo estas opcionais.

Observa-se que ocorreu a exclusão das disciplinas de Sociologia, Psicologia e Saúde Pública do curso geral, porém incluiu-se a disciplina em Administração em Enfermagem como parte do currículo mínimo.

Tapia (2000, p. 79) destaca que, mesmo a lei não apontando a disciplina de Saúde Pública como parte do currículo mínimo, algumas Escolas de Enfermagem assumiram-na em seus currículos.

Com a reforma Universitária de 1968, tanto a Enfermagem quanto a Medicina se fortaleceram nas ações de cunho curativo apoiadas pelo modelo capitalista que favorecia o consumo de fármacos, insumo e equipamento hospitalares.

Nova reformulação curricular aconteceu na década de 70, período este em que estavam acontecendo importantes transformações na estrutura social do país, e os índices de mortalidade e morbidade¹³ infantil por doenças infecto-contagiosas e parasitárias eram assustadores; mas, mesmo assim, a política de saúde adotada pelo Estado foi a voltada para o mercado hospitalar, que exigia profissionais de Enfermagem cada vez mais habilitados para o modelo de assistência hospitalar, pois frente ao avanço tecnológico havia necessidade de profissionais com destreza no manuseio de equipamentos cada vez mais sofisticados.

Em 1972, o parecer nº 163/72 e a resolução nº 04.72 do Conselho Federal de Educação, sem nenhuma preocupação com os problemas básicos de saúde, só fizeram por aprimorar o currículo já existente, atendendo mais uma vez às exigências do segmento médico-hospitalar, fortalecendo o ideário de que o Enfermeiro deveria cada vez mais acompanhar os avanços tecnológicos e dominar as técnicas avançadas em saúde.

Neste parecer, o currículo mínimo veio apresentando um ciclo básico e outro profissionalizante comum, e consolidou a exclusão da disciplina de Saúde Pública, privilegiando mais ainda as disciplinas de caráter curativo; o modelo hegemônico era, portanto, centrado em práticas curativas, alicerçado no referencial biológico e na visão cartesiana. A formação do enfermeiro esteve centrada, dessa forma, no pólo indivíduo-doença-cura e na assistência hospitalar.

¹³ Morbidade é um indicador de saúde, isto é, a taxa de portadores de determinada doença em relação ao número de habitantes sãos, em determinado local em determinado momento.

Ainda, deu-se a introdução da disciplina Ciências do Comportamento que nada mais é que a reintrodução da Sociologia e da Psicologia nos programas, e acrescentou: habilitação na área médico-cirúrgica e licenciatura em Enfermagem. A licenciatura em Enfermagem permitiu ao Enfermeiro lecionar disciplinas da área da saúde em escolas do ensino fundamental e médio.

A disciplina de Saúde Pública passou de especialização para habilitação, porém manteve-se a desobrigatoriedade em cursá-la.

Germano (1993, p. 41) corrobora:

Enquanto os problemas de saúde encontram-se centrados, portanto no âmbito da saúde pública, os currículos da área da saúde, não só da Enfermagem, têm concentrado uma densa carga horária nas disciplinas altamente especializadas no campo da medicina curativa.

A autora também faz referência ao monopólio da economia que provocou acentuado processo de privatização da saúde e especialização do ensino:

Essa privatização diz respeito à crescente organização empresarial de que reverte a prestação da assistência médica. ..., os serviços de saúde são transformados em mercadorias que, pelo seu alto preço, só podem ser consumidas pela classe dominante. (GERMANO, 1983; p.41)

Portanto, os currículos mínimos de 1962 e de 1972 davam ênfase às clínicas especializadas, de caráter curativo.

Sordi (1993, p. 43-45) comenta:

A enfermagem participa do sistema de saúde, mantendo, reproduzindo, restaurando a força de trabalho, determinando ou cumprindo modelos de atenção mais adequados para o desenvolvimento do processo produtivo. (...) a enfermagem tem desenvolvido sua prática, elegendo, como seu principal campo de trabalho o hospital ... num modelo de assistência curativa ... necessária à acumulação de capital.

Percebemos que os decretos até aqui explicitados foram determinados para atender às exigências impostas pelo modelo capitalista que o país vivenciava, principalmente quando é excluída a disciplina de Saúde Pública, pois com a expansão do capitalismo, as necessidades passam a ser na área hospitalar, voltando às práticas de Enfermagem para as práticas especializadas que visavam fundamentalmente à doença e não mais ao indivíduo e à coletividade.

Segundo Germano (1993, p. 43), a organização curricular volta-se prioritariamente para os problemas de saúde de uma minoria da população, em detrimento dos problemas que passam as classes subalternas da sociedade.

Tapia (2000, p. 82) faz algumas considerações aos currículos até aqui apresentados, destacando que o perfil dominante é compatível com as características do paradigma de controle técnico¹⁴, inserção de novos conteúdos, fusão de outros, desdobramentos e ampliação de disciplinas, baseados no planejamento econômico e nas necessidades de mercado de um Estado autoritário que assumiu a concepção instrumentalista da educação.

A autora afirma que o ensino de Enfermagem foi tecnificado e a organização das escolas de enfermagem se deu de cima para baixo; os currículos foram organizados de modo a dicotomizar a formação do Enfermeiro e a perpetuar a fragmentação do ensino.

¹⁴ Segundo Domingues, (1986; p. 354-355), o interesse técnico, ou seja, de controle, é que mostra a pesquisa. A pesquisa é projetada para fornecer informações que permitam manter sob controle processos objetivos e objetivados. A análise das propostas de Tyler permite verificar que o interesse subjacente é técnico, ou seja, de controle, e que seu paradigma é um paradigma técnico-linear

A Lei do Exercício Profissional nº 7498/86 foi promulgada, descrevendo claramente em seu Art. 11 as atividades privativas do Enfermeiro¹⁵, que provavelmente acelerou mais o processo de mudança curricular na graduação em enfermagem, pois o currículo de 1972 não contemplava as exigências desta lei.

Assim, a partir de 1987 vários encontros e estudos foram realizados, inclusive com a participação ativa da ABEn, que resultaram em uma nova proposta de currículo mínimo. Esta proposta foi encaminhada no ano de 1991 à SESU do CFE – Conselho Federal de Educação.

Mas, somente em 1994 essa proposta com algumas modificações foi aprovada pelo Parecer 314/94 - CFE, e pelo Ministério da Educação e do Desporto, através da Portaria 1721/94; trazia uma apresentação da estrutura curricular de Enfermagem, bem como a proposta de um currículo mínimo, sendo que as IES teriam um prazo de um ano, a partir de sua publicação de 15 de dezembro de 1994, para adequar seus Projetos Políticos Pedagógicos.

Em Janeiro de 1996, após ter esgotado o prazo de adequação do PPP, o Ministro da Educação, Paulo Renato de Souza, expediu a Portaria nº 01 de janeiro de 1996, revogando o artigo 6º da Portaria 1721/94 – MEC, estendendo de um para dois anos, a partir da publicação desta nova portaria, o prazo para que as IES adequassem seu PPP.

¹⁵ Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, Art.11: O enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe privativamente: direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, (...); organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnica (...); planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem; consulta de Enfermagem; prescrição de Enfermagem; (...) ; educação visando a melhoria de saúde da população; (...).

Esta mudança veio para atender às expectativas políticas da saúde voltadas para a atenção primária. O currículo enfatiza a formação de Enfermeiros “generalistas” isto é, com visão holística, para atuar nas áreas de assistência, gerência, ensino e pesquisa.

Como já mencionamos, estas propostas ocorreram num momento de questionamentos da política nacional de saúde, impulsionados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Segundo Silveira (2004), em 1996 a nova Lei de Diretrizes e Bases causou novo impasse e novos debates na Enfermagem.

Segundo Rodrigues (2005), foi em 1998, no Terceiro SENADEn, que foi emitida uma proposta de diretrizes curriculares, organizada em torno da ABEn.

A autora afirma que este documento em relação às competências se referia às áreas de atuação do enfermeiro, como: assistência, informação, educação, prevenção, investigação e gerenciamento em saúde, e que não havia preocupação com as competências. Ainda esclarece que no edital nº 4/97, no modelo de enquadramento e no Parecer do Conselho Nacional da Educação - nº 583/2001, a idéia de competências vinha sempre acompanhada da palavra habilidades.

Atendendo à política pública do Sistema de Saúde, em 2001, o Conselho Nacional de Educação institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem e a Resolução Nacional de Educação nº 3, de 7 de novembro de 2001, que nos artigos 5º e 6º do parágrafo único determina:

A formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde e assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento.

(...) os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrando à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integridade das ações do cuidar em enfermagem... .

Neste sentido, Silveira (2004, p. 29) corrobora:

Os estudos apontam o envolvimento dos enfermeiros prioritariamente os docentes, na luta pela formação dos futuros profissionais enfermeiros embasados nas Diretrizes Curriculares, preparando-os para atuar na melhoria da qualidade de vida da assistência de Enfermagem da população.

Em 2004, no oitavo SENADEn – Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem -, vários atores, entre eles: Ministério da Educação e Saúde, Organização Pan-americana de Saúde, enfermeiros, gestores de ensino e de serviços de saúde, ABEn, desenvolveram discussões em torno do tema: *Educação em Enfermagem; discutindo as mudanças, pesquisando o novo e superando os desafios*. Segundo a Presidente da ABEn, este “tema sintetiza o contexto que estamos vivendo de materialização das mudanças nas políticas de saúde e educação, representando também o processo de acumulação reflexiva e propositiva da enfermagem brasileira” (Francisca Valda da Silva - 8º SENADEn; 2004).

Este seminário se desenvolveu tendo como objetivo: discutir, refletir, formular políticas, compartilhar idéias, propostas e estratégias pedagógicas que possam contribuir para a formação de profissionais de enfermagem em todos os níveis de ensino, discutir e refletir criticamente sobre a articulação entre ensino, trabalho e pesquisa, como um dos fatores determinantes de qualidade na formação profissional.

Acreditamos que as Escolas devem buscar currículos para a graduação em Enfermagem com ideário nas necessidades contemporâneas de saúde da população e reconhecer a quem serve a nossa competência, pois, assim, poderemos desnudar e esclarecer o porquê da concretude social e política da Enfermagem. Contudo, é preciso sonhar e criar utopias, sem escamotear a realidade, pois ela compreende o espaço onde se vive e se trabalha e o qual se quer transformar.

1.3 Entre o Público e o Privado na Educação brasileira e a Expansão do

Ensino Superior no Brasil: uma aproximação com Ensino em Enfermagem

A crise e a reestruturação do Estado e da Educação Superior não são de exclusividade brasileira, mas fazem parte do panorama de vários países, ocorrendo a partir dos anos 1960 e 1970. Vários aspectos vêm sendo discutidos em relação ao Ensino Superior brasileiro contemporâneo, porém estaremos aqui destacando o enorme crescimento da rede de instituições privadas. Enfatizamos estes aspectos por considerar que este estudo aborda quatro instituições de Ensino Superior privadas. Entendemos que não é possível a política de privatização do Ensino Superior ser vista como fato isolado, pois ela expressa as condições políticas, econômicas e sociais de um dado momento histórico. Portanto, revendo a história, podemos afirmar que, até os anos de 1960, o Ensino Superior brasileiro estava basicamente nas mãos dos estabelecimentos públicos e confessionais, sendo que estes últimos não tinham a pretensão em fazer da educação um empreendimento rentável economicamente.

O processo de crescimento do Ensino Superior não ocorreu pelas escolas confessionais, que hesitaram em atender aos acenos do governo da época em participarem do processo de expansão do Ensino Superior, mas sim pelas da rede particular de ensino que vinha atuando no Brasil nos ensinos de primeiro e de segundo graus. O comportamento empresarial destes estabelecimentos de ensino particular percebem os acenos governamentais e passaram a deslocar os seus investimentos para o nível superior, pois se configurava um campo promissor em termos de rentabilidade econômica.

Encontramos na literatura brasileira importantes estudos sobre a privatização do Ensino Superior, especialmente a partir de 1964. Alguns desses estudos fazem abordagem críticas em relação ao Estado na política de privatização deste nível de ensino, porém não temos a intenção neste estudo de abordar tais críticas, mas a de fazer uma aproximação com a história para que possamos compreender a expansão do Ensino Superior privado em Enfermagem.

Foram vários os fatores que tornaram possível a expansão do Ensino Superior através de sua privatização, e, entre eles, destacamos o modelo econômico gestado pela ditadura militar em 1964. Vale lembrar que, com a revolução de 1930, iniciou-se um processo de mudanças das forças políticas e econômicas brasileiras, impulsionando assim a crise da oligarquia cafeeira, caracterizando um processo de reestruturação gradual da ordem social burguesa e da ordem econômica-política, além de manifestar concentração do poder do Estado.

A revolução de 30¹⁶ foi o “carro chefe” para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil, no qual a sociedade brasileira entra na fase de industrialização, deslocando progressivamente o setor agrário para o industrial, provocando assim um redimensionamento no papel do Estado.

Segundo Fonseca (1992, p. 38): “Essa ordem econômica demanda um Estado intervencionista, com alargamento de sua esfera de influência e ampliação de seus mecanismos de poder”.

A autora cita ainda que neste momento político a Educação também sofre repercussão e, conseqüentemente, o planejamento educacional. O sistema educacional é visto na dinâmica da reprodução do sistema social global como estratégia política, fazendo-se necessária a expansão do Ensino Superior. Na década de 1960, o Estado passa a incentivar a educação técnica como estratégia para atender as necessidades do desenvolvimento econômico.

No final da década de 1950, os debates e conflitos se intensificam entre educadores que estavam na defesa do ensino público e os proprietários da rede privada de ensino, ganhando, nos últimos anos, novas dimensões devido à posição ambígua das escolas confessionais. Esses debates tiveram como base a Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional de dezembro de 1961 em que, com base nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana acabaram prevalecendo os interesses da iniciativa privada.

¹⁶ A Revolução de 1930, pôs fim à Primeira República. Segundo Fausto (1972), termina a hegemonia da burguesia do café, e, a partir de 1930, ocorreram importantes mudanças, impulsionou-se o processo de urbanização com crescimento da classe operária e a burguesia começa a participar com mais intensidade política, iniciando assim o progresso da industrialização.

Fonseca (1992, p. 40) corrobora:

vai se constituindo o espaço para a escola privada, reafirmando nos arts. 1 e 2 da lei 4024/61, referentes ao direito à educação: a escola é direito de todos e será dada no lar e na escola. (...). O direito de educação é assegurado pela obrigação do poder público e pela liberdade da iniciativa privada.

Ainda na década de 1960, o Estado celebra acordo com a agência norte-americana USAID – United States Agency for International Development –, e institui grupos de estudo IPES – Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais –, para realizarem estudos em relação à educação para a Reforma Universitária de 1968. O relatório produzido pelo grupo de trabalho recomenda o aumento de vagas para o Ensino Superior e ainda estimula as universidades particulares a auxiliarem o governo para assegurar vagas para alunos com baixo poder econômico.

Portanto, a expansão do Ensino Superior ocorreu por um desdobramento da Reforma Universitária e conseqüentemente pela política do Estado em relação à educação, visando atender aos projetos de desenvolvimento econômico do país e suprir a demanda de vagas no Ensino Superior. Esta expansão se deu via privatização do Ensino Superior e se legitimou sob a forma jurídica de autarquia, fundação ou associação, aliviando assim o Estado de grandes investimentos em educação.

O Estado brasileiro, especialmente a partir de 1964, vem desenvolvendo uma política que o leva a paulatinamente desobrigar-se da tarefa educativa, através da redução de investimentos nesse setor e do incentivo à iniciativa privada. (FONSECA, 1992, p. 44)

De acordo com a autora, a expansão do Ensino Superior que ocorreu a partir de 1968 foi com base no controle da universidade, com o objetivo de reproduzir um saber acrítico e descomprometido com a realidade social, defendendo a despolitização estudantil. A reforma ainda consolida uma

nova estrutura para a universidade, em que se prioriza o elemento quantitativo, a matrícula por disciplina, o regime de crédito e a semestralidade, objetivando aumentar a oferta.

A expansão do Ensino Superior por vias da privatização buscava resolver a pressão social que clamava por vagas, aliviando assim as universidades públicas.

A última Constituição Federal, de 1988, que resultou da transição democrática, incorpora o conflito entre a educação pública e privada, reforça a oferta de escolas privadas e mantém o direito da instituição privada investir em educação.

Nesta constituição, fica assegurada a gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais, e em seu art. nº 208 especifica os aspectos de gratuidade. A gratuidade fica garantida somente para o ensino fundamental e médio, e ainda assinala que o acesso a este nível de ensino seja obrigatório e gratuito.

Nesta Constituição, o Estado mantém a liberdade para os estabelecimentos de ensino privado, determinando que os mesmos devam cumprir as normas gerais da educação nacional e que o processo de autorização e avaliação de qualidade deve ser efetivado pelo Estado.

Na Constituição de 1988 não é excluído financiamento para as instituições comunitárias, confessionais e ou filantrópicas e, no que se refere a público e privado, a Constituição é conciliadora; privilegia o ensino público, porém não inviabiliza o privado.

Assim, o Estado incentivou a expansão do setor privado, uma vez que os recursos financeiros para a rede oficial eram insuficientes.

Martins (1988, p. 95) corrobora, quando diz que os alunos que se dirigiam ao setor privado eram “rebotinhos”, pois são os que não tiveram sucesso no vestibular para a escola pública, ou eram excedentes de outro vestibular. Muitos alunos não se preocupavam com a qualidade das faculdades e sim em mostrar que chegaram a uma faculdade, acreditando que assim poderiam alcançar uma promoção social.

O ensino privado é freqüentado, na sua maioria, por alunos de classe populares que buscam informação imediata para aplicá-las em seu local de trabalho, com o objetivo de ascensão profissional.

1.3.1 Expansão do Ensino Superior em Enfermagem no Brasil

No período compreendido entre 1995 a 2004, o quadro geral do sistema educativo brasileiro da graduação em saúde, como nas demais áreas, apresenta as seguintes características: crescimento da oferta, desigualdade geográfica dessa oferta e, ainda, a privatização do sistema.

Além do contexto histórico do sistema educacional brasileiro, podemos destacar como uma das razões do aumento de cursos a mudança da Lei de Diretrizes Básicas da Educação nº. 9.394/96, que favoreceu a criação de cursos e a privatização do ensino, com autonomia.

Para compreender a amplitude e o conteúdo da normatização do Ensino Superior pela LDB/96, cumpre observar o que esta lei determina, e para isso recorreremos a Cunha (2003), que afirma que a LDB de 1996 tratou de detalhar a autonomia universitária e que em dois artigos assegurou a possibilidade antes negada às instituições isoladas de Ensino Superior de

criar e extinguir cursos, bem como de determinar as vagas de cada curso. Destaca ainda que, para a sintonia da Instituição Privada, este nível de autonomia constitui elementos importantíssimos.

Na década de 1990, a política para a Educação Superior assumiu que o mercado econômico deveria desempenhar o papel central na criação de novos cursos e instituições.

Os dados a seguir revelam uma ampliação indiscriminada dos cursos e das vagas na graduação em Enfermagem no período de 1991 a 2004. Estes dados foram extraídos dos bancos de dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP.

Como podemos observar na Tabela 1, os cursos de graduação de Enfermagem em 1991 totalizavam 106, com 7.460 vagas, sendo que, deste total, 45 cursos pertenciam à iniciativa privada, o que representava 42% do total dos cursos. Em 2004, o total de cursos de graduação em Enfermagem passou para 415, com 70.400 vagas, sendo que, deste total, 322 pertenciam à rede privada de ensino, totalizando aproximadamente 77% do total de cursos. Frente a esses dados, podemos concluir que em pouco mais de 10 anos ocorreu um aumento de 391% em relação ao número de cursos e de aproximadamente 715% nos cursos privados, e as vagas ofertadas cresceram aproximadamente 943% no mesmo período.

Tabela 1. Situação dos cursos de enfermagem no Brasil em 1991 e 2004

ano	Total de cursos	vagas	IES pública	IES privada
1991	106	7.460	61 = 58%	45 = 42%
2004	412	70.400	93 = 23%	322= 77%

Fonte: INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Brasília 2004

Vários fatores podem justificar esse aumento, porém destacamos aqui o processo de descentralização, da implantação e implementação do SUS na década de 1990, que teve como consequência a transformação do perfil qualitativo e quantitativo da força de trabalho em saúde, incorporando assim trabalhadores de distintas formações, entre eles o Enfermeiro. Ainda, a intensa fiscalização que os Conselhos Regionais de Enfermagem vêm exercendo sobre os estabelecimentos de saúde, desde 1986 fazendo cumprir a Lei 7.498/86 e a Resolução - 146 do Conselho Federal de Enfermagem, que normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviços de saúde.

2. FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM: desafios atuais e o desenvolvimento das competências abrangendo os aspectos ético-políticos

A vida universitária costuma ser vista como um período de transição, compreendido como preparação para a vida profissional. Neste momento de sua vida, o estudante deve exercer o ofício de estudar e apreender para, depois, no futuro aplicar de forma crítica seu saber. (BARTOLOMEI, 1998, p. 46).

Vivemos em uma sociedade que se propõe à trajetória da globalização, exigindo avanços na capacitação para o exercício profissional. Como nas demais áreas, o trabalhador de saúde deve ser uma pessoa em busca de autonomia, disposto a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido, e ser alguém que, por viver numa sociedade, inserido em um contexto histórico determinado, é capaz de perceber seu papel pessoal, profissional e social diante dos desafios apresentados a cada momento.

