

**VALDINÉA LUIZ HERTEL**

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ESCOLA DE  
ENFERMAGEM WENCESLAU BRAZ: O ENSINO DO  
CUIDAR EM CURSO DE GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM**

**PUC – CAMPINAS**

**2003**

**VALDINÉA LUIZ HERTEL**

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ESCOLA DE  
ENFERMAGEM WENCESLAU BRAZ: O ENSINO DO  
CUIDAR EM CURSO DE GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação na área de Ensino Superior da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Regina Lemes De Sordi.

**PUC – CAMPINAS**

**2003**

## FICHA CATALOGRÁFICA

H\_\_\_\_\_

Hertel, Valdinéa Luiz.

Formação Profissional na Escola de Enfermagem Wenceslau Braz:

O ensino do cuidar em curso de Graduação em Enfermagem/  
Valdinéa Luiz Hertel – Campinas, SP :[s.n.], 2003.

91 p.

Orientadora: Mara Regina Lemes De Sordi.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de  
Campinas, Faculdade de Educação.

1. Formação Profissional. 2. Ensino do Cuidar. 3. Cuidar em  
Enfermagem. I. De Sordi, Mara Regina Lemes. II. Pontifícia  
Universidade Católica de Campinas. Faculdade de Educação.  
III. Título.

Este exemplar corresponde à redação final de Dissertação de Mestrado defendida por **Valdinéa Luiz Hertel** e aprovada pela Banca Examinadora.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof(a). Dr(a). Mara Regina Lemes De Sordi

---

Prof(a). Dr(a). Ligia Maria Thomaisino

---

Prof(a). Dr(a). Maria Eugênia de Lima e Montes Castanho

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela sua infinita bondade, por ter estado comigo durante esta caminhada fortalecendo-me e guiando-me.

À minha mãe Carmen Maria Luiz, pelo inestimável apoio e ao meu pai José Luiz (In Memoriam) que durante sua vida sempre me incentivou a alcançar meus objetivos.

À minha irmã Lídia Luiz, pela ajuda indispensável à manutenção do mestrado durante os primeiros semestres.

Ao meu marido Rerisan Dias Hertel, pela disponibilidade em me ajudar pela paciência e por ter participado da minha realização.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Regina Lemes De Sordi, pela tolerância, paciência, pelo vasto conhecimento e competência com que acompanhou a elaboração deste trabalho.

Aos docentes da Pós-graduação da PUCCAMP, pela amizade, pelo sólido suporte técnico dado ao meu trabalho.

Às Professoras Doutoras Maria Eugênia L. M. Castanho e Lígia M. T. Magalhães, pelos comentários e sugestões tão sabiamente apresentadas para a conclusão do meu trabalho.

À Diretoria da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz pelo estímulo sempre renovador do meu entusiasmo profissional.

Ao Professor Doutor José Vitor da Silva, pelo apoio, amizade e confiança depositada no meu trabalho.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, sujeitos da minha pesquisa, pela alegria e disponibilidade com que aceitaram ser colaboradores neste trabalho.

À minha colega Waldere F. P. Ribeiro pelo  
encorajamento, por ter me incentivado a  
ingressar no curso de mestrado.

À querida amiga e enfermeira Andréia  
Camarina, pela gentil acolhida em sua casa  
durante minhas vindas a Campinas.

À colega Terezinha, pela amizade, apoio e  
pela companhia nas viagens.

À colega Inácia, pelo incentivo, apoio e  
contribuição com várias idéias.

Às amigas Márcia Machulis, Núria e Luciene  
Scarlet, pela amizade que cresceu durante  
os anos do mestrado, por terem sempre  
estado disponíveis para dialogar comigo.

Às bibliotecárias do Pós-graduação da  
PUCCAMP e da Escola de Enfermagem  
Wenceslau Braz pelos serviços prestados  
com solicitude.

Aos professores Paulo Nogueira e Rosa  
Maria Campos Gonçalves, pela  
disponibilidade e colaboração na revisão da  
linguagem do texto.

À Mariangela Dieb Farah pela  
disponibilidade e sugestões tão bem vindas  
para o aprimoramento deste trabalho.