Quando nos propusemos a estudar a competência e o desenvolvimento dos aspectos ético-políticos na formação do enfermeiro sabíamos que seria difícil encontrarmos obras que discutissem este tema voltado para esta profissão, pois na Enfermagem, como em outras áreas da saúde, o desenvolvimento das competências técnicas, já discutido no capítulo anterior, é muito mais evidenciado e recebe destaque na formação dos profissionais.

Não deve ocorrer desnivelamento entre as competências técnicas e a competência ético-política, e a esse respeito concordamos com a afirmação de Rios (2004; p. 67) sobre não podermos superar a dicotomia entre técnico e político se apenas articularmos a ética à política e mantivermos a técnica como um campo autônomo. “É preciso garantir a idéia de que a dimensão técnica também carrega a ética. O que temos é competência técnico-ético-político”.

Concordamos com a autora que a ética é medição e síntese da técnica e da política, pois ela desvenda ou expressa na escolha técnica e política dos conteúdos, métodos.

Segundo a mesma autora (2004; p.67):

Técnica, Ética, política não são apenas referências de caráter conceitual - podemos descobri-las em nossa vivencia concreta real, em nossa prática. (...). É a reflexão que nos fará ver a consistência até nossa própria conceituação, e que, articulada a nossa ação, estará permanentemente transformando o processo social, ... educativo, em busca de uma significação mais profunda para a vida e para o trabalho.

Entendemos que o enfermeiro é um ator social inserido no processo e desenvolvimento da vida humana e que sua formação não pode estar centrada na dimensão técnica, desvinculada da dimensão ética e política.

Rios (2001; p. 94): “chamamos a dimensão técnica de suporte da Competência, uma vez que esta se revela na ação profissional”.

A autora explica também que a técnica tem um significado específico no trabalho e nas relações, porém que se torna empobrecido quando desvinculado de outras dimensões.

Neste contexto abordamos as questões que permeiam face do nosso estudo: a Competência, a Ética e a Política no ensino de Enfermagem. Para esta construção, utilizamos Rios (2001, 2004); Fortes (1998); Vazquez (2004); Sá (2005); entre outros estudiosos.

Não é nosso interesse neste estudo abordar a dimensão da ética profissional e normativa, expressa no Código de Ética da Enfermagem e na

legislação do exercício profissional, apesar de reconhecermos sua importância sobre o conhecimento desta para o exercício profissional.

2.1 Competência e a Formação Profissional: no contexto da enfermagem brasileira

Em relação à formação profissional, Marques (2000, p. 51-52) assinala:

as complexidades do exercício das profissões vêm exigindo processos de formação explícitos e formais, que devem condensar, sistematizar e generalizar competência, habilidades cognitivas e instrumentais. Estes processos se multiplicam e complementam com as modalidades de comunicação e de informações informais.

Na atualidade, a discussão sobre competência é ampla, especialmente nos meios educacionais.

Segundo Manfredi (1998, p. 2), o conceito de competência aparece na literatura e em discursos como conceitos novos, atuais e não como uma reatualização, e cita que historicamente a competência está ancorada nos conceitos de capacidades e habilidades, constructos herdados das ciências humanas – da psicologia, educação e lingüística.

Assim, o profissional em seu campo de atuação deve se habilitar para enfrentar a diversidade do dia-a-dia, pois o conhecimento usado de forma inadequada e sem significado não garante uma atuação competente.

Finck (2001, p. 23) revela que:

O conhecimento, antes de tudo, deve ser condição necessária para uma real reflexão sobre o próprio modo de vida social, e não como mera assimilação de conhecimentos autônomos e abstratos deslocados da prática social dos homens.

A competência exige conhecimentos e habilidades; porém, se este conhecimento estiver desvinculado do dia-a-dia do profissional e da realidade social dificilmente irá proporcionar sucesso profissional.

Para Perrenoud (1999) competência é a capacidade de agir eficientemente em uma situação real, apoiada em conhecimento, mas sem limitar-se a ele.

Na visão deste estudioso, competência vai além da aquisição de conhecimentos, que, isolados, não são mais suficientes. É necessário relacionar os conhecimentos com os problemas encontrados, ou seja, a competência tem que estar ligada a uma prática social.

Segundo Rios (2001, p. 65), “(...) a competência se reveste de um caráter ideológico, que tem o papel de dissimular a existência da dominação na sociedade dividida e hierarquizada em que vivemos”.

A autora nos alerta que o conceito de competência tem o propósito de ir à busca de um significado, que em virtude de imposições ideológicas, foi alterado. Chama a atenção para o fato de que hoje muito se fala em competência como algo novo, mas na verdade o termo é antigo, sendo que, na atualidade, o que mudou foi à forma de empregá-lo. O que importa, segundo ela, é voltar para essa questão com um olhar original e crítico.

Para Rios (2004), a competência se dá numa dupla dimensão: técnica e política. A definição de competência para a autora é saber fazer bem, e se aproxima do conceito apresentado por Mello, citado por Rios (2004, p. 46-47):

Por competência profissional estou entendendo várias características que é importante indicar. Em primeiro lugar, o domínio adequado do saber escolar a ser transmitido, juntamente com a habilidade de organizar e transmitir esse saber, de modo a garantir que ele seja

efetivamente apropriado pelo aluno. Em segundo lugar, uma visão relativamente integrada e articulada dos aspectos relevantes mais imediatos de sua própria prática, ou seja, um entendimento das múltiplas relações entre os vários aspectos da escola. (...) Em terceiro, uma compreensão das relações entre o preparo técnico que recebeu, a organização da escola e os resultados de sua ação. Em quarto lugar, uma compreensão mais ampla das relações entre a escola e a sociedade, que passaria necessariamente pelas questões de suas condições de trabalho e de remuneração.

Silva, citado por Rios (2001, p. 79), pontua:

Competência são capacidades de natureza cognitiva, sócio-afetiva e psico-motora que se expressam, de forma articulada, em ações profissionais, influenciando, de forma significativa, na obtenção de resultados distintivos de qualidade.

Segundo Rios (2001), a autora se refere à competência como o ato de comunicar-se por meio de diferentes formas, desde a fala, até utilizar com fluência a tecnologia disponível quotidianamente aos cidadãos.

A autora cita Tanguy, ao afirma que:

O discurso sobre competência pode ser compreendido como uma tentativa de subsidiar uma representação da hierarquia de saberes e das práticas, notadamente aquela que se estabelece entre “puro” e o “aplicado”, entre o “teórico” e o “prático” ou entre o “geral” e o “técnico”, por uma representação da diferenciação entre formas de saberes e formas de práticas, diferenciação que seria essencialmente horizontal e não mais vertical. (p. 82-83)

Esclarece-nos, que as competências, no sistema em que vivemos, são definidas de acordo com a demanda do mercado, sendo porém, importante considerar o contexto em que se desenvolve a formação e a prática profissional.

A colaboração dos autores citados levou-nos a compreender que competência é a capacidade de atuar, decidir, agir com o objetivo de solucionar o(s) problema(s) e, mais, exercer sua profissão em diferentes

situações, sempre desempenhando seu papel social que adquiriu a partir do conhecimento, de suas experiências e dos seus valores e atitudes.

As atuais exigências do SUS e do mercado de trabalho vêm impondo mudanças no perfil do profissional da saúde relacionadas a competências; assim, entendemos que cabe às instituições formadoras organizarem-se para atender as exigências destas mudanças, pois no compromisso profissional está implícita a aquisição de conhecimento que vai além de meras técnicas, implicando que o profissional de saúde, e aqui destacamos o Enfermeiro, venha a adquirir competências para a compreensão e o cuidado do homem na dimensão bio-psico-social e não meramente na dimensão técnica.

Para Marques (2000, p. 52) “Compete à educação organizar (...) espaços e tempos formais para uma formação proposital, explícita e sistemática, atendendo à especificidade de cada profissão”.

O autor acentua também que a educação não deve ignorar as dimensões do indivíduo em sua vivência humana e profissional e que a formação profissional necessita articular a dimensão ética, isto é, o indivíduo com vez e voz ativa e a dimensão política – práticas sociais.

Concordamos com Rios (2004) quando ela se refere à competência como sinônimo de “*saber fazer bem*”, porém gostaríamos de acrescentar que, na área da saúde, essa competência pode ser prejudicada quando se volta para o “fazer bem” sem criticar (ou refletir sobre) as ações desenvolvidas ou não, bem como quando consideramos a prática apenas como compromisso afetivo, movido pela compaixão e pela espontaneidade.

Não poderemos deixar de citar Desaulniers (1997) quando afirma que a competência se baseia nos diversos saberes que constituem a qualificação, porém mesmo com multiquificação não se assegura o bom desempenho profissional que o atual mercado de trabalho vem exigindo que se traduz pela competência e não pela qualificação.

Para esta autora, competência refere-se a um sistema de conhecimento conceituais e processuais que integra os conhecimentos sobre objetos e a ação, destacando ainda que:

competência é inseparável da ação e os conhecimentos teóricos e/ou técnicos são utilizados de acordo com a capacidade de executar as decisões que ela (a ação) sugere. Ou seja, competência é a capacidade de resolver problema em uma situação dada. A competência baseia-se nos resultados. (1997; p. 56)

Portanto, entendemos que o processo de formação na área da saúde, especificamente na do Enfermeiro, está relacionado ao “que saber”, ao “porque saber” (isso) e aos “modos de saber”, e, para que esse processo alcance a qualidade necessária, devemos antes de tudo assegurar a autonomia dos educadores e dos educandos com certo grau de definição de responsabilidade, e entender que a ética, a política e a saúde estão profundamente ligadas, sendo o desenvolvimento ético-político dos trabalhadores de saúde um aspecto importantíssimo que deve ser (re)pensado, refletido.

Os conceitos dos vários autores aqui apresentados mostram que a competência supõe todos os tipos de saberes, sendo eles os formais, informais, técnicos, sociais, entre outros, porém sempre articulados em face aos desafios.

Sabemos que a formulação de competências para a área de saúde é sempre um desafio. Portanto, acreditamos que a melhor estratégia é definir competência como referências provisórias, evitando decisões definitivas, bem porque as mudanças provocadas pela globalização e o mercado de trabalho assim exigem. Para tanto devemos refletir criticamente sobre os determinantes políticos, éticos, sociais e culturais que podem ser variáveis ao tempo.

Rodrigues (2005, p. 129) contribui:

(...) havia, desde a década de 80 uma defesa por parte da enfermagem de que o enfermeiro fosse competente, ou que desenvolvesse na sua formação, um conjunto de competências que o habilitasse para além da atuação técnica. (...) tivesse competência científica, técnica, ética e política.

Na Resolução 03/2001 do CNE, um grande número de itens se reporta a competências para o curso de graduação em Enfermagem. Segundo Rodrigues (2005, p. 130), ela oferece abertura para que a utilização da idéia de competência seja adequada da forma que cada curso julgue ou compreenda como necessário, às suas finalidades de formação.

A seguir registramos uma síntese das competências citadas neste documento:

1. Ter compreensão crítica da realidade histórico-social;
2. Atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas diferentes expressões e fases evolutivas;
3. Ter compromisso ético-político com a transformação da realidade e superação das desigualdades sociais;
4. Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação e de intervenção profissional;

5. Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
6. Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
7. Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
8. Reconhecer-se como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
9. Dar respostas às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente;
10. Compreender e comprometer-se com os investimentos voltados à solução de problemas sociais;
11. Sentir -se membro do seu grupo profissional – trabalhadores da saúde;
12. Reconhecer-se responsável pelo trabalho em equipe de enfermagem;
13. Identificar fontes, buscar e produzir conhecimentos para o desenvolvimento da prática profissional;
14. Buscar sua constante capacitação e atualização.

Portanto, para a formação do enfermeiro, defendemos o ideário de que a mesma deva privilegiar uma formação crítica e reflexiva. Que a necessária competência técnico-científica associe as dimensões ética e política, que, quando aliada à vivência humana do aluno – formação informal, seja capaz de atender aos desafios que se impõem à formação do profissional.

Acreditamos, também, que, para atingir a formação do profissional desejada não basta debater as mudanças, necessitamos também da participação de vários autores e atores¹⁷, entre eles dos docentes, participando efetivamente da prática educativa, discutindo as diretrizes gerais da política educacional e propondo formas de intervenção na realidade. É necessário um processo de formação continuada, na qual a análise crítica da própria prática resignifica o seu “refazer-se”. Outras vertentes se configuram neste processo: o compromisso do poder público (Estado) na oferta e manutenção da educação de qualidade; a autonomia das IES enquanto exercício de democratização de um espaço que articule sempre o compromisso ético-profissional que é educar; a valorização dos profissionais da educação em termos de formação continuada e de plano de cargo, carreira e salário; e a construção coletiva da concepção de currículo, de gestão democrática e de formação continuada dos educadores.

2.2 Aspectos Éticos na formação profissional

A Ética é um ramo da filosofia¹⁸ e um sub-ramo da axiologia¹⁹.

Segundo Sá (2005), a Ética em seu sentido mais amplo tem sido entendida como a ciência da conduta humana perante o ser e seus semelhantes.

¹⁷ Atores: Na linguagem da Ciência Política, são as pessoas, grupos ou entidades que participam das disputas nas diversas arenas políticas, econômicas e ideológicas. (FIOCRUZ; 1988)

¹⁸ Segundo Rios (2004; p. 17): A philo-sophia caracteriza-se então como uma reflexão que busca compreender o sentido da realidade, do homem em sua relação com a natureza e com os outros, do trabalho do homem e seus produtos: a cultura e a história. A autora nos convida a ir a Grécia do século VII a.C., quando Pitágoras cunha o termo *philosophia*, unindo *philo*, cujo significado é “amizade”, a *sophia*, que significa “sabedoria”, para indicar a “procura amorosa da sabedoria”. Não se fala em “começo” da filosofia como se, num momento preciso, de repente, o homem começasse a filosofar.

¹⁹ Axiologia: teoria ou crítica sobre os valores morais, éticos. (HOUAISS e VILLAR; 2004)

Os ideais éticos variam muito de acordo com a sociedade e o tempo histórico. Portanto, com os avanços tecnológicos das comunicações e informações muitas mudanças ocorreram e vêm ocorrendo nos costumes da humanidade, isto é, na conduta humana.

A palavra Ética deriva indiretamente do grego *ethiké*, teve sua origem na Grécia, e no vocabulário grego antigo significava: assentamento, vida comum e, mais tarde, na própria Grécia, a Ética adquiriu outros significados: hábito, temperamento, caráter, modo de pensar.

A palavra Ética se encontra no latim como *ethica*, e o vocabulário ethos encontra um análogo latino “mores”, que significa hábito, costumes, caráter, comportamento, natureza interior, lei entre outros.

A retrospectiva histórica aqui descrita foi baseada na obra de Germano (1992), Vasconcellos (2002), Vazquez (2002), e outros estudiosos

Segundo Vasconcellos (2002), os sofistas²⁰, no período clássico, consideraram os princípios morais como resultado das convenções humanas, enquanto que Sócrates, contrapondo-se aos sofistas, buscou os princípios éticos na natureza e não nas convenções humanas. Para os gregos, era no viver de acordo com a natureza e em harmonia cósmica que se encontrava o ideal ético. Mas, para Aristóteles, o ideal ético está baseado na felicidade, na qual as capacidades superiores do homem tivessem perfeitas.

²⁰ Sofistas: Período sistemático - Período esplêndido do pensamento grego que teve duração bastante curta. Abraça, substancialmente, o século IV a.C. e compreende um número relativamente pequeno de grandes pensadores.

No período helenista ²¹, os filósofos se preocupavam com as questões morais, sendo que o prazer era tido como único bem possível, e o estoicismo²² ligava-se com a austeridade de caráter e rigidez moral. No cristianismo, os ideais éticos se identificaram com os ideais religiosos, e, no Renascimento, o ideal ético era viver de acordo com a liberdade pessoal, enquanto que mais tarde, para Kant²³, o ideal ético se identifica com o ideal de autonomia individual.

Vasconcellos (2002) acrescenta que, para Hegel²⁴, o ideal ético encontrava-se na vida livre, que garantisse os direitos do homem e que lhes cobrasse seus deveres.

Segundo Vazquez (2002), desde Hegel até nossos dias, o pensamento ético reage contra o formalismo, o universalismo, o racionalismo e a metafísica em favor do homem concreto e do reconhecimento do irracional no comportamento humano.

De acordo com Germano (1992; p. 25), para muitos autores, a história da ética não coincide com a história das idéias morais da humanidade, pois, enquanto a ética é entendida como disciplina que nasceu com a própria

²¹ Helenista: na idade helenista declina o vigor especulativo filosófico até ao ceticismo, e se despedaça, tornando-se empírico nas ciências particulares.

²² O estoicismo é uma doutrina filosófica que propõe viver de acordo com a lei racional da natureza e aconselha a indiferença (*apatheia*) em relação a tudo que é externo ao ser. O homem sábio obedece à lei natural reconhecendo-se como uma peça na grande ordem e propósito do universo. (Wikipédia, a enciclopédia livre)

²³ Immanuel Kant, filósofo alemão, em geral considerado o pensador mais influente dos tempos modernos, nasceu em Königsberg, atual Kaliningrado, em 22 de abril de 1724. Não casou nem teve filhos, falecendo em 1804 aos 80 anos.

²⁴ Georg Wilhelm Friedrich Hegel, o último filósofo clássico famoso, autor de um esquema dialético no qual o que existe de lógico, natural, humano, e divino, oscila perpetuamente de uma tese para uma antítese, e de volta para uma síntese mais rica. Nasceu em Berlim, na Alemanha, em 27 de agosto de 1770 e morreu em 14 de novembro de 1831. Seus principais interesses: idealismo, romantismo e hegelianismo. O hegelianismo. não seria propriamente um interesse dele, mas o nome dado ao pensamento que deriva de sua filosofia.

filosofia, as normas que regularam a conduta humana vem do período pré-histórico²⁵ até os dias atuais.

A autora corrobora quando diz que, tomando o ethos com o significado de caráter, Aristóteles formou o objetivo da Ética para designar uma classe particular de virtudes humanas e a Ética como a Ciência que estuda essa virtude²⁶, e foi com este pensador que a Ética assumi um caráter disciplinar filosófico e sistemático (p. 26).

Faz também uma observação que, apesar da coincidência de terem tendo os termos Moral e Ética a mesma etimologia, com designação muito próxima, estes termos, ao se projetarem no mundo europeu, recebem significados diversos.

Ao comportamento Moral são atribuídas as questões de ordem prática, isto é, o que se faz em cada situação concreta, enquanto que à Ética cabe a reflexão sobre este fazer.

Na obra de Rios (2001; p. 101), são mencionadas varias dimensões de competência, e uma delas é a dimensão ética, que diz respeito à orientação da ação, fundada no principio do respeito e da solidariedade, na direção da realidade de um bem coletivo.

A autora faz esta definição quando se refere à educação – docência; porém, percebemos que esta definição se enquadra também à saúde, em especial à Enfermagem, pois o Enfermeiro deve orientar suas ações sempre

²⁵ Período Pré-Histórico abrange toda a época anterior a 4000 a. C., desde o aparecimento dos primeiros seres humanos, por volta de um milhão de anos atrás, como resultado da evolução dos homínídeos, na Era Cenozóica.

²⁶ Virtude: Equivale a capacidade, aptidão, e significa a habilidade, facilidade e disposição para levar a efeito determinadas ações adequadas ao homem (Dicionário de Filosofia). Sá (2005), a ética encara a virtude como prática do bem e esta como promotora da felicidade dos seres humanos, Dicionário de Filosofia <http://www.ceismael.com.br/filosofia/filosofia013.htm>

baseado no respeito, na solidariedade, no compromisso e na competência em prol de um bem comum, isto é, da coletividade.

Percebemos em nosso meio, tanto na educação como na área da saúde, que o termo Moral e Ética são mutuamente utilizados, e acreditamos que isso ocorre por eles se entrecruzarem quanto aos seus conteúdos.

Segundo Vázquez (2002; p. 22), “a Ética não cria a moral. Conquanto seja certo que a toda moral supõe determinados princípios, normas ou regras do comportamento, não é a ética que os estabelece numa determinada comunidade”.

Assim o autor afirma que a “ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade”, ou seja, é ciência de uma forma específica de comportamento humano e que não se deve confundir a teoria com o objetivo, que é o mundo moral.

Neste contexto, exemplificamos: é tarefa da ética investigar o conteúdo do bom, mas não lhe cabe determinar o comportamento em uma dada situação.

Para Rios (2004; p. 23-24):

a Ética se apresenta como uma reflexão crítica sobre a Moralidade, sobre a dimensão Moral do comportamento do homem.

A Moral, numa determinada sociedade, indica o comportamento que deve ser considerado bom ou mau. A Ética procura o fundamento do valor que norteia o comportamento, partindo da historicidade presente nos valores.

Para Fortes (1998; p. 26):

A tarefa da ética é a procura e o estabelecimento das razões que justificam o que “deve ser feito”, e não o “que pode ser feito”. É a procura das razões de fazer ou deixar de fazer algo, de aprovar ou desaprovar algo, do que é bom e do que é mau, do que é justo e do injusto. A Ética pode ser considerada como uma questão de indagação.

Segundo Vazquez (2002; p. 267), “as doutrinas éticas fundamentais nascem e se desenvolvem em diferentes épocas e sociedades como respostas aos problemas que surgem entre as relações humanas, e, em particular, pelo seu comportamento Moral”.

O autor afirma que existe uma estreita vinculação entre os conceitos morais e a realidade humana, social, sujeita historicamente à mudança e nos orienta a não isolar as doutrinas éticas, pois esta doutrina está dentro de um processo de mudança. Salientamos ainda que a ética e a história relacionam-se duplamente, o que explica a aparição e sucessão de doutrinas éticas fundamentais em conexão com a mudança e a sucessão de estruturas sociais, e faz a relação da ética com outras ciências. Ele destaca:

A Ética se relaciona com outras ciências que, sob ângulos diversos, estudam as relações e o comportamento dos homens em sociedade e proporcionam dados e conclusões que contribuem para esclarecer o tipo peculiar de comportamento humano que é o Moral (p.29).

A ética tem sido aplicada na economia, política e ciência política, bem como nas estruturas familiares e na educação.

Na educação, a ética tem como objetivo formar indivíduos conscientes de seus deveres e direitos dentro de uma sociedade.

Para Rios (2004; p. 34), a sociedade se organiza com base na produção da vida material de seus membros e das relações daí decorrentes.

Atualmente vivemos em uma sociedade na qual temos liberdade de expressão e de pensamento, embora saibamos que a expressão pode ser contida, ao passo que o pensamento pode ser influenciado, mas nunca censurado. Esta influência pode ser gerada pelo meio de onde viemos e também de nossas relações.

O século em que vivemos está sendo marcado pelo avanço e influência da ciência e da tecnologia, e de alianças industriais e econômicas em nível global. Esses avanços levam a novas descobertas e conquistas, que também produzem importantes preocupações em relação às questões éticas. Percebemos que a palavra Ética vem sendo usada com maior intensidade no cotidiano das pessoas e nas mais diversas áreas; provavelmente, esta ocorrência deva-se à mídia pela constante exposição nos meios de comunicação.

Concordamos com Catão (1995) em sua análise sobre haver uma constante queixa quanto à falta de ética em nossa sociedade. Também vem se intensificando a ausência de critérios éticos que se refletem não só na filosofia de vida, mas na sociedade como um todo e em várias áreas: política, industrial, comercial, entre outras. A mídia revela dia-a-dia a busca de vantagens e da impunidade pelos poderosos.

O autor aponta a educação como o caminho para reagir diante de tal situação e também para a construção de uma sociedade ética. Mas alerta que formular uma educação ética não é fácil frente ao autoritarismo do Estado, o proselitismo das religiões e da democracia laica, porém o educador não pode desistir e deve buscar caminhos para formar a consciência da juventude, pois acredita que a partir da educação é possível construir uma sociedade com justiça e liberdade.

Após estudos podemos afirmar que a ética é uma doutrina filosófica que tem por objetivo a Moral, tanto no tempo, como no espaço, sendo assim busca o estudo dos juízos referentes à conduta humana. Tendo em vista os

objetivos desta presente pesquisa, procuramos refletir o desenvolvimento da competência, abrangendo os aspectos ético-políticos.

Não estaremos abordando os aspectos éticos das profissões nem mesmo a Ética codificada da enfermagem. Mas, frente à ligação que a profissão de enfermagem tem com a moral e o social, e devido à importância da integração dos valores éticos com o valor profissional, abordaremos alguns aspectos da profissão e do profissional.

Sá (2005) define, em sentido ampla, a profissão como o exercício habitual de uma tarefa, a serviço de outras pessoas, que traz benefícios recíprocos a quem pratica e a quem recebe o fruto do trabalho, porém exige, nesta relação, a preservação de uma conduta condizente com os princípios éticos específicos com aspectos claros de observação do comportamento nas diversas esferas em que ele se processa, isto é, perante o conhecimento, o cliente, o colega, a classe²⁷, a sociedade, o país. A profissão pode enobrecer pela ação correta e competente, mas também pode ensejar a desmoralização, através de uma conduta inconveniente com quebra de princípios éticos.

O autor recorda Cuvillier e destaca:

É pela profissão que o indivíduo se destaca e se realiza plenamente, provando sua capacidade, habilidade, sabedoria e inteligência, comprovando sua personalidade para vencer obstáculos. ... do exercício profissional, consegue o homem elevar seu nível moral. É na profissão que o homem pode ser útil na sua comunidade e nela se eleva e destaca, na prática dessa solidariedade orgânica. (p. 135.)

²⁷ Classe: grupo de pessoas de mesma ocupação, opinião, (HOUAISS e VILLAR, 2004)

Sá corrobora quando conceitua o profissional como sendo “a evidência, perante terceiros, das capacidades e virtudes de um ser no exercício de um trabalho habitual de qualidade superior”. (2005; p. 144)

A enfermagem é considerada uma profissão liberal²⁸ e acreditamos que é por atender aos atributos considerados como próprios de uma profissão e por poder ser exercida com autonomia, isto é, livre de qualquer subordinação a um patrão ou chefe.

O caráter distintivo do profissional liberal, para o seu exercício, depende do conhecimento e habilidades, cujo êxito decorre da maior ou menor capacidade intelectual do profissional.

À profissão de Enfermagem, possuidora de saberes próprios e campo de conhecimento, apresenta-se como um grande desafio, e tem-se buscado caracterizá-la e legitimá-la no cenário social pela sua contribuição para a melhoria de qualidade de vida da sociedade.

A enfermagem como profissão liberal possui grande valor social e, bem como as demais profissões da área da saúde, são indispensáveis à vida humana.

Vale a pena ressaltar que as políticas de saúde no Brasil, principalmente após os anos 64, vieram a contribuir para uma prática curativa, individualizada, assistencialista, especializada e privativa, em detrimento de medidas da Saúde Pública, de cunho preventivo e de interesse coletivo. Os momentos históricos pelos quais a comunidade brasileira passou refletiram-se

²⁸ Profissional liberal ou Profissional Autônomo, são sinônimos. "Pela adjetivação liberal, do latim liberalis, de líber (livre), literalmente assim se deve entender toda profissão, que possa ser exercida com autonomia, isto é, livre de qualquer subordinação a um patrão ou chefe" (www.sengerj.org.br/liberal.htm) (acesso 10/01/2007)

na área da saúde, resultando em um crescimento da medicina elitista, tecnológica em detrimento da atenção primária à saúde²⁹, que era e ainda é prioridade da maioria do povo brasileiro.

Essas ocorrências nas políticas da saúde brasileira podem ser consideradas um problema ético de cunho político com repercussão na formação e na prática dos profissionais da saúde.

Um fato conhecido por muitos é que os problemas sociais ameaçam a saúde da população em geral e, mesmo assim, somente nos últimos anos percebemos que os apelos e propostas para mudanças começaram a ser acolhidas, pois a área da Saúde e da Educação começaram a articularem-se no sentido da implementação das novas políticas públicas em saúde. Em relação ao curso de graduação em Enfermagem percebemos isso na Resolução Nacional de Educação nº 3, de 7 de novembro de 2001, que determina que a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde. Também é possível evidenciar um aumento nas ofertas dos cursos de pós-graduação nas áreas básicas da saúde voltados para a assistência coletiva e necessidade da população entre os quais podemos citar: Saúde da Família e Assistência Domiciliária ao Idoso.

²⁹Atenção primária à saúde: definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 como: Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Porém, na prática da formação do enfermeiro e de outros profissionais da saúde, ainda observamos o privilégio dado às clínicas especializadas, extrapolando aquelas dirigidas ao estudo da saúde coletiva.

Percebemos o quanto a transformação do que se faz no ensino das profissões da área da saúde e, em especial da Enfermagem, ainda não atinge o ideal, pois onde acontece, isso ocorre gradativamente, apresentando-se carregado de morosidade.

Também constatamos que os profissionais da saúde em formação ou já graduados, em especial o enfermeiro não são e/ou não estão sendo sensibilizados para as precárias condições de vida da população, como a miséria, a fome e a falta de saneamento básico, entre outros problemas sociais que afetam diretamente a saúde.

Entendemos que a formação ética do profissional tem que estar centrada no homem e deve passar necessariamente pela análise da realidade social em que vivemos. Portanto o compromisso ético é fundamental para os profissionais da saúde.

Segundo Germano (1992; p.113):

Não é possível estruturar o ensino de ética, sem a compreensão da realidade social e sem o exercício da crítica sistemática às questões mais gerais da saúde e da sociedade que repercutem no dia-a-dia da profissão e na assistência que dispensamos aos doentes. Sem essa visão, partimos para um discurso ético-filosófico na sala de aula, totalmente vazio e, conseqüentemente desvinculado da realidade social.

Quanto mais aprofundamos nossos estudos, mais certeza temos da importância do tema escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa e seu reflexo na formação do enfermeiro. Acreditamos que a Ética é a chave para o

desenvolvimento profissional, pois além de nortear para a paz mundial, implica em pensamento crítico, criativo e inovador. É a base da democracia, dos direitos humanos e de uma sociedade justa.

Na graduação em Enfermagem, a Ética faz parte do currículo enquanto disciplina, com conteúdos que permitem momentos de reflexão. Porém entendemos que a Ética enquanto saber deve estar agregada e integrada às outras disciplinas do currículo, sempre com o objetivo de homogeneizar a linguagem relacionada aos aspectos e princípios éticos da profissão e da educação, e proporcionar ao aluno o exercício da escolha e da decisão, que vai da execução de atividades profissionais, bem como à definição de procedimentos e/ou metodologias para o desenvolvimento profissional, social e pessoal.

Assim, a ética deve permear e influenciar as condutas dos alunos para fazer deles defensores do valor da competência, sem favoritismo, valorizando a importância da recompensa pelo trabalho bem executado, incluindo aí o respeito, o reconhecimento e a remuneração digna (BRASIL, 1999)³⁰

A partir das considerações realizadas, expressamos aqui que o estudo da Ética na formação do enfermeiro e demais profissões da área da saúde é uma questão muito séria a ser enfrentada, pois a formação e, particularmente, a conduta ética se estruturam no âmbito de uma totalidade histórico-social e devem assumir os princípios políticos da igualdade, o que requer também o desenvolvimento da solidariedade e da responsabilidade.

³⁰ Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico - Parecer nº 16/99.

Assim, o pensamento de Catão (1995; p.19) complementa: "A ética não é uma geometria de direitos e deveres, mas a busca constante do que é melhor para esses seres concretos e históricos que são as mulheres e os homens em busca da felicidade".

2.3 Política e a Enfermagem como ator social

Hoje, a política está presente em todas as dimensões da vida social, ouvimos falar muito sobre política e encontramos muita literatura que aborda este tema, com diversas vertentes.

Vivemos hoje em um momento em que a política é questionada, pois, ela é sistematicamente confundida com as ações dos políticos profissionais, principalmente, pelos maus políticos.

Devido à abrangência desta temática, decidimos focar política de maneira clara e simples e partimos da seguinte questão: Porque muito se fala de política? O que é política?

De acordo com a história, a palavra política tem origem no grego "ta politika" que, por sua vez, deriva da palavra grega "polis", ou seja, cidade. Com o passar dos tempos, o entendimento sobre o que é política foi tomando novas configurações e hoje podemos dizer que está ligada ao poder.

Segundo Weber (1967; p.55-57) o conceito de política é amplo e abrange todas as espécies de atividades diretivas autônomas, e fala-se da política dos bancos, da política de descontos, da política do sindicato durante a greve; e também que é possível e cabível falar da política escolar; e completa que "todo homem, que se entrega à política, aspira o poder".

O autor pontua que há duas maneiras de fazer política, isto é, viver “para” a política ou viver “da” política e quem vive para a política a transforma, no sentido mais amplo do termo, porém quem vive da política vê a mesma como uma fonte de renda; e, nos dias atuais, encontramos no cenário brasileiro muitos atores que vivem para a política, superando o número dos que vivem da política.

Portanto, podemos dizer que a política são orientação ou atitudes em relação a certos assuntos de interesse da sociedade, isto é, do público e podemos encontrar: política financeira, política educacional, política social, política da agricultura, política da Aids, entre outros.

Neste contexto, entendendo a política como mero poder, e fazendo um paralelo com a área da Educação e da Saúde, poderíamos dizer que as IES exercem sobre seus alunos uma política, que vai desde a situação econômica e social, até os processos de avaliação para inclusão ou exclusão, e, muitas vezes, o docente faz o papel de quem vive para a política. Na área da Saúde, os profissionais exercem uma política sobre os pacientes que passa principalmente pelo autoritarismo, arrogância e, em especial, pelo poder e domínio sobre a vida.

Não podemos pensar na política somente como um espaço para os partidos políticos, negócios, jogos de poder escusos, pois o espaço da política não se reduz a isso, sua ação é muito mais ampla. Ela proporciona ambientes para o exercício da cidadania e espaço para argumentos, permitindo assim, encontrar na política vários espaços que podem ir à busca de caminhos e consenso de interesse da coletividade.

Para Nossella (2005), a política, quando vista da ótica dos meios, visa essencialmente o poder ou seja o domínio. Cita Bobbio, que distingue a política em três âmbitos: o poder da economia, o poder ideológico e o poder político – governo propriamente dito explica:

[o] poder político utiliza-se da força dos bens necessários à sobrevivência humana; o ideológico utiliza-se da força das idéias e dos símbolos para vencer as mentes e dobrar a vontade dos homens; o governo utiliza-se da força física e burocrática que lhe competem legítima e excludente. (2005; p. 9)

Segundo Rios (2001; p. 108), é na dimensão política, que também ocorre à participação para a construção coletiva da sociedade e ao exercício de direitos e deveres.

Neste contexto, surgem vários questionamentos: Qual é o compromisso político dos profissionais da saúde, em especial do enfermeiro? Qual é o envolvimento do enfermeiro com as políticas públicas sociais? Qual é a participação do enfermeiro nas instâncias colegiadas? São perguntas de difíceis respostas que requerem outros estudos e pesquisas.

Neste estudo, os aspectos políticos serão baseados na construção coletiva e na participação do enfermeiro nas políticas públicas de saúde.

Na última década, emergiu no Estado brasileiro uma série de políticas sociais. Com isso percebemos que a falta de experiência participativa e de direitos reconhecidos e realizados em nossa sociedade vêm provocando embates e possibilitando que a implementação dos direitos sociais constituam práticas seletivas.

No período de redemocratização e estabelecimento da nova Constituição Federal de 1988, o movimento de construção e reconhecimento dos direitos à saúde não ficou isolado dos demais movimentos sociais.

O movimento de Reforma Sanitária³¹, que aconteceu no período da abertura política, foi de vital contribuição para retomar os princípios democráticos na sociedade brasileira, indicando que indicou a reorientação para a constituição de um novo modelo de assistência à saúde³², levando o reconhecimento da saúde como direito de todos e obrigação do Estado. Este direito foi regulamentado em 1990 com as leis 8080³³ e 8142³⁴

A participação da comunidade, que a lei 8142 dispõe, deverá acontecer nas instâncias colegiadas como: conferências de saúde³⁵, conselhos de saúde³⁶.

Estas instâncias colegiadas estão sendo consideradas como um novo espaço no exercício do poder político, portanto, podemos afirmar que os

³¹ O Movimento de Reforma Sanitária atravessou os anos 70 e 80, formado por uma frente de oposição e crítica ao padrão centralizado, fragmentado e desigual de intervenção estatal no campo sanitário, que reuniu profissionais de saúde com atuação nas áreas de pesquisa, formação de recursos humanos, serviços e formulação de políticas, partidos políticos progressistas, movimentos populares pela saúde, movimento sindical, movimento municipalista. (Lucchese; 2004)

³² Assistência a saúde: conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais, individuais e coletivas, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar. (Lucchese; 2004)

³³ Lei 8080 de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação à saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

³⁴ Lei 8142 de 1990: Esta lei complementa a 8080 e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde.

³⁵ Conferências de saúde: reúnem a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo executivo ou extraordinariamente, pelo Conselho de saúde (art. 1º, § 1º da Lei nº 8142/90)

³⁶ Conselho de saúde: em caráter permanente e deliberativo, constituiu um colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários; atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder executivo constituído em cada esfera de governo (art. 1º, § 2º da Lei nº 8142/90).

canais de participação dos gestores públicos e da sociedade nas definições das políticas e da ação governamental setorial foram ampliados.

Não estaremos neste estudo dissertando sobre política nos mais diversos âmbitos, mas temos a intenção de demonstrar que o enfermeiro é um profissional da área da saúde que está envolvido diretamente com as políticas públicas. Assim, o enfermeiro não pode e nem deve ser um indivíduo alheio às questões políticas e este envolvimento deve se tornar consciente já no processo de formação. Para nós, a política objetiva a ordem: a felicidade do indivíduo, da comunidade, da cidade, do Estado, do País. O enfermeiro deve estar sempre envolvido e comprometido com o indivíduo e o meio em que vive e como vive e não somente com o tratamento da doença, afinal não somos profissionais da doença e sim da saúde. Tal consideração aparece quando recorremos aos mais diversos conceitos de saúde e permite-nos reafirmar que saúde não é a ausência da doença.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS – especificamente do Escritório Regional Europeu “a saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo”. (OMS.wikipedia.org) (acesso 15/01/2007)

Portanto, essa visão funcional da saúde interessa a todos os profissionais dessa área e em especial aos de saúde pública³⁷ e de atenção primária à saúde, pois pode ser usada de forma a melhorar a equidade dos

³⁷ Saúde Pública: existem vários conceitos para saúde pública, porém em uma síntese definimos: é a aplicação de conhecimentos (médicos ou não), com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde. É atuar em determinantes do processo saúde-doença e impedir a incidência de doença nas populações.

serviços de saúde, ou seja, prover cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo ou grupo.

O Enfermeiro, bem como os outros integrantes grupos sociais, participa da política com sua própria identidade e quando percebe que sua ação individual se identifica com a de outros se organiza em associações, partidos políticos, e assim surgem os conselheiros dos mais diversos conselhos em cada esfera de governo.

Com o objetivo de elucidar este estudo, estaremos descrevendo uma síntese da Política Públicas na área da Saúde que é o atual Sistema de Saúde brasileiro, o SUS.

De acordo com Lucchese (2004), as políticas públicas podem ser definidas como conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduz a orientação política do Estado e regula as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público.

Segundo a autora, as políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho.

A execução de uma política nacional de promoção à saúde tem como objetivo as ações que favoreçam a adoção de comportamentos menos arriscados à saúde, a diversificação e a ampliação da oferta de serviços de assistência e de prevenção.

A implantação e sustentação dessa política depende das ações que promovam a participação e o controle social, a mobilização de instâncias executoras, a mobilização da opinião pública e do público em geral, além da disponibilização de insumos.

Sabemos que o SUS é a mais ambiciosa e abrangente política pública de saúde já formulada no país e, agregado a esta, nos últimos anos foram implantados vários programas na área da Saúde, denominados por muitos de políticas públicas da área da Saúde que objetivam principalmente as ações de promoção e proteção do indivíduo e da coletividade.

Muitas destas políticas não são de conhecimento de muitos profissionais de saúde inseridos nas Instituições públicas e/ou privadas, ficando estes profissionais centrados nas ações de cunho curativo, tratando as conseqüências sem combater as causas. Podemos citar, dentre as políticas públicas: Saúde Mental; Humanização do Parto e ao Nascer; Farmacológica (medicamentos genéricos); Humanizar SUS – A Clínica Ampliada; DST/ AIDS Doenças Sexualmente Transmissível e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Hipertensão – Hipertenso e Diabético; Bolsa Família; Viva – Leite; Vigilância Nutricional; Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica; entre outras.

Atualmente, as políticas públicas de saúde brasileira orientam-se pela Constituição Federal promulgada em 1988, que estabelece os princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços de saúde e se caracteriza pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde em todo território nacional. Porém, não podemos deixar de citar que, no ano de 1990, o governo editou as chamadas NOB – Normas Operacionais Básicas –, que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da União para Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros.

A primeira NOB, em 1991, sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080, que definia o repasse direto e automático de recursos do Fundo Nacional aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, sendo que 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico-demográfico, a capacidade instalada, a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc., redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços. Assim, Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas Tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados.

Em 1993, outra NOB foi editada e buscava um caminho de transição entre o sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas Leis que regulamentaram o SUS. Esta NOB criou critérios e categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos municípios, e, segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semi-plena), haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros.

Outra NOB foi editada pelo governo em 1996. Esta Norma representou um avanço importante no modelo de gestão do SUS, especialmente no que se refere à consolidação da Municipalização, e revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores; e, mais, propôs aos municípios dois novos modelos de gestão: Gestão Plena de

Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Estes modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão. Durante a implementação desta, alguns problemas foram detectados na consolidação do SUS, como: a insuficiência de mecanismos de referência intermunicipal para a garantia de acesso a serviços assistenciais, a insuficiência de diagnósticos analíticos sobre o funcionamento dos sistemas estaduais e municipais, capazes de guiar a implantação de estratégias, cooperação técnica e decisões de investimento.

Na tentativa de resolver tais problemas, em 2002 foi editada uma nova Norma, denominada de NOAS - Normas Operacionais de Assistência a Saúde – que preconiza três estratégias integradas de ação: regionalização e organização da assistência; fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, revisão dos critérios de habilitação de Municípios e Estados.

A habilitação desta NOAS pressupõe que Estados e Municípios organizem suas estruturas de controle, regulação e avaliação para garantir o acesso de seus cidadãos a todas as ações e serviços de saúde necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando recursos disponíveis e reorganizando a assistência, buscando a melhor alternativa em termos de impacto na saúde da população.

Mediante este contexto, percebemos que boa parte da gestão do serviço de saúde está sob comando direto dos governos locais, o que torna o acesso e o envolvimento por parte dos profissionais de saúde e da sociedade mais fácil, proporcionando organização de instituições colegiadas para a participação e possível intervenção.

Muitas mobilizações e implantações vêm acontecendo no Brasil para que se possa estabelecer uma política pública em saúde que seja eficiente e eficaz. Quando se discutem mudanças e o futuro do modelo assistencial do SUS, a formação de recursos humanos é tema crucial, pois a qualidade da assistência, a integralidade da atenção e a capacidade de resolver problemas de saúde individuais e coletivos, são condicionados pela adequada formação de recursos humanos.

A formação dos profissionais de saúde para o SUS implica numa capacitação de clínica ampliada³⁸ e em incorporar novos e antigos aspectos da saúde coletiva, e, entre os novos aspectos, inclui-se ainda o estudo de políticas para redução de desigualdades social.

Em nossos estudos teóricos percebemos que a política de formação de recursos humanos para a saúde a médio prazo apresenta tendência a manter o modelo tradicional, e está apenas em parte orientada à qualificação de recursos para a conversão do modelo de assistência integral aos usuários do SUS. Algumas instituições formadoras universitárias e escolas iniciam a revisão de currículos para apoiar a decisão política de mudança do modelo de atenção à saúde.

Portanto, devemos refletir criticamente sobre os determinantes éticos, sociais, políticos e culturais que envolvem a seleção e a organização dos conteúdos no ensino na área da saúde, e aqui destacamos o da graduação

³⁸ Segundo Ministério da Saúde, Clínica Ampliada é: um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre o usuário dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá o nome de Intersetorialidade; reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por ele empregadas; buscar outros caminhos em diferentes setores; assumir um compromisso ético profundo. A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só no combate a doença, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. (BRASIL; 2004)

em Enfermagem. Não é nossa intenção ditar caminhos, mas seria interessante e importante que na formação destes profissionais fossem tratados temas que envolvam as desigualdades sociais e as políticas para combatê-las e que estas não se restringissem somente ao desenvolvimento de conhecimentos e competências para lidar com as conseqüências provocadas pela desigualdade, que na maioria das vezes resultam em doença. Para tanto, acreditamos que é necessário intensificar o processo de mudanças curriculares de maneira efetiva e não só na forma da Lei, para dar resposta e atender às necessidades de um novo modelo assistencial e de redução das desigualdades sociais. Contudo devemos buscar estratégias para formar atores políticos e técnicos sem prejuízo da competência profissional e da qualidade na assistência.

Como já citado anteriormente, visualizamos o profissional Enfermeiro como ator essencial para a atenção à saúde, seja ela individual e/ou coletiva, e, para que o Enfermeiro apresente aspectos políticos desenvolvidos, deve participar e vivenciar movimentos sociais organizados e buscar novos aprendizados também fora do espaço formal da educação de modo a construir uma percepção crítica da sua participação nas políticas públicas, em especial a da Saúde.

Neste sentido, podemos afirmar que o Enfermeiro com qualidade política³⁹, desenvolve uma compreensão crítica de contextos sócio-históricos, com percepção para as ambigüidades e a historicidade da enfermagem e das políticas de saúde no contexto social e, também, analisa as desigualdades decorrentes da produção social da saúde ou não, possuindo o entendimento

³⁹ Segundo Pires (2001) a qualidade política que o enfermeiro possui diz respeito à capacidade de intervenção crítica e criativa das pessoas em cenário sócio-histórico.

da sua autonomia e do poder conquistado pelo conhecimento e pela sua participação enquanto sujeito social.

Para finalizar, fomos buscar nos estudos de Pires (2001):

A prática social da enfermagem, capaz de alargar oportunidades e cidadania, traduz-se, sobretudo na rica potencialidade do cuidado da profissão, se for assumido e conhecido enquanto relação interativa, ambígua e reconstrutiva em prol da autonomia do outro. Propõe-se pois, ampla politização dessa prática .em diversos meios. em que ela se insere (assistência, gestão, gerência, ensino, pesquisa ou consultorias) compartilhando e reordenando poderes, desconstruídos, por meios do conhecimento inovador (...).

E no de Vergnières (1998; p. 27):

Se o Tchne assegura a subsistência dos homens, ela não os preserva da violência das espécies ... ela é, pois insuficiente para assegurar a sobrevivência da espécie humana. O que salvará os homens é o laço político.

O autor afirma que a técnica a assegura a subsistência do homem, porém, não a sobrevivência.

Assim, temos que o enfermeiro é um profissional da saúde que está envolvido diretamente com as políticas públicas no âmbito social, podendo, então ser realmente denominado de ator social.

Neste contexto, acreditamos que não é possível enaltecer e priorizar durante o processo de formação deste profissional somente o desenvolvimento das competências e habilidades técnicas e especializadas, e deixar para segundo plano os estudos e debates das políticas públicas.

Gostaríamos de destacar que população saudável é população feliz e que a felicidade engloba vários aspectos, entre eles: dignidade, trabalho, moradia, alimentação, segurança, além de saneamento do meio onde vivemos.

Rios (2001; p. 119) corrobora quando diz: “na experiência da felicidade tem-se o envolvimento pleno das capacidades do ser humano”, incluir o agradável, o interessante, o belo, o estimulante e o alegre e afirma:

Felicidade é aquele modo de estar-no-mundo que ninguém queria perder. (...) O modo feliz de ser-no-mundo corresponde a uma sentimentalidade inteligente, criadora e livre. (...) O que Aristóteles diz, na realidade é que a felicidade consiste em viver inteligentemente. (...). (MARINA, citado por RIOS, 2001; p.119)

Rios trouxe para nós um novo termo que é a Felicidadania. A autora declara que foi buscar este termo em Betinho⁴⁰ e que, em seu ver, expressa aquilo que se coloca no horizonte de uma prática profissional que se quer competente, julga o termo adequado por juntar felicidade e cidadania.

Entender de política e conhecer o seu caminho não significa ter que estar vinculado a um partido político ou ainda ser um estudioso desta ciência. Para nós enquanto cidadão consiste em exercitar a vida em sociedade, mesmo que de maneira simplificada, porém de uma forma consistente e amadurecida, e, enquanto Enfermeiro, consiste em participar ativamente dos debates sobre as implantações das políticas públicas sociais nas mais diversas instâncias e envolver-se na execução destas políticas como agente de saúde e ator social que é.

⁴⁰ José Herbert de Souza - Betinho. Sociólogo mineiro, esteve presente nas lutas sociais e políticas, defensor da democracia e da justiça social. Ficou conhecido em todo o País por criar uma campanha de mobilização nacional contra a fome. Uma de suas frases: "Gente foi feita para inventar o mundo de novo, para mudar e desmudar, carregando alegria." (Betinho)

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo tem por objetivo investigar o desenvolvimento da competência, abrangendo os aspectos ético-políticos no ensino de Enfermagem, numa abordagem qualitativa para tratamento, análise e interpretação dos dados.

Como estamos nos propondo a estudar um fenômeno ou a representação de um fato relativo ao ensino-aprendizagem na graduação de enfermagem, quase sempre é carregado de valores morais e éticos, optamos por uma pesquisa qualitativa. A este respeito, concordamos com Minayo (2000, p. 10): “(...) as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do *Significado* e da *Intencionalidade* como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais (...)”.

Segundo Leopardi (2001; p. 133), a pesquisa se torna qualitativa “quando não podemos usar instrumentos de medida precisos. Quando desejamos dados subjetivos”.

Quando utilizamos a pesquisa com abordagem qualitativa, podemos nos limitar a grupos de sujeitos que produzem o fenômeno a ser estudado. Também podemos dispensar um número elevado de respondentes, pois nosso objetivo não é contar o número de vezes que a variável aparece, mas sim sob qual qualidade as variáveis aparecem e se apresentam.

A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo investigador e com os autores envolvidos (MINAYO; 2000, p. 101).

A autora observa também que os instrumentos da pesquisa qualitativa são facilmente corrigidos e readaptados, porém não se deve ir para

atividade de campo sem se prever as formas de realizar a pesquisa, pois improvisá-lo significa correr riscos.

Buscamos desenvolver o referencial teórico que enfoca as questões econômicas, sociais, éticas e políticas e que direcionaram para o curso de enfermagem no Brasil e também autores que abordam o desenvolvimento de competência enfocando os aspectos ético-políticos do profissional de Enfermagem.

3.1 Instrumento de coleta de dados

Reconhecendo as limitações de um estudo que colhe informações de forma ampla, os dados coletados foram obtidos mediante aplicação de questionário garantindo o anonimato dos respondentes (Anexo C).

O conjunto de perguntas contidas no questionário não tem a intenção de testar a habilidade do respondente, mas de saber sua opinião, seu interesse, e como vem desenvolvendo os aspectos ético-políticos na formação do Enfermeiro.

O questionário está dividido em dois segmentos, sendo que o primeiro tem por foco a caracterização do sujeito-respondente e o segundo está voltado para o contexto específico da pesquisa – o desenvolvimento profissional.

Assim as perguntas do questionário contemplaram:

- primeiro segmento: informações básicas sobre o respondente e sua formação.
- segundo segmento: teve a intenção de abordar questões que conduzissem o respondente a refletir sobre sua ação ao descrever sua opinião, seu interesse e percepção no processo de formação profissional em relação ao desenvolvimento das competências abrangendo os aspectos ético-políticos.

Os questionários foram entregues em arquivos eletrônicos e também impressos, dando assim opção aos respondentes de remetê-los de forma manuscrita ou digitados.

De acordo com a Resolução – CNS - 196/96 do Ministério da Saúde, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPex), conforme autorização número 039/06 emitida pelo Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal, São Paulo (Anexo A).

Os questionários foram entregues aos docentes-enfermeiros no período de 04 a 19 de setembro de 2006, e o prazo dado para devolução das respostas foi até 26 de outubro do mesmo ano.

Os contatos com os participantes foram em sua maioria através dos coordenadores dos cursos; porém, tivemos o cuidado de fazer contatos prévios por correio eletrônico e telefônico, explicando e esclarecendo o objetivo da pesquisa. Somente em um dos cursos não tivemos esta oportunidade, pois não foi-nos permitido o acesso aos e-mails, nem mesmo telefone dos docentes-enfermeiros, ficando o contato unicamente via coordenadora.

3.2 Sujeitos

Foram eleitos sujeitos da pesquisa os docentes que atuam em curso de graduação em Enfermagem. Após consulta às IES chegou-se a 67 docentes enfermeiros da região leste do Estado de São Paulo. Porém, enviamos 41 questionários, pois: dezesseis sujeitos foram considerados por uma das Instituições como Enfermeiros supervisores e, de acordo com Coordenadora do respectivo curso, o contato com os mesmos era muito difícil; cinco encontravam-se em licença médica por tempo indeterminado; outros cinco decidiram responder o questionário em somente em uma IES, pois são docentes em duas das Instituições pesquisadas (UNIPINHAL e IESF).

Do universo de 41 docentes – enfermeiros, 23 deles, o que representou 56% aceitaram participar da pesquisa e receberam o questionário juntamente com o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento – retornando-os no prazo estipulado que foi até 26 de outubro de 2006.

As coordenadoras da IES pesquisadas responderam a um questionário (Anexo B) com perguntas que nos proporcionaram conhecer as IES e o curso de Enfermagem oferecidos. Duas destas coordenadoras também atuam como docentes na mesma instituição, isto é, onde coordenam, portanto também responderam ao questionário destinado aos docentes-enfermeiros.

Todos os docentes envolvidos nesta pesquisa receberam o TCLE, que informa sobre sua cooperação voluntária e sigilosa, e que os dados serão utilizados, exclusivamente, para fins da pesquisa, esclarecendo ainda que os resultados poderão ser apresentados em eventos de natureza científica e/ou publicados sem expor a identidade dos participantes e, mais, que eles teriam a

liberdade de recusarem ou participarem da pesquisa ou poderiam retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo à sua vida profissional. (Anexo D).

3.3 Campo de Pesquisa

Os quatro cursos de graduação em Enfermagem escolhidos para a realização da pesquisa estão situados no Estado de São Paulo, próximos à cidade de Campinas.

Esses cursos foram criados na última década e estão integrados às Instituições de Ensino Superior privado na região leste do Estado sendo que três delas: Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal – UNIPINHAL – Fundação de Ensino Octávio Bastos – UNIFEOB – e Instituto de Ensino São Francisco – IESF – , estão localizadas em cidades que pertencem à Diretoria Regional de Saúde de São João da Boa Vista; o quarto curso é o da Faculdade de Jaguariúna – FAJ – pertencente à Diretoria Regional de Saúde de Campinas.

Centro Universitário da Fundação de Ensino Octávio Bastos - UNIFEOB

Esta Instituição foi fundada em 1965 com a denominação de Fundação Sanjoanense de Ensino, sendo que em 1967 teve seu primeiro curso implantado o de Direito. É uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, mantenedora do Centro Universitário – UNIFEOB, que fica situado na cidade de São João da Boa Vista, a aproximadamente 195 Km da capital do Estado

de São Paulo. Hoje conta com os seguintes cursos: Administração, Ciências Biológicas, Ciências Contábeis, Ciências Sociais, Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Geografia, História, Letras, Matemática, Medicina Veterinária, Pedagogia, Química e Sistema de Informação.

O curso de Enfermagem teve início no ano de 2000 e seu funcionamento se dá em período integral e noturno; conta atualmente com 16 docentes: 07 Enfermeiros, sendo 01 doutor, 03 mestres, e 03 especialistas; os demais docentes são de áreas diversas, sendo 02 doutores, 05 mestres e 02 especialistas. No final de 2005, formou a primeira turma de profissionais Enfermeiros. A coordenadora do curso também é docente desta faculdade.

Segundo os dados que constam do site da FEOB⁴¹ (acesso: 2006):

o curso de Enfermagem está voltado para uma formação de cunho generalista, visando um profissional da saúde comprometido com a transformação da realidade social, por meio de uma ação competente tanto técnica como politicamente.

Ainda em relação ao currículo cita:

[currículo] (...) adotado para a concretização dos pressupostos do projeto pedagógico que norteia o curso, pretende subsidiar o aluno para uma leitura crítica dos problemas de saúde do país/mundo e seus impactos locais e regionais que deverão ser assumidos pelo egresso como imperativo ético para definir sua forma de inserção no mundo do trabalho. A forma de organização das experiências educativas pretende direcionar o olhar e a ação dos futuros enfermeiros para a complexidade do processo saúde-doença, em uma sociedade marcada pela perversidade da exclusão social, levando-o a refletir sobre os efeitos da globalização econômica e cultural na qualidade de vida das pessoas. Assume-se, portanto a compreensão da Enfermagem como prática social, determinada e determinante da melhoria das condições de saúde da população.

⁴¹ www.feob.br

Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal – UNIPINHAL

A UNIPINHAL, localizada no município de Espírito Santo do Pinhal, situada aproximadamente a 197 km da capital do Estado de São Paulo, foi fundada em 1965 com o nome de Fundação Pinhalense de Ensino.

Hoje é conhecida como CREUPI - Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal. É uma IES filantrópica. O curso pioneiro foi o de Direito, seguido de Engenharia Agrônoma, Administração e Medicina Veterinária, e, em 1988, o de Processamentos de Dados, transformado em Ciência da Computação em 1995, a partir de então os cursos de: Farmácia, Turismo, Educação Física, Engenharia Ambiental e de Alimentos, Fisioterapia, Letras, Publicidade - Propaganda e Enfermagem, com funcionamento nos períodos: matutino, vespertino e noturno.

O curso de Enfermagem teve início em 2002, nos períodos matutino e noturno e conta atualmente com 24 docentes: 11 Enfermeiros, sendo 01 doutor, 08 mestres, e 03 com graduados; os demais docentes são de áreas diversas, sendo 03 doutores, 09 mestres e 01 graduado. No final de 2005, formou a primeira turma de profissionais Enfermeiros. A coordenadora, com título de doutora, também é docente dessa faculdade.

Segundo os dados que constam do site da Instituição⁴² (acesso: 2006), este curso tem como objetivo:

formar enfermeiros aptos a atuar no campo da assistência, docência e pesquisa em todos os níveis de atenção à saúde. Formar profissionais que saibam prestar atenção à saúde com competência, comunicando-se adequadamente, tomando decisões racionais, exercendo liderança nas equipes de trabalho, aptos para administrar serviços de saúde e que sejam capazes de aprender continuamente.

⁴² www.unipinhal.ed.br

Ainda, segundo o mesmo, o curso visa formar o profissional com:

Conhecimento de técnicas de comunicação e relacionamento pessoal que permitam adequada relação com o paciente ou comunidade e sua atuação em equipe multiprofissional de saúde. Conhecimentos sobre políticas de saúde e abrangência das ações de saúde no enfoque de vigilância à saúde. Conhecimento do processo saúde-doença e das condições de vida e do perfil epidemiológico da população. Conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes que possibilitam o exercício profissional baseado nos princípios da Ética e da Bioética.

Este site também menciona que o currículo está organizado de forma nuclear, em complexidade crescente, não havendo em nenhuma hipótese uma separação de ciclo básico e profissionalizante.

Instituição de Ensino Superior São Francisco - IESF

Para caracterizar a Instituição de Ensino Superior São Francisco, se faz necessário citar que o Ensino Superior São Francisco teve origem na Instituição Escolar-Colégio São Francisco, que teve suas atividades iniciais na cidade de Moji Mirim em 1996, e gradativamente instalou-se na cidade de Mogi Guaçu.

A IESF recebeu autorização do MEC para o funcionamento em 2003, porém só em 2004 deu início às primeiras turmas no Ensino Superior. Estas ocorreram nos cursos de Administração de Empresa e de Enfermagem. É uma Instituição privada, situada aproximadamente a 166 km da capital do Estado de São Paulo.

O curso de Enfermagem funciona nos períodos matutino e noturno e conta com 28 docentes: 17 enfermeiros, sendo 01 doutor, 01 em conclusão de

doutorado, 06 mestres, 03 concluindo mestrado, 05 especialistas e 01 graduado; os demais docentes são de áreas diversas, sendo: 02 com pós-doutorado, 01 doutor, 02 em conclusão de doutorado, 05 mestres e 01 concluindo mestrado, além da coordenadora que é doutora e Enfermeira, porém não é docente nesta faculdade.

Faculdade de Jaguariúna - FAJ

A FAJ instalou-se na cidade de Jaguariúna que fica situada aproximadamente a 120 Km da cidade de São Paulo.

A FAJ oferece os seguintes cursos: Administração, Ciências Biológicas, Ciências Contábeis, Ciências da Computação, Direito, Enfermagem, Educação Física, Engenharia de Alimentos, Engenharia Ambiental, Engenharia de Produção, Engenharia de Controle, Engenharia de Automação, Fisioterapia, Medicina Veterinária, Nutrição, Psicologia e Turismo.

O curso de Enfermagem teve início em 2003, e foi reconhecido pelo MEC em junho de 2005, e até então teve duas turmas concluídas. O curso funciona nos períodos matutino, vespertino e noturno e conta com 33 docentes: 16 enfermeiros, sendo 01 doutor, 01 em conclusão de doutorado, 08 mestres, 04 especialistas e 02 graduados; os demais docentes são de áreas diversas, sendo: 07 doutores, 05 mestres e 05 graduados, além de 16 supervisores de estágio. A coordenadora é doutora e Enfermeira, porém não é docente nesta faculdade.

Segundo o site da FAJ ⁴³ (acesso: 2006), o curso de enfermagem:

forma um profissional generalista, humanista, de visão crítica e reflexiva, qualificado para o exercício da Enfermagem com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir em situações de saúde-doença prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Tal profissional é capacitado também a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Como já citado, as IES pesquisadas são de cunho privado, sendo que duas delas contam com mais de 40 anos de fundação e ocupam a categoria de universidade, enquanto as demais atuam há menos de 10 anos, e estão na categoria de faculdade.

Estas IES estão localizadas em um raio de pouco mais de 50 km umas das outras e percebemos que há multiplicidade de oferta em relação aos cursos como: as quatro oferecem curso em Administração e Enfermagem, três delas oferecem curso em Medicina Veterinária, Educação Física, Fisioterapia, duas delas ofertam curso de Letras, Direito, Engenharia Ambiental e de Alimentos, Ciências Biológicas e Contábeis e os demais cursos ofertados não se repetem entre elas, a exemplo: Matemática, Psicologia, Turismo, Nutrição, Pedagogia, Química e Publicidade.

Acreditamos que a expansão e a diversidade de cursos ofertados por estas IES como em muitas outras, foram impulsionados após a Constituição Federal de 1988, que reforça a oferta de escolas privadas e mantém o direito da instituição privada investir em educação, buscando assim resolver a pressão social que clamava por vagas, aliviando as universidades públicas.

⁴³ www.faj.com.br

Em relação aos objetivos do curso de Enfermagem apontados nos sites das IES envolvidas neste estudo eles estão voltados para uma formação de Enfermeiros Generalistas com visão crítica e reflexiva, pautada por princípios éticos. Buscam fortalecer o compromisso social dos alunos e o desenvolvimento técnico, ético e político, possibilitando assim a transformação da realidade social como determinante para uma vida melhor para a população. Neste contexto, pressupomos que as IES pesquisadas trilham o caminho para o desenvolvimento da Competência e dos aspectos Ético-Políticos propostos pelas Diretrizes Curriculares de 2001. Entendemos que acreditam na Enfermagem como prática social e como determinante da melhoria das condições de saúde da população.

3.4 Forma de Análise dos Dados

Para a análise ou tratamento do material seguimos as orientações de Minayo (2000) que descrevem várias técnicas que podem ser utilizadas como: Análise de Expressão, de Relações, Temática e Enunciação.

A autora descreve no capítulo que trata da Fase de Análise ou Tratamento dos Dados os três obstáculos que os pesquisadores costumam encontrar quando partem para análise dos dados.

No primeiro, cita a denominação de Bourdieu da “ilusão da Transparência”, e nos alerta que a compreensão espontânea é como se o real se mostrasse nítido ao observador. Essa ilusão é tanto mais perigosa quanto mais o pesquisador tenha a impressão de familiaridade com o objeto, observando que:

trata-se de uma luta contra a sociologia ingênua e o empirismo, que acreditam poder apreender as significações dos atores sociais mas apenas conseguem a projeção de sua própria subjetividade. (MINAYO, 2000, p. 197)

Para a autora, o segundo obstáculo leva o pesquisador a sucumbir à magia dos métodos e das técnicas, deixando no esquecimento o que é essencial e, se explica que este consiste na fidedignidade. A autora esclarece que o terceiro obstáculo comum na interpretação dos trabalhos empíricos aparece na dificuldade de se juntar teorias e conceitos abstratos nos dados obtidos, e faz referência aos trabalhos cuja elaboração teórica fica distanciada das descrições, geralmente marcadas pela “ilusão da Transparência” (p. 197).

Após estudos das propostas de cada uma das técnicas para análise de conteúdos, e compreendo os possíveis obstáculos a serem encontrados, acreditamos que a mais adequada e a escolhida por nós foi a Análise Temática.

Fazer uma Análise Temática consiste em descobrir o centro do sentido que compõe uma comunicação, na qual a freqüência tem significado para o objetivo analítico a que visamos; operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração de material e discussão dos resultados obtidos e interpretados (MINAYO, 2000; p. 208-209).

Operacionalmente seguimos as três fases preconizadas pela autora:

- Pré-análise: realizamos uma leitura prévia de todo o material coletado, porém, como recomenda a autora, mantivermos “contato exaustivo”, revisamos os objetivos iniciais de nossa pesquisa e elaboramos indicadores que orientaram a interpretação final.

- Exploração de material: esta fase consistiu na codificação, isto é, na transformação dos dados brutos visando à compreensão do texto, permitindo assim uma forma de classificação e/ou quantificação, o que transformou as variáveis em categorias teóricas ou empíricas que definiram a especificação do tema. Fizemos uma breve exploração do material antes da fase de pré-análise, porém, sem a intenção de compreender o texto e sim de o conhecer.
- Discussão dos resultados obtidos e interpretados: nessa fase, as unidades de repostas já estavam classificadas e, de certa forma, quantificadas. Assim, pudemos conhecer as mais relevantes, as que apresentaram significações da regularidade e, a partir daí, embasados no quadro teórico que elegemos para a pesquisa, interpretamos os dados.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para transformar em conhecimento os dados coletados durante a fase de levantamento dos mesmos, foi relevante a aproximação com a realidade. Para nós isso significou também investigar o contexto em que estavam inseridos os participantes desta pesquisa.

Para investigação deste contexto, pesquisamos: idade, tempo de formado, tempo de docência em IES, formação pedagógica, participação em organizações político-sociais e em eventos científicos, isto porque acreditamos que eles podem exercer influência sobre como os docentes-enfermeiros compreendem e desenvolvem suas atividades visando o desenvolvimento de competências ético-políticas dos futuros enfermeiros.

Sabemos que os dados levantados nos levam a um conhecimento superficial e aparente dos envolvidos, e que é difícil alcançar uma compreensão mais ampla dos significados, pois os dados não mostram a trajetória dos respondentes, suas histórias de vida, nem mesmo seus contextos profissionais e pessoais como um todo.

Em nossa trajetória profissional, percebemos que é incipiente a formação ético-política do Enfermeiro e o quanto isso é importante não só para o profissional, como também para o desenvolvimento da sociedade.

Primeiramente, apresentaremos os dados das IES pesquisadas, obtidos através das respostas dos coordenadores; em seguida, faremos a caracterização dos sujeitos, para depois analisarmos os resultados das respostas às questões específicas. Para que possamos garantir o sigilo dos participantes e do campo de pesquisa, estaremos utilizando a letra R para identificar o respondente, porém seguida de um número correspondente (R1, R2,..., R8) dentro da mesma IES e, na seqüência, a letra A, B, C, D para

caracterizar as Instituições. Assim o respondente R3C trata-se do docente-enfermeiro 3 da instituição referida como C.

4.1 Características das IES

De acordo com as respostas das coordenadoras, as quatro IES pesquisadas recebem alunos do ProUni - Programa Universidade para Todos, inclusive o curso de Enfermagem, que é um programa do governo federal criado em 2004 e institucionalizado em 2005. O programa tem como finalidade a concessão de bolsas de estudos integrais e parciais a estudantes de baixa renda, em cursos de graduação e seqüenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior, oferecendo, em contrapartida, isenção de alguns tributos àquelas que aderirem ao Programa.

Nas quatro IES pesquisadas, o curso de Enfermagem foi criado a partir do ano 2000, e até agora três delas já tiveram turmas concluintes, como podemos observar na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuições das IES segundo o tempo de funcionamento e dados do curso de enfermagem

	Tempo de fundação da IES em anos	Tempo da existência do Curso de Enfermagem em anos	Total de turmas concluídas	Total de alunos em curso em 2006
<i>UNIFEOB</i>	40a	6a	01	160
<i>UNIPINHAL</i>	41a	4a	01	200
<i>IESF</i>	3a	2a	0	150
FAJ	6a	3a	02	Não informou

Agosto/2006

Na Tabela 3, percebemos que na soma dos docentes das quatro IES há uma aproximação do número de docentes-enfermeiros com o de outras

áreas, isto é, do universo de 117 docentes do curso de Enfermagem, 67 (58%) são docentes-enfermeiros e 50 (42%) são docentes não enfermeiros. Ainda há algumas aproximações entre os cursos de Enfermagem destas IES: nos dois Centros Universitários (UNIFEOB e UNIPINHAL), o número de docentes não enfermeiros representa em média 57% do total de docentes envolvidos na formação do Enfermeiro, isto é, ultrapassa o número de docentes-enfermeiros.

Em relação ao número de docentes-enfermeiros por IES, percebemos uma variação que fica entre 7 professores enfermeiros a 32 professores enfermeiros. Este dado inicialmente nos intrigou, e acreditávamos que estava relacionado ao número de alunos em cada curso, porém a Tabela 1 nos mostra que os números de alunos se aproximam e a que tem menos docentes não é a que tem menos alunos em curso. Assim, atribuímos empiricamente este fato à questão do mercado de trabalho, valor pago à hora-aula e dedicação exclusiva à educação e à Instituição por parte de alguns docentes-enfermeiros.

Tabela 3. Distribuição dos docentes envolvidos na formação do enfermeiro por Instituição e formação.

IES	Doutor		Mestre		Especialista		Graduado(a)		total	
	Enfermeiro	Outras áreas	Enfermeiro	Outras áreas	Enfermeiro	Outras áreas	Enfermeiro	Outras áreas	Enfermeiro	Outras áreas
<i>IESF</i>	1	3	7	7	8	0	1	1	17	11
<i>FAJ</i>	1	7	9	5	4	0	18	5	32	17
<i>UNIFEOB</i>	1	2	3	5	3	2	0	0	7	9
<i>UNIPINHAL</i>	1	3	8	9	0	0	2	1	11	13
TOTAL	4	15	27	26	15	2	21	7	67	50
%	6	30	40,2	52	22,4	4	31,4	14	100	100

Agosto/2006

Apesar das transformações que vêm ocorrendo no trabalho em geral, na sociedade contemporânea, e os índices de desemprego elevando-se a cada dia, o mercado de trabalho do Enfermeiro vem crescendo muito e diversificando-se cada vez mais. Acreditamos que essa ampliação dos campos de atuação deve-se ao reconhecimento do profissional Enfermeiro e ao seu preparo para atuar em todos os níveis de assistência à saúde, nas mais diversas áreas, como: serviços de saúde públicos ou privados, na área hospitalar ou na área de saúde pública, em empresas, instituições de pesquisa, consultórios de enfermagem, atendimento domiciliário, consultoria, auditoria, assessoria, asilos, creches, indústrias, nas Forças Armadas, instituições de ensino na área de Enfermagem e fora dela, entre outros locais.

Outro dado interessante possível de extrair da Tabela 3 diz respeito à titulação do total de docentes responsáveis pela formação dos futuros Enfermeiros. Dos docentes não enfermeiros aproximadamente 30%, possuem título de doutores correspondendo um doutor para 3,3 não doutores. Em relação aos docentes-enfermeiros aproximadamente 6% apresentam título de doutores, correspondendo aproximadamente um doutor para cada 17 não doutores. Destes quatro doutores enfermeiros, apenas um respondeu ao questionário. Destacamos também que três respondentes mostram estarem em defesa de tese de doutorado.

Do total dos docentes-enfermeiros, 40,2% possuem título de mestre, sendo que 52% dos não enfermeiros são mestres.

Dos respondentes, no total de 23, doze (52,2%) apresentam título de mestre, sendo que, destes, oito (66,6%) concentram-se na linha hospitalar e quatro (33,4%) na saúde coletiva, e, três respondentes encontram na fase final

de defesa da dissertação, sendo que um na linha hospitalar e dois na coletiva (saúde do trabalhador).

Acreditamos que as especializações em Enfermagem vêm se ampliando dia-a-dia pela inserção do Enfermeiro no mercado de trabalho. Na nossa pesquisa constatamos que há um maior número de especialistas para a categoria dos docentes-enfermeiros, constatamos que para 4,4 docentes-enfermeiros um é especialista e uma representação de 22,4% do total dos docentes-enfermeiros. Em relação aos docentes especialistas de outras áreas, encontramos uma proporção de 1: 25, isto é, a cada 25 docentes não enfermeiros somente um possui título de especialização. Entre os vinte e três respondentes, dezenove apresentam título de especialista, o que corresponde a 82% do total de docentes-enfermeiros; porém, treze destes (o que representa a 68%) concentram-se em especialização na área hospitalar – assistência individual e prioritariamente curativa - e os demais (32%), em área de atenção à saúde da coletividade.

Em relação às especializações, Terezinha Rios assim se posiciona:

Temos que evitar a fragmentação e, portanto, não restringir a educação a um pequeno espaço do conhecimento. É claro que é preciso levar em conta a especificidade das áreas da formação profissional, mas isso não pode nos levar a um 'especialismo'. Nós seremos tanto melhores especialistas quanto tivermos consciência da inserção de nossa especialidade num contexto mais amplo. Por isso, é mais importante falar em educação *para o trabalho* do que para o 'mercado de trabalho'. Não podemos ignorar a existência desse 'mercado', mas temos que preparar indivíduos críticos que percebam as características do mercado e não simplesmente se adaptem a ele, que possam questioná-lo e transformá-lo, de maneira criativa e competente. (RIOS 2004^a, p.2)

A condição de docente nos permite avaliar que a formação do enfermeiro, que ainda sofre influência do paradigma cartesiano, permanece

voltada para a capacitação de profissionais, essencialmente, pela qualificação técnica, favorecendo a separação entre a promoção à saúde e à reabilitação do indivíduo. As instituições formadoras insistem em capacitar o profissional de enfermagem com ênfase na qualificação técnica, o que estimula a procura de pós-graduação na área hospitalar.

Quando interpretamos os dados em relação à pós-graduação, estes nos revelam que a maioria dos docentes-enfermeiros segue o que a história nos revela em relação à tendência de atuação do Enfermeiro para a área hospitalar, pendendo, assim, para a assistência especializada e individual.

É essencial que as IES, em seus cursos de Enfermagem, definam suas políticas de desenvolvimento de recursos humanos com propostas compatíveis de intervenção no que diz respeito à capacitação do docente, mas percebemos que não é essa a preocupação das IES pesquisadas.

Segundo Rios (2004): “os docentes que não tiveram formação pedagógica levam o enfrentamento de muitos problemas e que muitos acreditam que ser bom profissionalmente em sua área de atuação basta para ser bom professor”. A autora informa que não é isso que se constata, e que há necessidade da formação pedagógica.

4.2 Perfil dos Docentes-Enfermeiros

A Tabela 4 nos mostra dados em relação à idade e ao gênero dos docentes respondentes. A faixa etária dos docentes varia entre 26 e 51 anos. Em relação ao gênero, podemos verificar que há um predomínio de

profissionais do sexo feminino, aproximadamente 92% do total de docentes-enfermeiros, pois apenas 2 são do gênero masculino.

A divisão sexual do trabalho em enfermagem é observada em todos os níveis: pós-graduação, graduação, nível técnico e médio em Enfermagem. A Enfermagem é o campo profissional que espelha a feminização na área da saúde. Neste sentido, podemos afirmar que persiste ao longo da história o predomínio do sexo feminino na profissão, o que reflete sobre a docência é confirmado em nossa pesquisa.

Tabela 4. Distribuição dos docentes-enfermeiros respondentes por IES, faixa etária e sexo.

IES	26 a 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		51 a 60 anos	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
<i>UNIFEOB</i>	1	0	1	0	2	0	0	0
<i>UNIPINHAL</i>	1	0	2	1	3	0	1	0
<i>IESF</i>	1	0	3	1	3	0	0	0
<i>FAJ</i>	0	0	2	0	1	0	0	0
TOTAL	3	0	8	2	9	0	1	0

Outubro/2006

Na Tabela 5, os dados nos revelam o tempo de docência dos respondentes, variando entre seis meses a vinte e quatro anos, com uma média de dois anos e meio entre os vinte e três respondentes; para esta docência foi considerado o tempo dedicado ao Ensino Médio e ao Ensino Superior.

Na mesma Tabela constatamos que os períodos de docências no Ensino Superior são curtos, variando entre seis meses e quatro anos.

Também podemos observar que os docentes não iniciaram suas atividades na área da Educação, logo após a graduação ou pós-graduação. Na

nossa análise, este fato pode ser conseqüência da expansão dos cursos de enfermagem na região na última década, ampliando assim o mercado de trabalho na área da educação, que até então estava restrito e se concentrava nos grandes centros urbanos.

Tabela 5. Distribuição dos docentes-enfermeiros segundo tempo de formação, de docente e de atuação na IES.

IES	UNIFEOB			UNIPINHAL			IESF			FAJ		
	TF	TD	TDNI	TF	TD	TDNI	TF	TD	TDNI	TF	TD	TDNI
R1	11a	2a	2a	14a	11a	2a	10a	1a	1a	24a	5a	1a
R2	4a	2a	1,5a	29a	27a	4a	26a	21a	2a	18a	1a	1a
R3	20a	6a	4a	6a	3a	3a	24a	10a	3a	9a	2a	2a
R4	23a	20a	3a	24a	4a	4a	25a	5a	1a			
R5				27a	20a	4a	12a	6m	6m			
R6				21 ^a	10a	3a	10a	9a	6m			
R7				11a	11a	4a	4a	6m	6m			
R8				12a	12a	3a	16a	3a	3a			

Dez/2006.

Legenda: a = ano; m = mês; TF = tempo de graduação; TD= tempo de docência e TDNI= tempo de docência na instituição pesquisada.

Os dados apresentados até aqui nos mostram que as quatro IES pesquisadas se aproximam na caracterização dos docentes pesquisados, pois há uma semelhança dos dados quanto à titulação e ao número de docentes. Um dado que aparece nas respostas dos questionários, que difere dos cursos privados de nível médio em Enfermagem e da tendência atual do mercado de trabalho, é a forma de contratação dos professores enfermeiros, pois, dos respondentes, somente três (13%) apresentam contrato por tempo determinado, os demais obedecem ao determinado na CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas – o que é confirmado nas respostas dadas pelos coordenadores para os demais docentes-não respondentes.

O trabalho temporário, que consiste em contratar pessoas por tempo determinado, parece estar disseminado indiscriminadamente por todos os setores da atividade econômica. Apesar disso, estudos empíricos sobre essa questão são raros no Brasil.

Na Tabela 6, observamos que 09 respondentes, o que representa aproximadamente 39%, revelam possuir formação pedagógica e, destes, 03 também possuem título de mestre.

Nesta Tabela, há um fato que nos preocupa, embora já esperado: além do número elevado de docentes-enfermeiros sem título em pós-graduação, também evidenciamos, entre os respondentes, um alto índice de docentes-enfermeiros que mesmo apresentando algum tipo de pós-graduação, não possuem formação pedagógica. Como já descrito, dos respondentes, nove (39%) possuem algum tipo de formação pedagógica, e, destes, dois (22%) declaram ser em licenciatura.

Os cursos de formação pedagógica, voltados para área da saúde ou não, objetivam a formação do educador. No caso da Enfermagem, também propiciam ao docente-enfermeiro uma visão crítica e reflexiva sobre a enfermagem enquanto profissão, e sua importância na construção da qualidade da assistência e humanização na saúde, bem como das competências que abrangem os aspectos ético-políticos da profissão e da saúde.

Tabela 6.- Distribuição dos docentes-enfermeiros segundo cursos realizados por IES.

Sujeitos	<i>IES - A</i>				<i>IES - B</i>				<i>IES - C</i>				<i>IES - D</i>			
	Título				Título				Título				Título			
<i>R1</i>	E	---	---	F.P	E	M	---	---	---	M	---	---	---	M	---	---
<i>R2</i>	E	---	---	F.P	E	---	---	F.P	E	---	---	---	E	M	D	---
<i>R3</i>	E	---	---	F.P	---	M	---	F.P	E	M	---	---	E	M	---	---
<i>R4</i>	E	M	---	---	---	---	---	---	E	---	---	F.P	E	M	---	---
<i>R5</i>	E	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	E	M	---	F.P
<i>R6</i>	E	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	E	M	---	F.P
<i>R7</i>	E	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	M	---	---	---
<i>R8</i>	E	---	---	F.P	---	---	---	---	---	---	---	---	E	M	---	---
<i>Total</i>	8	1	0	4	2	2	0	2	3	2	0	1	6	8	1	2
<i>%</i>	100	12,5	0	50	66,6	66,6	0	66,6	75	50	0	25	75	100	12,5	25

Outubro/2006. Legenda: E = especialista; M = mestrado; D= doutorado e F.P = formação pedagógica.

O currículo de enfermagem prevê e oportuniza a iniciação científica do aluno de graduação, mesmo em períodos iniciais de sua formação, o que propicia ao aluno o contato com métodos e estratégias de investigação.

A Tabela 7 nos mostra que 19 docentes-enfermeiros, aproximadamente 82% dos respondentes estão envolvidos em pesquisa, e destes, 16 docentes-enfermeiros (84,2%) alegam envolver alunos nessa atividade.

Em relação á participação em eventos científicos, 21 docentes-enfermeiros aproximadamente 91,3% dos respondentes têm participado de eventos científicos nos últimos três anos.

Tabela 7. Distribuição dos docentes-enfermeiros segundo participação em eventos científicos, envolvido em pesquisa e se há participação de aluno nos últimos 03 anos por IES.

Sujeitos	IES - A			IES - B			IES - C			IES - D		
	E. C	P.	P. A	E. C	P.	P. A	E. C	P.	P. A	E. C	P.	P. A
R1	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
R2	S	S	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S
R3	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
R4	S	S	S				S	S	N	S	S	S
R5	N	N	N							S	S	S
R6	S	S	S							S	S	S
R7	S	N	N							S	S	S
R8	S	N	N							S	S	S
%	87,5	62,5	37,5	66,6	66,6	66,6	100	100	75	100	100	100

Outubro/2006. Legenda: E.C = Participação em evento científico; P= Participam de Pesquisa; P.A. = Pesquisa com participação de aluno

Segundo Gohn (2005; p. 254):

Nos últimos anos constitui-se um consenso entre os especialistas da área da educação de que a pesquisa é um elemento essencial na formação do docente. Esta formulação esta presente também em leis – a exemplo das Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação de professores. ... a pesquisa deve ser parte integrante do trabalho do professor na sala de aula.

A autora explica:

o método científico é o meio pelo qual se pode decifrar os fatos que não são transparentes e que científico será o pensamento que não se contenta com a forma como o acontecimento se manifesta pela situação, mas o questiona. Constrói-se a partir da pesquisa dos fatos reais, distinguindo-se o que é “essencial” do que é “acessório”.

É importante a colaboração de Aguiar (2002; p. 19-20), quando se refere à pesquisa na Enfermagem:

as competências técnico-científica, ético-política, sócio-educativa, vivenciais-afetivas e as habilidades de investigação – praticar, desenvolver e aplicar pesquisa – são construtivas do saber/fazer do enfermeiro, o que implica incorporar uma atitude política de busca, de interrogação, numa inquietação permanente.

Em nossa análise, o envolvimento dos respondentes tanto em eventos científicos como em pesquisa, é satisfatório, inclusive no que se refere a pesquisa com envolvimento dos alunos.

Os dados são significativos, pois entendemos que a pesquisa deve fazer parte do dia-a dia do docente, como um fator e meio da produção do saber e não fim, pois resultam na disseminação, aplicação, validação e incorporação das ações em Enfermagem. Porém, não temos clareza sobre as pesquisas realizadas pelos respondentes, pois o número de pesquisadores não corresponde com o universo de titulados. A exigência mínima do MEC para reconhecimento do pesquisador é possuir o título de mestre.

Para finalizar este segmento, que teve como objetivo conhecer o perfil dos docentes por instituição, na Tabela 8 podemos observar que, dos vinte e três respondentes, dois deles atuam como docentes em Educação Física e Fisioterapia e que 52% não deixaram sua atividade de Enfermeiro para dedicarem-se exclusivamente à educação-docência.

Buscamos apoio em Marx (1987; p. 412), “não só o trabalho é dividido em suas diferentes frações..., mas o próprio indivíduo é mutilado e transformado no aparelho automático de um trabalho parcial”, pois acreditamos que a divisão das atividades docente-enfermeiro pode levar à fragmentação do ato de planejar e de executar.

Na Tabela 8 podemos ainda avaliar a participação do docente-enfermeiro em instâncias colegiadas em nível de Conselho. Do universo de respondentes, apenas 03 docentes participam de instâncias colegiadas, sendo dois em CMS – Conselho Municipal de Saúde – e o outro, além do CMS,

também é conselheiro do CME- Conselho Municipal da Educação, o que representa aproximadamente 13%.

O percentual de 13% obtido na pesquisa nos fez acreditar em uma boa participação, pois aparece em uma proporção de aproximadamente 7:1, isto é, a cada sete docentes um também é conselheiro. Porém, quando verificamos a origem destes docentes conselheiros percebemos que eles estavam concentrados em uma única IES, a D. Nesta Instituição todos os docentes são titulados e realizam pesquisa.

Isso só vem afirmar nossa tese que a participação do docente e do Enfermeiro em instâncias colegiadas é insuficiente, e que não reflete a importância e a necessidade desta inserção tanto para a sociedade como para a profissão.

Tabela 8. Distribuição dos docentes-enfermeiros segundo participação em organizações políticas, atuação como docente em outra área, atuando também como enfermeiro de acordo com IES.

Sujeitos	IES - A			IES - B			IES - C			IES - D		
	A. E	D.O. C	P.O. P									
R1	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N
R2	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N
R3	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S
R4	N	N	N				N	N	N	S	N	S
R5	S	N	N							S	N	S
R6	N	N	N							S	S	N
R7	S	N	N							S	N	N
R8	S	N	N							N	N	N
%	75	0	0	0	0	0	25	0	0	62,5	25	37,5

Legenda: A.E = atua também como enfermeiro; D.O.C = docente em outro curso; P.O.P = participa de organizações política;

4.3 Unidades Temáticas (UT) e Estruturas Relevantes (ER)

Com as orientações de Minayo (2000), realizamos a discussão e interpretação das Unidades Temáticas, o que possibilitou o aprofundamento dos temas considerados relevantes e a identificação dos que apresentaram certa regularidade. A partir disto, embasados no referencial teórico que elegemos para este estudo, pudemos realizar as interpretações por Unidades Temáticas e Estruturas Relevantes, assim distribuídas:

➤ **Unidade Temática I: Profissional de Saúde**

- Estrutura Relevante 1: Profissional de Saúde Competente
- Estrutura Relevante 2: Enfermeiro competente para atuar no SUS

➤ **Unidade Temática II: Aspectos ético-políticos na formação do futuro Enfermeiro**

- Estrutura Relevante 1: Papel da Instituição e de seus pares para o desenvolvimento ético-político dos educandos.
- Estrutura Relevante 2: Desenvolver Competência que abrange os aspectos ético-políticos na formação do Enfermeiro.

➤ **Unidade Temática III: O Trabalho Docente**

- Estrutura Relevante 1: O docente-enfermeiro e o profissional Enfermeiro.
- Estrutura Relevante 2: As práticas pedagógicas contribuindo para o desenvolvimento ético-político do aluno.
- Estrutura Relevante 3: Fragilidades no desenvolvimento das competências dos futuros Enfermeiros.

Para a análise das respostas em cada estrutura selecionamos as respostas para embasar a discussão. Assim fomos em busca de levantar e analisar partes de um todo relacionadas a questão para cada Estrutura Relevante

KONDER (2000; p. 46) corrobora:

Para conhecer as totalidades em que a realidade está efetivamente articulada (em vez de procurar enquadrar nelas a realidade), o pensamento dialético é obrigado a um paciente trabalho: é obrigado a identificar, com esforço, gradualmente, as condições concretas e as medidas específicas que constituem o “tecido” de cada totalidade, que dão “vida” a cada totalidade.

Em cada ER apresentaremos algum fragmento das respostas que ilustram cada situação, que foram agrupadas por afinidade, e para facilitar a leitura e análise, acrescentamos nosso comentário na seqüência.

4.3.1 Unidade Temática I - Profissional de Saúde

Esta Unidade Temática foi criada com o objetivo de reunir as considerações relativas às Competências relacionadas com o trabalhador de saúde.

Definimos Estruturas Relevantes no estudo das competências, com o objetivo de construir na agregação e análise dos dados obtidos através das perguntas: Qual a sua concepção sobre um profissional de saúde competente? Como é para você um enfermeiro competente para atuar no atual Sistema de Saúde do Brasil -SUS?

Estrutura Relevante 1 - Profissional de Saúde Competente

Ao serem questionados sobre sua concepção no que tange ao profissional de saúde competente, os respondentes, conforme mostram os depoimentos reproduzidos parcialmente a seguir, consideram que profissional competente é, em sua essência, crítico, responsável, ético e que soluciona problemas. Consideram, ainda, ser um profissional comprometido e que ocupa seu papel social, além de ser humano ao lidar com o paciente⁴⁴, e principalmente destacam ser necessário ter uma formação generalizada; apontam também o orgulho pela profissão e a consciência da sua importância na promoção da cidadania.

As respostas dadas pelos participantes R4A, R5A, R7A, R8A e que transcrevemos abaixo nos mostram que os mesmos traduzem a competência de um profissional de saúde, como aquele que apresenta interesse em buscar novos conhecimentos para uma boa atuação prática, Estes respondentes, todos da mesma IES, apresentam título de especialista de cunho curativo e apenas um se dedica somente à educação, isto é, os demais exercem também atividade de Enfermeiro. Tal fato provavelmente influenciou suas respostas, valorizando a ação técnica; ainda pudemos observar que nenhum deles possui formação pedagógica, apesar de um também ser mestre em Saúde Pública.

R4A “Trabalhar em equipe, isto é saber trabalhar em equipe, eticamente bem formado, realizar cursos de atualização, pós-graduação”

R5A “Estar atualizado/ ser responsável”

⁴⁴ Paciente: “Indivíduo doente; indivíduo sob tratamento médico” HOUAIS e VILLAR (2004)

R7A “Aquele que tem incessante necessidade de buscar o conhecimento e consegue aplicá-lo na prática assistencial ou de ensino produzindo bons resultados, aceita críticas, acompanha evolução, e é predisposto às mudanças”

R8A “Doação; competência=qualificação=capacitação=vivência prática e não só teórica; orgulho da profissão, luta pela dignidade humana”

Os respondentes R2A, R2B ampliam um pouco mais a concepção de profissional de saúde competente. Os dois participantes revelam possuir formação pedagógica, embora um deles também mantenha seu vínculo de trabalho como Enfermeiro, mas é especialista em saúde pública.

R2A “É aquele que deve ser capaz de querer aprender continuamente. É aquele que tem liderança – que seja empreendedor – gestor da equipe de saúde”.

R2B “Aquele que tem responsabilidade, bom senso, compromisso ético e conhecimento científico adequado à função que exerce”

Rios (2004a; p.2) recorda que o profissional de saúde competente é aquele que desenvolve um trabalho competente e esclarece com a afirmação: “o trabalho competente, de boa qualidade, é um trabalho que faz bem, isso é, que fazemos bem, que faz bem para nós e para aqueles com os quais nos relacionamos”

Rios (2004a) recorda que somos incompletos e por isso a formação profissional é contínua, isto é, não termina quando recebemos o diploma.

Nas respostas dos sujeitos citados a seguir, encontramos as que demonstram uma concepção mais ampla de competência aos profissionais de

saúde e que em parte estão dentro do contexto de alguns estudiosos que auxiliaram na construção do nosso referencial teórico.

R1A “Acredito que o desenvolvimento da competência está na base do conhecimento profissional voltado para o crescimento coletivo”

R1C “Um profissional eticamente comprometido com o resgate do bem estar e das condições de vida cotidiana dos pacientes”

R4C “O profissional de saúde competente é aquele que tem conhecimento científico e técnico e ético para saber aplicá-lo com humanidade e respeito, além de ser também um indivíduo crítico que saiba complementar mudanças em seu contexto de atuação”

R5D “Atualmente é necessário que o profissional tenha uma formação polivalente, desempenhando habilidades técnicas e demonstrando competência para resolução de problemas, autonomia, iniciativa, criatividade, desenvolvimento de raciocínio lógico na construção de conhecimentos, preservação do meio ambiente e ética”

R7D “Aquele que possua conhecimento técnico/teóricos e conhecimento tácito, além de estar consciente de sua importância na promoção da cidadania e do bem coletivo através de mudanças de conceitos gerados nos alunos”

Podemos inferir por estas respostas que esses docentes estabelecem uma visão mais ampla de competência para o profissional de saúde em relação aos demais respondentes. Existe uma correlação destas respostas com a formação dos respondentes, pois todos revelam possuir formação pedagógica; um deles é mestre em educação, e três também atuam como enfermeiros. Um fato observado é a não valorização da dimensão política por esses respondentes, principalmente no que se refere à participação

em instâncias colegiadas que permita o envolvimento do profissional, podendo levá-lo às reflexões e aprimoramento em relação ao conceito de competência para a saúde. Acreditamos que este fato é o espelho da não participação nos processos de decisão e das ações que atendem a saúde, isto é, das políticas públicas sociais. Dos cinco respondentes acima identificados, somente um, o R5D participa de uma instância colegiada – Conselho Municipal de Saúde, porém isso não refletiu nas suas respostas.

Para nós o profissional de saúde competente deve estar a todo momento refletindo sobre as constantes mudanças da realidade social, pois entendemos que a ausência de participação implica em ausência de reflexão coletiva e distanciamento da realidade. O profissional de saúde deve estar atualizado com todo o processo de mudança que permeia a humanidade e se comprometer com ele de forma consciente e responsável, buscando o momento e a forma de intervir nos fatos e na realidade concreta. Se o profissional de saúde não tomar consciência dos fatos e da realidade que o cercam, não poderá participar na condução das mudanças necessárias e provavelmente, ficará relegado a ser mero espectador dos fatos.

Muitas das respostas tratadas nesta ERI espelham a definição que consta da Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Enfermagem, e em seu art. 4º, inciso I declara:

Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais

devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Estrutura Relevante 2 - Enfermeiro competente para atuar no SUS

Nesta ER encontramos respondentes que têm uma concepção tecnológica como o ideal para atuar nos SUS. Foi possível reconhecer este fato nas repostas dos sujeitos R5A, R6D. O participante R2D acredita que o Enfermeiro já é competente e atribui a falha ao Sistema de Saúde.

R5A “Ser competente tecnicamente, ter habilidade e aprimorar-se continuamente”

R6D “*Que tenha formação técnica científica-moral e religiosa*”.

R2D “ *Eu acredito que o Enfermeiro já é competente, a falha é no sistema: ausência de médicos, medicamentos, material esterilizado*”

Deste três respondentes, somente um não atua como enfermeiro e todos apresentam especialização em área hospitalar.

Durante o levantamento e análise das repostas, pudemos constatar que os respondentes registraram repostas mais claras em relação ao que compete a um enfermeiro para atuar no SUS do que em relação ao profissional de saúde competente. Podemos evidenciar esta afirmação nas resposta dos participante: R2A, R3A, R7A, R1C, R2C, R3C,R4C, R1D, R7D, R8D.

R2A “Os enfermeiros devem desenvolver suas ações de prevenção – promoção-proteção da saúde, individual e coletiva dentro dos

princípios da ética e bioética com competência – compromisso – envolvimento e responsabilidade”

R3A “Primeiro conhecê-lo e aceitá-lo. Segundo conhecer a população para a qual atua e através de educação – equipe interdisciplinar – transformá-lo e Terceiro acreditar no programa de “saúde da família” e não só no indivíduo”

R7A “É essencial que conheça as diretrizes e princípios do SUS, conheça a legislação e a história de saúde pública nacional, conheça os fatos políticos e sociais que determinaram as mudanças e que envolva sua equipe aos direitos do usuário e do controle social”

R1C “Um profissional..., que entenda a complexidade do sistema nos 3 níveis de atenção do SUS e que faça a comunicação entre os 3 setores (primário, secundário e terciário)”

R2C “Antes de tudo, envolvimento com a gestão municipal e com os conselhos de saúde e comprometido com a população pela qual é responsável, conhecendo todo o processo de gestão e financiamento do sistema e apresentando os resultados de suas ações”

R3D “Primeiramente mudar o perfil de subordinação intelectual, pessoal e profissional do enfermeiro. Politizar os enfermeiros quanto aos direitos e deveres do cidadão frente ao sistema. Saber que acima de qualquer política, o produto de nosso trabalho é o bem estar de pessoas”.

R4C “Um enfermeiro científica e eticamente competente, que saiba trabalhar com equipe multiprofissional, que tenha criatividade para propor mudanças dentro de seu espaço e empenho político para mudanças mais abrangentes”

R1D “Um enfermeiro que saiba e tenha estrutura para fazer uma integração da rede pública e hospitalar quando do cuidado prestado; consiga identificar e valorizar o seu papel na sociedade”.

R7D “Que tenha o conhecimento do Sistema e que esteja engajado na busca de uma vida melhor para a população por ele assistido”.

R8D “Que esteja comprometido com as políticas de saúde visando a melhoria da assistência prestada aos usuários”

Das dez respostas acima, sete dos respondentes provêm de especialistas, sendo: um em saúde pública, um em docência e cinco em área hospitalar. Seis deles revelam possuir formação pedagógica, sendo que dois apresentam título de mestre. Também observamos que cinco respondentes atuam como Enfermeiros em instituições hospitalares.

O respondente R8A mostrou, embora com uma redação diferente, que o Enfermeiro para atuar no SUS deve influenciar em decisões, mudar rumos e ser tolerante:

R8A “Tem que ter e saber desenvolver muita tolerância para enfrentar as situações do dia a dia, lembrando que “tolerar não significa aceitar o que se tolera”, podemos como enfermeiro mudar o rumo e influenciar em decisões das diferentes situações do dia a dia”

As mudanças ocorridas na saúde pública nos últimos anos no Brasil, obrigatoriamente forçam mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde. Assim o Enfermeiro competente para atuar no SUS, conforme o referencial teórico utilizado, é o profissional de saúde que além de possuir conhecimento técnico-científico, também apresenta interesse para as ações que reduzam a desigualdade social, devendo assim estar inserido e participando das discussões pertinentes ao atual modelo de assistência.

4.3.2 Unidade Temática II - Aspectos Ético-Políticos do Futuro Enfermeiro

A forma do professor explorar o desenvolvimento das competências que abrangem os aspectos ético-políticos está fundamentada no seu entendimento, na sua visão sobre ética, moral, política e na sua práxis. Também é influenciada pelo que já vivenciou, em seu contexto de vida, nas suas crenças e no profissional que é.

Para que pudéssemos atingir os objetivos desta pesquisa perguntamos aos sujeitos: Como se dá no curso de enfermagem desta instituição o desenvolvimento ético-político do futuro enfermeiro?

Vale ressaltar que apenas uma pergunta direta sobre as competências que abrangem os aspectos ético-políticos foi feita aos sujeitos. Nossa intenção foi a de extrair a importância atribuída aos aspectos ético-políticos nas perguntas que fizeram referência às competências.

Estrutura Relevante 1 - Papel da Instituição e de seus pares para o desenvolvimento ético-político dos educandos

Segundo Tapia (1993; p. 66) “a universidade é vista como mediadora de interesses antagônicos e, enquanto superestruturada controla pelo poder de alguns que hegemonicamente representam os interesses dominantes”, (...)

Devemos lembrar que a IES não é uma instituição isolada de todo contexto social. Assim sendo, não é possível admitir que as ações educacionais se limitem apenas ao interior da escola e da sala de aula, e com

essa idéia, talvez possamos manter e estimular a luta pela transformação social.

Constatamos, pelas respostas selecionadas abaixo, que os participantes atribuem o desenvolvimento ético-político somente ao curso e à atuação docente, não se referindo à Instituição,.

R2A “Através das disciplinas de ética e legislação - saúde coletiva – saúde do trabalhador, pois seus conteúdos incluem conhecimentos relacionados: 1) processo saúde-doença do cidadão, da família, e da comunidade 2) Aos direitos do cidadão/paciente3) gestão e autogestão”

R3A “Usa-se a lei do exercício profissional e o código de ética do profissional de enfermagem em sua amplitude, além do trabalho de resenha e posicionamento pessoal diante de textos com situações polêmicas”

R5A” Nesta disciplina não há este fórum”

R6A “No decorrer de todo o curso, através de exemplos já vivenciados e teóricos; diariamente em sala de aula e/ou estágio prático”

R8A “A formação é baseada em ciência e evidências, início com a teoria em ética profissional e discussões de temas e situações ético políticas ao longo do semestre”

R1B “A orientação é para que se incorporem conceitos éticos para uma adequada formação contribuindo para uma mudança de paradigma na profissão”

R2B “Acredito que através de todo o conteúdo passado em aula teórica e prática e pelo exemplo dado pelos docentes em aula e pelos enfermeiros em campo”

R3B “No primeiro semestre do curso o aluno já tem disciplina de história da enfermagem e ao longo dos 08 semestres de curso outras disciplinas discutem o tema, com destaque para as disciplinas de fundamentos e gerenciamento”

R3C “Através da construção deste desenvolvimento desde o primeiro ano até sua formação, com disciplinas que contextualizam esta questão”

R1D “Nas disciplinas específicas ética e políticas de saúde; e nas disciplinas gerais, conforme o conteúdo exige”

R3D “Nas disciplinas que leciono, estimo a participação, a iniciativa, a responsabilidade com visão crítica”

R4D “Sempre procurando usar conceito de “certo”, a diferença de moral e ética”

R5D “Através de um posicionamento afirmativo em relação a valores baseados nas políticas públicas e privadas relativas à saúde, dentro de uma concepção multifacetada, interdisciplinar e de visão holística do ser humano”

R8D “No dia-a-dia durante as aulas”

Pudemos evidenciar na resposta do participante R2D o envolvimento da instituição neste desenvolvimento quando escreve.

R2D “Nas relações informais e na semana de estudos com enfoque como: doação de órgãos (deste ano)”

O docente R4C faz uma revelação em relação à IES onde atua:

R4C “Felizmente esta universidade nos dá liberdade para formarmos o aluno dentro de uma concepção ética e política bem estruturada”

O R7A que está atuando há pouco tempo como docente na instituição revela :

R7A “Não tenho conhecimento de toda a proposta pedagógica da instituição devido ao curto período de tempo em que tenho colaborado com a instituição. (...). Mas percebo a preocupação da coordenação no que tange a este tema que é um dos pontos a serem avaliados pelo MEC na avaliação do curso que irá formar a primeira turma em 2007”

Neste contexto, trazemos a portaria INEP nº113, de 06 de agosto de 2004, art. 6º que afirma:

A prova do ENADE 2004, no componente específico da área de Enfermagem, avaliará se o estudante, no processo de formação agregou conhecimentos para atuar na realidade sanitária brasileira para contribuir na formação da realidade social, com competências ético-política

Estrutura Relevante 2 - Desenvolver Competência que abrange os aspectos ético-políticos na formação do Enfermeiro

Esta ER foi embasada na pergunta: A quem compete desenvolver os aspectos ético-políticos na formação do futuro Enfermeiro?

Evidenciamos que a maioria respondeu que compete a todos, porém identificaram os principais atores, que passou pela própria família, percorreu a IES, pelo aluno, chegando até às associações e COREN e locais de trabalho. Descrevemos a seguir as revelações que mais chamaram nossa atenção.

Os participantes R7A, R5D, R6D, R7D atribuíram a responsabilidade em desenvolver competências abrangendo os aspectos ético-políticos às Instituições de Ensino - através da proposta pedagógica, e do trabalho

docente. Estes respondentes revelam possuir formação pedagógica e título de mestre.

R7A “A instituição através de uma proposta pedagógica e de cada docente dentro da sua disciplina. O governo federal, por outro lado, representado pelo MEC, tem um papel imprescindível na fiscalização dos programas de formação das universidades como um órgão regulador”

R5D “1) a universidade através da gestão de projetos políticos-pedagógicos que se fundamentam na construção de políticas de transformação do modelo da atenção á saúde e da prática dos profissionais. 2) aos professores/docentes a complementação de conhecimentos teóricos –práticos, integrações das disciplinas do básico e clinico, seleção de conteúdos que propicie os processos de ensinar e aprender, tendo em vista, uma formação que possibilite a participação ativa do profissional frente as necessidades sociais e com compromisso ético, político e científico”

R6 D “O Projeto político pedagógico da universidade e docentes”

R7D “Aos Projetos Políticos Pedagógicos; aos Gestores Universitários que determinam as grades curriculares (para privilegiar disciplinas de conteúdos da Didática e do desenvolvimento de competências ético-políticas); aos diretores dos cursos de enfermagem e em grande parte aos professores que estão no “chão de fábrica” muito próximos aos alunos. Enfim, a todas as pessoas que estiverem envolvidas com a educação”

Podemos notar que os sujeitos R3C, R4C, R2D atribuíram a responsabilidade aos docentes:

R3C “Aos professores, a todo corpo docente”

R4C “A todos os professores e profissionais envolvidos em sua formação”

R2D “A todos os docentes, mas creio ficar restrito á disciplina que enfoca o conteúdo”

Os participantes R1A, R2A, R2B também delegam a responsabilidade do desenvolvimento ético-político às organizações de classe de Enfermagem:

R1A “As Instituições de ensino, Conselhos Regionais, ao próprio profissional”

R2A “Necessidade do próprio enfermeiro – professores – escolas - além das nossas associações de classe (ABEn – COREN – Sindicatos) e participação com outros profissionais em congressos”

R2B “A todos os envolvidos com a formação: desde o aluno, os professores, a faculdade, os campos de estágio e as organizações de classe da enfermagem”

O R6A também atribuiu aos pais:

R6A “Primeiramente aos pais ao longo da criação, através dos bons princípios e claro que culmina no nível superior o embasamento específico à área de atuação”

O R2C adiciona a sociedade:

R2C “a universidade tem também esta função, mas a sociedade deveria ajudar muito mais do que o faz”

Para finalizar esta UT, destacamos a declaração feita pelo respondente R7D que revela a ausência de uma proposta para o desenvolvimento desta temática no curso:

“Trabalhar competências ético-políticas que não estejam no programa da faculdade é uma condição dificultadora, pois temos que

adaptar os conteúdos 'clássicos' a uma nova forma de ver e de vivenciar o presente, ou seja, desenvolver nos alunos a consciência crítica. Quando conseguimos desenvolver essa atitude crítica, os pressupostos éticos e políticos serão conseqüências da ação desses indivíduos”

4.3.3 Unidade Temática III - o Trabalho Docente

A boa qualidade, que queremos para nossa educação, se revela no trabalho competente, que tem como eixo fundamental a dimensão ética, cujo horizonte é a afirmação do bem comum. A formação de boa qualidade será, então, aquela que cria condições para a construção cotidiana e coletiva da cidadania e da felicidade. (RIOS, 2004 a)

A autora nos auxilia na reflexão quando reporta a educação como um processo de construção para a humanidade, independente do campo no qual se dá este processo e que devemos preparar indivíduos críticos que percebam as características do mercado e possam questioná-lo e transformá-lo de forma competente. Ainda, ressalta que ao buscarmos a formação de um profissional da saúde, devemos pensar não só sobre o conhecimento técnico – conceitual e metodológico que ele deve dominar, mas sim o que ele deve conhecer em relação à sociedade em que vive e as implicações éticas do trabalho que vai desenvolver.

Esta Unidade Temática foi criada na organização dos dados relacionados diretamente ao trabalho docente, motivada pelas seguintes perguntas: O que levou a atuar como docente? Em que aspectos sua ação pedagógica na(s) disciplina(s) em que atua tem contribuído para a formação competente?

Na análise das respostas, surgiram interfaces que levaram-nos a criar as três Estruturas Relevantes.

Estrutura Relevante 1 - O docente enfermeiro e o profissional enfermeiro

O mercado de trabalho para o enfermeiro se encontra em constante crescimento. A enfermagem é uma profissão regulamentada e reconhecida por sua legislação autônoma e própria.

O Enfermeiro hoje assume cargos administrativos e organizacionais. Não há mais condições da visão tradicionalista do Enfermeiro à beira do leito, exclusivamente na assistência ao cliente nos espaços da enfermaria. Hoje ele é um profissional versátil e pronto para assumir as mais variadas funções na área de saúde.

Em nosso estudo, 52% dos respondentes, além da docência, também exercem a função de Enfermeiro em hospitais, unidades básicas de saúde e, 13% participam de organizações políticas, como Conselho de Saúde e Educação.

Ao tratar os dados desta ER percebemos que a docência na vida profissional dos respondentes surgiu de diversas maneiras.

O respondente R7D revela que além da questão financeira foi motivado a repensar a graduação em Enfermagem.

R7D “A necessidade de estar repensando a graduação em enfermagem, devido a deficiência de conteúdos didáticos durante minha graduação como enfermeiro e logicamente pela questão monetária também”

O respondente R4C revela que ao término da graduação iniciou as atividades docentes.

R4C “Desde que me formei, sempre estive envolvida com docência. A princípio em escolas de auxiliares e técnicos de enfermagem e agora com a graduação. Gosto muito do ensino. Me preparei e me preparo para melhor exercê-lo”.

Alguns participantes revelam que se iniciaram na docência em busca de aprimoramento:

R1A “Busca de aprimoramento profissional e qualificação coletiva”;

R5A “Uma forma de sempre estar estudando para passar/ ensinar melhor”

O R2B foi motivado à docência por acreditar na mudança pela educação, enquanto o R5D diz ser por aptidão.

R2B “Por acreditar que a mudança na população só se dará com a educação”

R5D “Sempre tive interesse e aptidão para desenvolver funções da área de docência. Investi na formação profissional sempre tendo como meta a carreira de docente”

Os demais respondentes revelaram motivos que foi da remuneração até contato familiar como podemos constatar nos extratos abaixo:

R2A “Desenvolvimento profissional com competência humana, contato com escola/universidade/faculdade, ensinar/ aprender e aprender a ensinar, compromisso e envolvimento com a área de enfermagem”

R4A “Sempre tive vontade de atuar como docente, mas não tinha tempo disponível, pois até então eu atuava no serviço. Agora me preparei, não atuo mais no serviço e estou me dedicando à docência”

R6A “O fato de estimular outras pessoas a desenvolver a arte de ser enfermeiro”

R7A “O desejo de ser reconhecido profissionalmente, além do desafio de contribuir para a formação profissional dos enfermeiros”

R8A “Já atuava como docente para técnico de enfermagem, surgiu a oportunidade para docentes (...) onde o hospital em que eu trabalho seria campo de estágio então me despertou interesse em dividir minhas experiências na formação de novos e futuros colegas enfermeiros”

R3B “A vontade de lecionar e melhorar remuneração”

R3D “Contato familiar (meus pais são professores), contato na graduação (voltado para pesquisa e extensão)”

R8D “Acreditar que na graduação podemos estar colaborando para a melhoria da qualidade prestada pelos enfermeiros”

Concordamos com Rios (2004a) que a área da saúde deva caminhar na direção de uma docência de melhor qualidade; constituindo um desafio que se “configura no esforço de trazer para a formação o verdadeiro sentido de saúde, que não é apenas o de construção do *bem-estar*, mas do *bem ser*, para falar à moda da política, articulada à ética” .(p.2)

Estrutura Relevante 2 - As práticas pedagógicas contribuindo para o desenvolvimento ético-político do aluno

A IES é um espaço no qual também ocorrem as lutas políticas. Assim, o trabalho pedagógico não pode estar separado da realidade sócio-econômico e cultural.

Tapia (1993; p. 69 -70) observa:

O que se tem notado é que a maior parte dos professores, devido à sua precária formação, não percebe os condicionamentos aos quais a sua prática pedagógica está sujeita e acaba se posicionando de forma alienada. O espaço da sala de aula tem se transformado, na sua maioria, num espaço do discurso vazio, e discurso alienado.

A autora faz esta afirmação e justifica que os professores Enfermeiros não receberam uma formação adequada, que possibilite desempenhar seu papel como educadores.

Concordamos com a estudiosa, pois, desde a institucionalização do ensino de Enfermagem no Brasil, percebe-se a tendência tecnicista na formação do Enfermeiro, com pouca ou nenhuma abertura para as questões pedagógicas e políticas.

Pensar, neste momento, sobre a formação pedagógica em Enfermagem é vê-la não somente como algo em si mesmo, mas sim inserida em um determinado contexto sócio-político da realidade, articulado com as práticas cotidianas de ensinar e aprender e com a organização do processo de trabalho docente.

Refletir sobre as práticas pedagógicas dos docentes de Enfermagem significa o início do desvelamento do papel de educador em Enfermagem no seu contexto histórico, político e social, pois acreditamos que a dimensão política deva estar presente no trabalho do professor, pois educar é um ato político.

Recorremos a Gramsci (1985; p. 08) para compreendemos que a prática docente pode e deve articular-se com a transformação social.

O intelectual orgânico é aquele que se compromete com a classe a que pertence ou está vinculado, é aquele que assume a tarefa de organização da cultura e mobilização da sua classe social no sentido de torná-la classe dirigente.

Alguns respondentes revelam utilizar de estratégias pedagógicas nos momentos de discussões em aulas práticas, como podemos constatar nas respostas R4A, R6A, R7A, R8A, R3B, R1C, R2C, R4C, R4D. Destacamos, que destes nove participantes, três possuem formação pedagógica, sete são especialistas e quatro também possuem mestrado.

R4A “Faço sempre um paralelo com a prática diária; tento contribuir com mudanças de comportamento nas ações desenvolvidas”.

R6A “Acho que através da relação prática que estabelece com a parte teórica, exemplificando”.

R7A “Procuro estimulá-los a buscar material adicional, estabelecer uma relação de confiança com o cliente, incentivo a busca pela autoconfiança na execução de todas as etapas do processo e questiono quanto às críticas relativas tanto à forma quanto ao conteúdo do estágio”.

R8A “Demonstro situações “reais” da vida prática da enfermeira no bloco operatório, CME e RPA associado à teoria científica; demonstro em sala de aula e campo de estágio situações críticas que envolvem a atuação do enfermeiro”

R3B “Estímulos ao desenvolvimento de raciocínio crítico; discussão de casos voltados à prática e fomento à formação de opinião” .

R1C “Fornecer embasamento teórico ao aluno e promover as interfaces da teoria com a prática assistencial”,

R2C “Discutir amplamente em sala de aula as situações que ocorrem no dia-a-dia da prática e ter a oportunidade, em alguns campos de estágio, de poder propor e executar estas mudanças”.

R4C “Os alunos conhecem o problema real tanto nas UBSs como no hospital e aplicam a teoria àquilo que estão vendo e vivendo, de maneira crítica e criativa”.

R4D “Usando os princípios científicos dentro da qualidade do atendimento de enfermagem”.

Observamos que os respondentes R1A, R2A, R1B, R5D, R7D utilizam de estratégias pedagógicas que nos mostram uma ação mais ampliada dentro da docência, podendo favorecer o desenvolvimento ético-político dos educandos. Destes participantes, três têm formação pedagógica, quatro são especialistas e três possuem título de mestre e um é doutor.

R1A “Busco apresentar uma visão real da profissão, levando o aluno a entender a sua posição e responsabilidade social”

R2A “Enfoca Leis – Direitos do paciente – código de defesa do consumidor – normas regulamentadoras – gestão e autogestão – liderança – conflitos – desafios – com seminários e discussões desenvolvendo o espírito crítico e reflexivo – competência e habilidades na saúde – na tomada”

R1B “Despertar aspectos críticos; raciocínio; cientificidade da profissão”

R5D “Procuro desenvolver no aluno a responsabilidade profissional para que possa ser o protagonista de mudanças necessárias na área de saúde. Trabalho no sentido de se fazer uma parceria nos processos de ensinar e aprender, buscando a compreensão de que um trabalhador competente é aquele capaz de mobilizar seus conhecimentos (saberes), habilidades (saber-fazer) e atitudes (saber-ser) no seu cotidiano em benefício da coletividade social em que atua”

R7D “Desenvolvimento de uma educação problematizadora seguindo o modelo Paulo Freire, partindo dos conhecimentos tácitos para o desenvolvimento de conhecimentos Universais”

Para finalizar esta ER novamente trazemos a colaboração de Rios (2004a):

Um bom trabalho educativo terá melhores resultados quanto mais levar em consideração o contexto cultural e histórico em que vivem os educandos e suas características específicas. (...). Devemos levar em conta as necessidades concretas dos alunos com quem trabalhamos para atingir de maneira mais efetiva nossos objetivos. Necessidades concretas não são necessidades imediatas, ditadas pelas contingências primeiras ou impostas pela mídia. São aquelas cujo atendimento vai ao encontro da realização do bem comum. Qualquer ensinamento tem mais ressonância se vai ao encontro do que faz sentido para os educandos. Portanto, temos que passar do estágio de entrega de informações para o da significação dos conhecimentos. (...) Na área da saúde, esse desafio se configura no esforço de trazer para a formação o verdadeiro sentido de saúde, que não é apenas o de construção do *bem-estar*, mas do *bem ser*, para falar à moda da política, articulada à ética. (p.3)

Estrutura Relevante 3 - Fragilidades no desenvolvimento das competências dos futuros enfermeiros.

Nesta ER estaremos expondo as respostas que registraram os aspectos frágeis das ações pedagógicas na formação competente do futuro Enfermeiro.

Percebemos que, dez respondentes apontam como sendo os alunos os grandes responsáveis por esta fragilidade, cinco depoentes atribuem às instituições de saúde. Dois participantes atribuíram esta fragilidade aos próprios docentes e quatro à falta de apoio da IES no que se refere à carga horária das disciplinas, material didático, e outros dois não responderam:

Respostas que indicam fragilidades atribuídas aos alunos:

R1A “A dificuldade na base do aluno priva muitas vezes a utilização de recursos didáticos como o uso da leitura extra-disciplina. Tenho que elaborar esta ferramenta melhor”

R2A “Período noturno – sendo a maioria profissionais da Enfermagem com uma ou duas jornadas de trabalho – além do cansaço, falta atenção considero o termino 23 h muito tarde”

R4A “Pessoas que têm pouco suporte para a compreensão das ações oferecidas. Por exemplo: curso fundamental e médio fraco e com pouco embasamento”

R7A “A descrença do aluno no “processo de Enfermagem ”como algo factível e aplicável na prática assistencial tem comprometido o andamento e produtividade das discussões. Sinto que muitas vezes me faltam argumentos ou estratégias”

R8A “Estimular o aluno em sala de aula, pois às vezes o cansaço é geral. Gostaria de participar da realidade dos grandes centros para discutir com os alunos as grandes diferenças SUS x Particular e convênio”

R1B “Modificar postura conhecimento de nível básico/ elementar, para uma visão científica”

R2B “Na prática, nas instituições de saúde, muitas vezes os alunos não encontram o que foi falado e colocado como adequado na teoria”

R3D “Atrapalha o fato de muitos alunos já terem formação auxiliar ou técnico em enfermagem e muitas vezes esquecem a contribuição da graduação como formadores, novidades e a ética e legalidade do Enfermeiro”

R4D “Falta de compromisso de alguns alunos”

R7D “Imaturidade política dos alunos”

Respostas que indicam fragilidades atribuídas aos serviços de saúde que oferecem campo de estágio para o aprendizado:

R3A “Os estágios são justamente direcionados para essa parcela da população que tem diferentes patologias com grau de alta complexidade e temos uma 'saúde publica' que não consegue atingi-los”

R1C “Os campos de estágio nem sempre têm no seu quadro profissionais de enfermagem com perfil que apóie essa formação”

R2C “Alguns campos não oferecem a oportunidade para os alunos colocarem em prática estas mudanças 'idealizadas' o que pode frustrá-los neste aspecto”

R3C “Confronto com a realidade de alguns campos de estágio, onde há profissionais desestimulados, sem perspectivas de melhora e crescimento profissional”

R4C “Nem sempre os espaços de aulas práticas nas UBSs e hospitais oferecem oportunidades de aprendizado igual para todos os alunos. Alguns grupos são mais beneficiados”

Respostas que indicam fragilidades atribuídas à IES:

R1D “Muito conteúdo, Recursos didáticos”

R2 D “A falta de tempo em “dedicar” atenção a um número maior de alunos”

R5D “Carga horária, particularidades relativas à clientela (alunos) e limitações do professores”

R8D “Falta de tempo hábil no programa estabelecido”

Respostas que indicam fragilidades do próprio docente:

R5A “Falta de desenvolvimento e discussões acerca de questões e competências políticas”

R3 B “Pouca experiência para atuar com este tema”

O respondente R5A não tem formação pedagógica e possui título de especialização em área técnica/hospitalar, enquanto que o R3B indica possuir formação pedagógica e ser mestre.

Para encerrar este capítulo trazemos a contribuição de Tapia (1993; p. 74):

O espaço pedagógico é também espaço político, pois aí se confrontam interesses antagônicos, interesse cujos objetivos são preservar a estrutura de dominação e os que procuram contrapor a dominação e criar condições que apontem para a transformação social.

CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS FINAIS

A realização deste estudo revelou-se gratificante durante o desenvolvimento do referencial teórico e fascinante, a partir da análise dos dados.

Ao retomarmos o caminho percorrido ao longo da pesquisa, nos arriscamos a realizar uma breve reflexão acerca do que tínhamos nos proposto a investigar.

Temos consciência de que as considerações reflexivas finais podem significar elementos que, na realidade, são representações em constantes transformações; portanto inacabadas, e que o instante em que captamos o docente é dinâmico, em constante mudança e é produto transformável e transformante da realidade social.

Expomos, a guisa de pespontar o final do estudo, questões pontuais e achados que se apresentaram durante a pesquisa e que são desveladores.

Ao discutir a Unidade Temática I: *O profissional de saúde*, identificamos que as definições apontadas pelos participantes não seguem uma linha, isto é, diversificam. Percebemos que os conceitos diferem entre as habilidades técnicas e as generalidades na formação, porém também observamos que os cursos de pós-graduação e a atividade dos respondentes influenciaram nos conceitos, isto é, os participantes com formação pedagógica e com títulos de pós-graduação voltados para a educação e saúde coletiva conseguiram expressar um conceito mais amplo do profissional de saúde, bem como do Enfermeiro competente para atuar no SUS. Podemos aqui indagar: se a formação e atuação do docente podem interferir nos conceitos, também poderá influenciar no desenvolvimento da formação?

Na Unidade Temática II: *Aspecto Ético-Político na formação do Futuro Enfermeiro*, constatamos que os participantes trazem para si todas as responsabilidades e não envolvem outros atores, nem mesmo a IES. Tal fato leva-nos a crer na insuficiência da participação da IES para o desenvolvimento destes aspectos na formação do Enfermeiro. Além disso, mesmo considerando que o campo da Educação na área da saúde está em transformação, verificamos que as IES pesquisadas têm uma posição conservadora e que a metodologia utilizada para o desenvolvimento dos aspectos ético-políticos está centrada no docente e no modelo tradicional de ensino.

Nesta Unidade foi possível constatar que os respondentes tentam da melhor maneira possível incluir em suas disciplinas teóricas ou práticas temas que podem levar ao desenvolvimento da competência que abrange os aspectos ético-políticos na formação do Enfermeiro, porém é este o único espaço revelado por eles.

Sabemos que todo processo de mudança é difícil e questionável, porém o SUS e a sociedade clamam por um profissional competente que englobe os aspectos técnico-científico e ético-político na sua formação, em contínuo aperfeiçoamento, consciente que não termina quando se recebe o diploma de graduação. Para isso as IES devem repensar e reestruturar seus Projetos Políticos Pedagógicos para garantir esta formação. Sabemos ser possível envolver nesta reconstrução alguns atores imprescindíveis (docentes, alunos, gestores de saúde e comunidade), e para isso a LDB oferece as IES as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas para nortear a elaboração destes projetos.

Na Unidade Temática III: *O Trabalho Docente*, pudemos evidenciar que mais da metade dos 23 participantes também exercem a função de Enfermeiro. Os respondentes apresentaram vários motivos que os levaram a iniciar suas atividades na docência, porém as que mais destacaram foram o gostar, a oportunidade e as questões financeiras. Também constatamos que os docentes pesquisados utilizam os mais diversos processos pedagógicos para desenvolver competência, porém, como já citado, se limitam às salas de aula e ao campo de estágio.

Em relação às fragilidades para desenvolver a competência no futuro Enfermeiro, a que mais destacou foi a falta de base (ensino médio) dos alunos, porém outros fatores apareceram como o próprio docente, a IES e o Sistema de Saúde.

Ainda com base nas respostas, identificamos alguns obstáculos que dificultam o desenvolvimento dos aspectos ético-políticos na formação do Enfermeiro, tais como:

- 1) a maioria dos respondentes valoriza a dimensão técnica e limita a dimensão ética à ética codificada da profissão e, em relação a dimensão política, uma pequena parcela faz referências às questões sociais;
- 2) o modelo de ensino em que esses docentes foram formados (tradicional e tecnicista);
- 3) o modelo de gestão e políticas das IES estudadas, isto é, conservadores;
- 4) ausência de participação política de grande parte dos docentes-enfermeiros;

- 5) ausência de participação dos docentes-enfermeiros e dos alunos nos processos de decisão e das ações que atendem à saúde e à educação, isto é, das políticas públicas sociais.

A maioria dos docentes-enfermeiros respondentes passou por processo de formação centrado em conteúdos voltados para a prática essencialmente curativa, com ênfase na superespecialização, numa perspectiva de ocupação do mercado de trabalho, levando a fragmentação do cuidado que, na maioria das vezes, vem na contra-mão dos propósitos impostos pelo Sistema de Saúde brasileiro.

Defendemos que a formação do Enfermeiro deva ser norteada por premissas que visam à globalidade na assistência e à participação nas políticas públicas. Este é um processo possível, na medida em que o aluno de enfermagem, no cotidiano acadêmico, vivencie a partir das relações que se estabelecem no processo de aprendizado, os aspectos ético-políticos que envolvem a saúde brasileira e a sociedade.

Para que possamos mudar a situação aqui diagnosticada, baseando-nos nos referenciais teóricos e nas reflexões expostas nas respostas dos participantes teremos que passar por alguns enfrentamentos, tais como: incapacidade do Estado de propor e implantar mais claramente políticas de pessoal, (estas mudanças dependem de vários atores: governo, IES, conselhos de classe, associações e do próprio docente), os interesses corporativistas, resistências e preconceitos das IES e dos próprios docentes. Nesse enfrentamento encontramos situações que se encontram em estâncias

macro e micro, isto é, as macro que estão fora de nossa governabilidade e as micro passíveis de nossa interferência, como docente.

Entendemos que nós docentes-enfermeiros e enfermeiros, devemos lutar para que a formação profissional desta categoria passe por mudanças. Porém, as mudanças não devem ficar estabelecidas apenas por órgãos governamentais, que geralmente atendem aos interesses do capitalismo, mas, devemos nos mobilizar no sentido de que as propostas venham ao encontro de melhores condições de vida para a população e, para isso, precisamos nos voltar para as ocorrências sociais da mesma e não somente para a incorporação dos avanços tecnológicos, que se voltam para o atendimento apenas de uma pequena parcela da população: a elite.

Acreditamos que a profissão de enfermagem possa sair do processo de subordinação a outros profissionais e também de alienação. Para isso devemos aproveitar os espaços democráticos já existentes, como os Conselhos Municipais de Saúde e da Educação, Conselhos e Associações de classe.

A categoria deve se posicionar para exigir que o governo estabeleça uma política educacional e se posicione frente às IES, com maior rigor, exigindo que as Instituições formadoras estabeleçam políticas de ensino que atendam as demandas sociais capazes de produzir conhecimento relevante e útil para o SUS, fortalecendo a promoção-proteção em saúde para todos.

Em relação à atuação do Enfermeiro, defendemos que uma prática social, reflexiva, que deve extrapolar o modelo biologicista, a ação técnica e o aspecto curativo. Na formação do Enfermeiro devemos aliar as competências técnico-científicas, ético-políticas aos aspectos culturais, com o objetivo de que

o futuro Enfermeiro possa interferir na desigualdade social e aos danos que esta provoca a sociedade.

Acreditamos que, com a atual política educacional para a formação de profissionais de saúde, ainda não seja possível encontrar espaços nas IES para mudar esta realidade, isto é, envolver os vários atores para garantir o desenvolvimento dos aspectos ético-políticos dos alunos e, também, mudar a realidade dos alunos que chegam aos cursos formadores. Nós, docentes-enfermeiros, paralelamente à participação e o apoio à ABEn, COREN e COFEN, SENADEn (espaços de estudos e propostas para discutir formação em Enfermagem) poderíamos em nível micro, na própria IES, e durante nossa atividade como docente, possibilitar a intersetorialidade, garantindo ao educando uma visão ampla de sua atuação e de outros determinantes enquanto ator social; a diversidade do cenário de ensino, ampliando não com laboratórios ou aulas em laboratórios, mas com modalidades de ensino-aprendizagem e com metodologias inovadoras e ativas, não restringindo nossa ação pedagógica à sala de aula e aos serviços de saúde. Devemos possibilitar que os alunos se aproximem da realidade social para conhecer a desigualdade existente que, direta ou indiretamente, influencia no processo saúde-doença.

O processo de ensino-aprendizado dos alunos de graduação em enfermagem está cada vez mais próximo à realidade da doença ligada aos avanços tecnológicos e, isso ocorre quando se opta pela inserção dos educandos apenas nas unidades de saúde, seja ela hospitalar ou não.

Também precisamos levar os educandos a refletirem sobre as causas que provocam as dificuldades da construção do SUS que desqualifica o

atendimento por ele oferecido. Atualmente, só expomos os educandos às conseqüências dessa desqualificação, tais como: elevação dos índices de doenças preveníveis, falta de insumos e equipamentos, pouca resolutividade, entre outros, pois entendemos que parte destas causas pode estar apoiada na competência e no interesse demonstrado pelo trabalhador de saúde.

Propomos, ainda, que os alunos da graduação em enfermagem participem, mesmo como meros espectadores, dos espaços democráticos como os Conselhos Municipais (Saúde, Educação, Idoso, Menor e Adolescente, entre outros) e por que não das tribunas destinadas a prestação de contas dos serviços públicos que atendem à necessidade da população?

As inovações metodológicas devem fazer parte do cotidiano do docente, e torna-se mais fácil quando os enfermeiros, que optam pela docência, buscam cursos que visam a formação pedagógica, mesmo já possuindo especialização(ões), mestrado e doutorado em áreas da Ciências Biológicas, pois o desenvolvimento profissional, isto é, a capacitação do professor deve ser um processo contínuo e jamais estático. Se as IES não proporcionam esse desenvolvimento, como constatamos nesse estudo, temos aí mais um motivo para irmos à luta com o objetivo de que ocorram mudanças no compromisso e papel das Instituições formadoras.

Acreditamos que, se nós docentes-enfermeiros, mesmo de maneira incipiente, começarmos a traçar outros caminhos para a formação do futuro enfermeiro, poderemos, mesmo que a longo prazo, provocar mudanças. Para que as mudanças ocorram, não necessariamente elas devem acontecer do nível macro para o micro. Elas podem iniciar com mudanças de posturas e propósitos profissionais dos docentes.

Não damos esse estudo por encerrado, pois, durante o percurso para a construção dessa pesquisa, várias perguntas surgiram e não foram respondidas. A que mais nos incomodou, pois não encontramos respostas nos mais diversos sistemas de informação, foi: Qual é a representação e a forma de participação do Enfermeiro e do docente-enfermeiro nas Instâncias colegiadas?

Admitimos, que ao concluir esse trabalho, obtivemos uma análise limitada, pois, reflete o conhecimento de um grupo de docentes num contexto histórico e cronológico pontual. Mas, acreditamos, que foi possível proporcionar contribuições para o conhecimento sobre o tema e, também reflexões, no sentido de ampliar a participação do enfermeiro como ator social. A Enfermagem em sua essência, a partir de sua formação profissional, tem, certamente, um papel na comunidade em que está inserida, visando à mudança de comportamento e á melhoria da qualidade de vida da população, o que para nós justifica a execução dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Geralda Gomes. **A produção científica do (a) aluno (a) de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana:** o período de 1996 a 2001.. Monografia (Progressão de Carreira). Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2003

BAGNATO, Maria Helena S. **Licenciatura em Enfermagem:** para quê? Campinas, SP. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 1994.

BAGNATO, Maria Helena Salgado. **Fazendo uma Travessia:** em pauta a formação dos profissionais da área da saúde. Campinas, SP: Alínea, 1999.

BARTOLOMEI, Silvia Ricci Tonelli. **Reflexões sobre avaliação em enfermagem:** uma prática eticamente comprometida. Campinas, SP, Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1998.

BRASIL. Departamento Nacional de Saúde Publica. **Decreto nº 16.3000/23.** Fixa o currículo mínimo, 1923.

BRASIL. **Decreto nº 27.426/49.** Fixa o currículo mínimo, 1949.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases nº 4021/61.** Fixa o currículo mínimo, 1961.

BRASIL. **Parecer Nº 271/62,** 1962.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Parecer 163/72, Resolução 04/72,** 1972.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 05 de outubro. Brasília, 1988.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei 94.406/87 - Resolução 146.** Brasília, 1987.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – LOAS: **Lei nº 8080,** de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – LOAS: **Lei nº 8142** de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. Portaria n. 1721, de 15 de dezembro de 1994. Dispõe sobre o currículo mínimo e duração do curso de enfermagem. **Parecer do Conselho Federal de Educação.** Brasília, 1994.

BRASIL. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, DF, 23 dez 1996, n. 246, p. 27833-27841. Brasília, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Básica. **Parecer nº16/99**. Brasília 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília, 7 de novembro de 2001. Seção 1,37.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria Executiva – Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. **Humaniza SUS: A Clínica Ampliada**. Brasília. 2004.

BRASIL. INEP. **Portaria nº 113, de 6 de agosto de 2004**. Publicado no D.O. de 9 de agosto de 2004, seção I. pág. 26. Brasília 2004.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarela. **As Enfermeiras, o Poder, a História: um estudo exploratório sobre mentalidades**. Campinas. Mestrado Educação. UNICAMP, 1994.

CASTANHO, Maria Eugênia M. Paradigmas de currículo diante da nova ordem mundial. In: **Seminário sobre Currículo. Série Idéias**. n.1.Campinas, SP. PUCCAMP, 1995.

CATÃO, Francisco Augusto Carmil. **A Pedagogia Ética**. Petrópolis: Vozes, 1995.

CHIRELLI, Mara Quaglio. **O Processo de Formação do Enfermeiro Crítico-Reflexivo na Visão dos Alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA – Ribeirão Preto, SP, Tese de Doutorado**. Universidade de Ribeirão Preto – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002.

CUNHA, Luiz Antonio. O Ensino Superior no Octenio FHC. **Revista Educação e Sociedade**, v.24, nº 82. Campinas, abril 2003, p.. 37-61.

DOMINGUES, José Luiz. Interesses humanos e paradigmas, In; **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, vº67, nº156. Brasília, maio/agosto 1986, p. 351- 366,.

HOUAISS, Antonio e VILLAR, Mauro de Salles. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

DEMO, Pedro. **Educar pela Pesquisa**. Campinas, SP: Autores Associados, 1996.

ESPIRIDIANO, Elizabeth. **Repensando a formação do enfermeiro**: processo de conscientização crítica e prática docente à luz do referencial ético-humanista. Tese de Doutorado. Universidade de Ribeirão Preto - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

DESAULNIERS, Julieta Beatriz Ramos. Formação, Competência e Cidadania. **Revista Educação e Sociedade**, ano XVIII, nº 60, dez./1997. p. 51- 63.

FAUSTO, Boris. **A Revolução de 1930**: historiografia e história, São Paulo, Brasiliense, 1972.

FINCK, Nely Terezinha Lubi. Construção da Competência em Educação. **Revista PEC**. Curitiba. v.2, n. 1, jul.2001/02. p. 19-23.

FIOCRUZ - ENSP/UNB. Gestão em Saúde: **Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais - Programa de educação à Distância**. Unidade II. Planejamento da Atenção a saúde. Rio de Janeiro/ Brasília, 1988. 191 p. Disponível em: <http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_glossaryList.php?> Acesso em 20/01/2006.

FONSECA, Dirce Mendes da. **O pensamento Privatista em Educação**. São Paulo: Papyrus, 1992.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e Saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**: saberes necessários a prática educativa. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra S.A, 2001.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **O Ensino de ética na Enfermagem do Brasil**. Campinas, SP, Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação. Campinas, 1992.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GERMANO, Raimunda Medeiros. O Ensino de Enfermagem em tempos de mudança. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF) jul/ago 2003. p. 365-368.

GERMANO, Raimunda Medeiros. A Ética na formação dos profissionais da saúde. IN: BAGNATO, Maria Helena Salgado; COCCO, Maria Inês Monteiro; De SORDI, Mara Regina Lemes. **Educação, Saúde e Trabalho**: antigos problemas, novos contextos outros olhares. Campinas, SP: Alínea, 1999.

GEOVANINI, Telma. et. cols. **Historia da Enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GOHN, Maria da Gloria Marcondes. A pesquisa na produção do conhecimento: questões metodológicas. **Ecoos - Revista Científica**. São Paulo, v. 07, n. 2,, jul/dez. 2005. p. 254.

GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.

GUALDA, Dulce Maria Rosa et al. As abordagens qualitativas e sua contribuição na enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v.29, n. 3, São Paulo. 1995. p. 297-309.

HEIDEGGER, Martin. **La question de la technique**. In: *Essais et conférences*. Paris: Gallimard, 1958.

KONDER, Leonardo. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Santa Maria, RS: Palloti, 2001.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Ensino de Enfermagem: retrospectiva situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.47, n.3, Brasília, jul/set.1994. p.270-277.

LUCCHESI, Patrícia. **Introdução**: Políticas Públicas em Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. 2004. Disponível: <[www. saúde. gov.,br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 20/0\2007.

LUZ, Madel Terezina. **Medicina e ordem Política brasileira**: políticas e instituições de saúde (1850-1930), Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MANFREDI, Silvia Maria. Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. **Revista Educação e Sociedade**. v.19, n. 64. Campinas, set. 1998. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0101](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101)>. Acesso em: 28 dez. 2008.

MARQUES, Mário Osório. **A formação do profissional da educação**. 3.ed. Ijuí: Unijuí, 2000.

MARTINS, Carlos B. **Ensino pago**: um retrato sem retoques. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1988.

MARX, Karl. **O Capital**. São Paulo: Abril, 1985.

MERHY, Emerson Elias. **O capitalismo e a Saúde Pública**: a emergência das práticas sanitárias de Saúde Pública. Campinas: Papirus, 1985.

MERHY, Emerson Elias. **A Saúde Pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa. SILVA, Tomaz Tadeu da. **Currículo, Cultura e Sociedade**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

NOSELLA, Paolo. Compromisso político e competência técnica: 20 anos depois. **Educação & Sociedade**. vol. 26 n° 90. Campinas. Jan/abr., 2005. p. 223-238, Jan./Abr. 2005 Disponível em: < <http://www.cedes.unicamp.br> > . Acesso em: 13/01/2007.

OLIVEIRA, Francisca Valda Silva de. **Associação Brasileira**: mudanças e continuidades – a propósito do Movimento Participativo (1979/1989). UFRN, Natal, 1990. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 1990.

OLIVEIRA, Maria Isabel. Enfermagem e estrutura social. IN: **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Fortaleza, Ceará, 5 a 11 de agosto de 1979. ABEn, 1979.

OMS. **Organização Mundial de Saúde**. <wikipedia.org> (acesso 15/01/2007).

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.

PIRES. Maria Raquel Gomes Maia. **Enfermeiro com Qualidade Formal e Política**: Em Busca de um Novo Perfil. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Política. Brasília, Universidade de Brasília, .2001.

POPIM, Regina Célia. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica**: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz. Ribeirão Preto, SP, Tese de Doutorado. Universidade Estadual de São Paulo, 2002.

PORTO, Mayla Yara. **Uma revolta popular contra a vacinação**. Cienc. Cult., Jan./Mar 2003, vol.55, nº 1, p.53-54.

RODRIGUES, Rosa Maria. **Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil**: Contexto, conteúdo e possibilidade para a formação. Campinas, SP. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 2005.

RIOS, Terezinha Azeredo. **Compreender e ensinar**: por uma docência da melhor qualidade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

RIOS, Terezinha Azeredo. **Ética e competência**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

RIOS, Terezinha Azeredo. Educar é um Processo de Construir. **Revista RET-SUS**, Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do SUS. Nov. 2004a. p. 2-4.

RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. **História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

SÁ, Antonio Lopes de. **Ética Profissional**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005..

SACRISTÁN, J. G e GOMEZ, I. P. **Compreender e transformar o ensino - o currículo**: os conteúdos do ensino ou uma análise prática? 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SANTOS, Raquel Leite Vieira Gonçalo. **Percepção de graduandos em Enfermagem sobre o Enfermeiro e seu Papel Profissional**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Educação. Campinas, PUC-Campinas, 1995.

SENADEn. Educação em Enfermagem: Discutindo as mudanças, pesquisando o novo e superando os desafios.. In: **Anais do 8º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEn**-, Vitória -ES; 2004. **Associação Brasileira de Enfermagem**, 2004.

SILVEIRA, Terezinha de Faria. **Significado e Conflitos da Docência no Ensino Superior em Enfermagem**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP., 2004.

SILVA, Francisca Valda da. Educação em Enfermagem: Discutindo as mudanças, pesquisando o novo e superando os desafios.. In: **Anais do 8º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEn-**, Vitória -ES; 31 de ago a 03 de set. 2004.

SORDI, Mara Regina Lemes De. **Repensando a Prática de Avaliação no Ensino de Enfermagem.**, Tese de Doutorado. Campinas, SP, Universidade Estadual de Campinas, 1993.

TAPIA, Carmem Elisa Villalobos. **Prática Docente Interdisciplinar: Os Desafios (in) visíveis da Mudança Curricular na Enfermagem -** Campinas, SP, Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 2000.

TÁVORA, Maria Josefa de Souza. **Projeto Político-Pedagógico no Brasil: o estado da arte.** . Tese de Doutorado. Marília, SP. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2002.

VASCONCELLOS, Maura Maria Morita. **Avaliação e Ética.** Londrina: Ed. UEL,2002.

VÁZQUEZ, Adolfo Sanches. **Ética.** 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

VERGNIÈRES, Solange. **Ética e Política em Aristóteles.** São Paulo: Paulus, 1998.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo.** São Paulo: Pioneira, 1967.

Anexo A

Certificação do Comitê de Ética

	<p>CENTRO REGIONAL UNIVERSITÁRIO DE ESPÍRITO SANTO DO PINHAL FUNDAÇÃO PINHALENSE DE ENSINO C.B.C. - 54.328.415/0001-90</p>		<p>Coordenadoria de Pesquisa Extensão - UNIPINHAL</p>
---	--	---	---

QF/ UNIPINHAL/CPE/039/2006
Espírito Santo do Pinhal, 03/08/2006.

Prezada Senhora,

O projeto "Desenvolvimento da competência ético-político no ensino superior em enfermagem: no olhar do docente enfermeiro", de sua autoria, proc. nº 02, na Coordenadoria de Pesquisa e Extensão (CPE), foi aprovado pela CPE e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Extensão e Ensino do UNIPINHAL, conforme cópia anexo.

De acordo com o Regulamento, V.Sa. deverá enviar semestralmente um relatório sobre as atividades e posteriormente, o trabalho na íntegra.

Se houver qualquer modificação no projeto, a CPE deverá ser comunicada.

Certos de que cooperamos com V.Sa., nos colocamos à disposição.

Atenciosamente,


Eng. Agr. M.Sc. Maria Helena Calafiori
Coordenadora de Pesquisa e Extensão - UNIPINHAL.

Ilma. Sra.
Sonia Aparecida dos Santos
Curso de Pós-Graduação - PUC Campinas

05

Anexo B

Questionário para os Coordenadores/Diretores do Curso de Enfermagem

Coordenador do Curso de Enfermagem da Universidade/Faculdade:

a) Caracterização da Universidade/ Faculdade

- ✓ Ano de criação da universidade: _____ anos
- ✓ Forma de gestão: privada () filantrópica () outra
()
- Qual? _____
- ✓ Período(s) de funcionamento: _____
- ✓ Número aproximado de alunos (em 2006): _____

b) Do Curso de Enfermagem

- ✓ Início do curso nesta instituição: _____
- ✓ Número de turmas concluintes: _____
- ✓ Período(s) de funcionamento: _____
- ✓ Número de docentes: _____
- ✓ Número de docentes enfermeiros(as): _____
- ✓ Tipo de contrato: _____

- ✓ Formação do corpo docente: (indicar no quadro abaixo)

Docente	Graduado	Mestrado	Doutorado
Enfermeiro(a)			
Não Enfermeiro(a)			

Anexo C

Questionário para os Docentes

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade/Faculdade:

A) Dados de caracterização do respondente

✓ Idade: _____ Sexo: _____

✓ Graduado(a) pela _____ Término em: _____

✓ Tempo de Trabalho como docente _____

✓ Nesta instituição é docente há _____ anos, e atualmente possui carga horária semanal de _____ horas/aula.

✓ Quais disciplinas teóricas e/ou estágio leciona nesta instituição?

✓ Especificar a sua forma de contrato nesta instituição:

✓ () CLT () contrato temporário () prestação de serviço

✓ () outro. Qual? _____

✓ Atua como enfermeiro(a) atualmente? () sim () não

✓ Curso(s) e pós-graduação realizado(s):

a) Formação pedagógica () sim () não ()
cursando

b) Especialização () sim () não ()
) cursando

Área: _____

—
c) Mestrado () sim () não ()
cursando

Área: _____

—
d) Doutorado () sim () não ()
cursando

Área: _____

e) Outros: _____

✓ Tem participado em congressos e/ou eventos científicos nos últimos 03 anos: () sim () não.

✓ Tem realizado trabalho com pesquisa científica no Ensino Superior nos últimos 03 anos? () sim () não.

✓ Se realizou, teve envolvimento de alunos? () sim () não.

✓ Você atua como docente em outras áreas que não seja a enfermagem?

_____. Qual? _____

✓ Participa de alguma organização política como:

- () Conselho gestor da instituição () Conselho da Educação
() Conselho Municipal de Saúde () Conselho gestor de Saúde
() _____ outros
-

B) O Contexto Escolar e o desenvolvimento ético-político

1. O que o levou a atuar como docente?
2. Qual a sua concepção sobre um profissional de saúde competente?
3. Como se dá no curso de enfermagem desta instituição o desenvolvimento ético-político do futuro enfermeiro?
 - 3.1. Você acha adequado? Se respondeu não, como este deveria ser ?
4. Em que aspectos sua ação pedagógica na(s) disciplina(s) em que atua tem contribuído para uma formação competente?
 - Aspectos fortes:
 - Aspectos frágeis.
5. Como é para você um enfermeiro competente para atuar no atual Sistema de Saúde do Brasil -SUS?
6. A quem compete desenvolver os aspectos ético-político na formação do futuro enfermeiro?
7. Comentário livre:

Anexo D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Esta pesquisa está inserida na linha de pesquisa: Universidade, Docência e Formação de professores. Nosso objetivo é conhecer como vem acontecendo o desenvolvimento dos valores ético-políticos no curso de graduação em enfermagem.

Vale ressaltar que sua cooperação é voluntária e sigilosa, sendo que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins da pesquisa. Os resultados poderão ser apresentados em eventos de natureza científica e/ou publicados, sem expor a identidade dos participantes.

Salientamos que você:

- Tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo à sua vida profissional;
- Terá sua identidade mantida em sigilo;
- Não terá ônus financeiro ou profissional;
- Não receberá benefício financeiro ou profissional.

Agradecemos a colaboração e nos colocamos à disposição para esclarecer qualquer dúvida. Dúvidas em relação aos aspectos éticos da pesquisa contate a secretaria de pós-graduação em educação da PUC-Campinas pelo e-mail: pos.educ@puc-campinas.edu.br ou pelo telefone (19) 3735-5841. Caso deseje que seus dados sejam retirados da pesquisa contate-nos pelo e-mail: soniaasantoss@terra.com.br.

Eu _____

, brasileiro (a), portador do documento de identidade _____, SSP- _____, residente à Rua (Av). _____, nº _____,

Bairro _____, na cidade de _____, declaro ter sido

suficientemente informado a respeito dos objetivos e procedimentos da

pesquisa **Desenvolvimento da competência ético-política no Ensino**

Superior em enfermagem: olhar do docente enfermeiro, de responsabilidade

da Profa pesquisadora Sonia Aparecida dos Santos, sob orientação da Dra

Profa. Elizabeth Adorno de Araújo.

Estou ciente das garantias de confidencialidade e de esclarecimentos

permanentes. Minha participação é isenta de despesas. Concordo

voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu

consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem

penalidades, prejuízos ou perdas de qualquer benefício que eu possa ter

adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____ Assinatura Data / /