*"Desejo primeiro que você ame,  
E que amando, também seja amado.  
E que se não for, seja breve em esquecer.  
E que esquecendo, não guarde mágoa.  
Desejo, pois, que não seja assim,  
Mas se for, saiba ser sem desesperar.*

*Desejo também que tenha amigos,  
Que mesmo maus e inseqüentes,  
Sejam corajosos e fiéis,  
E que pelo menos num deles  
Você possa confiar sem duvidar.  
E porque a vida é assim,  
Desejo ainda que você tenha inimigos.  
Nem muitos, nem poucos,  
Mas na medida exata para que, algumas vezes,  
Você se interpele a respeito  
De suas próprias certezas.  
E que entre eles, haja pelo menos um que seja justo,  
Para que você não se sinta demasiado seguro.*

*Desejo ainda que você seja tolerante,  
Não com os que erram pouco, porque isso é fácil,  
Mas com os que erram muito e irremediavelmente,  
E que fazendo bom uso dessa tolerância,  
Você sirva de exemplo aos outros.*

*Desejo que você, sendo jovem,  
Não amadureça depressa demais,  
E que sendo maduro, não insista em rejuvenescer  
E que sendo velho, não se dedique ao desespero.  
Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e  
É preciso deixar que eles escorram por entre nós.*

*Desejo por fim que você sendo homem,  
Tenha uma boa mulher,  
E que sendo mulher,  
Tenha um bom homem  
E que se amem hoje, amanhã e nos dias seguintes,  
E quando estiverem exaustos e sorridentes,  
Ainda haja amor para recomeçar.  
E se tudo isso acontecer,  
Não tenho mais nada a lhe desejar ".*

Trechos da poesia Desejo – Vitor Hugo

## RESUMO

---

HERTEL, Valdinéa Luiz. Formação Profissional na Escola de Enfermagem Wenceslau Braz: o ensino do cuidar em um curso de graduação em Enfermagem. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação, PUC-Campinas, 2003, 92 p. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Regina Lemes De Sordi.

---

Este trabalho está inserido na Linha de Pesquisa “Avaliação Institucional”. Teve como objetivos conhecer as concepções de cuidar em Enfermagem, identificar as estratégias utilizadas para o ensino do cuidar, refletir sobre a responsabilidade da disciplina Noções Fundamentais de Semiologia na construção do cuidar em Enfermagem e, também, compreender a lógica utilizada na escolha de recursos metodológicos para o processo do ensino do cuidar. Os sujeitos da pesquisa foram quinze docentes com formação acadêmica e profissional em Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz. Optamos por privilegiar a investigação, tendo como suporte teórico-metodológico a abordagem qualitativa, na qual delimitamos os dados obtidos em três categorias construídas *a priori* para elaboração da análise: “Concepções de Cuidar em Enfermagem, Princípios Pedagógicos no Ensino do Cuidar e o Papel das Disciplinas na Formação Profissional”. Constatamos que quanto à concepção de cuidar em Enfermagem, os docentes encontram-se divididos entre a visão tecnicista, humanista e a de transição. Os que defendem a concepção humanística continuam valorizando a racionalidade técnica. Chegamos à conclusão de que precisamos resgatar na Enfermagem uma educação centrada na humanização do cuidado, através da reorganização do trabalho pedagógico.

Palavras-chave: Formação Profissional, Ensino do cuidar, Cuidar em Enfermagem.

## ABSTRACT

---

HERTEL, Valdinéa Luiz. Academic Education at Wenceslau Braz Nursing School: taking care teaching in graduation course nursing. Masser degree dissertation, PUC college Education, Campinas, 2003, 92 p. Doctor Mara Regina Lemes De Sordi – Counselor.

---

The present work is in the research line “Institutional Avaliation”. Its purpose is to know taking care conceptions in Nursing, identify used strategies to the teaching of taking care, reflect on the responsibility of the discipline: Fundamental Semiology Notions in the construction of taking care in Nursing as weel to understanding the logical applied to Methodological resorts choice to the process of taking care teaching. The researched people were 15 academic teaching staff and professionals in Nursing at Wenceslau Braz Nursing School. We chose to congratulate the investigation, having as a theoretical – methodological support the quality approach in which one it was pointed the obtained data in mainly three categories to the elaborating analyses: Taking care conceptions in Nursing, Pedagogical principles of taking care teaching, The objective of the disciplines in professional Education. The results concerning to the teaching staff are divided among technical, humanist and changing views. The ones who defende humanistic conception keep valueing the the technical racionality. We got to the conclusion that we need to rescue in the Nursing School the Care Education centered in the human approach through the reorganization of the Pedagogical work.

Key words: Professional Education, Taking Care teaching, Take care in nursing.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>01</b>
<b>CAPÍTULO I</b> AS BASES DO ENSINO DE ENFERMAGEM E OS DESAFIOS DIANTE DA LDB E AS DIRETRIZES CURRICULARES	<b>06</b>
<b>CAPÍTULO II</b> ENSINANDO O CUIDAR EM ENFERMAGEM: uma reflexão sobre a Co-responsabilidade	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO III</b> DECISÕES METODOLÓGICAS	<b>37</b>
3.1 Técnicas de Abordagem	38
3.2 Sujeitos	39
3.3 O Cenário	40
3.3.1 Histórico	40
3.3.2 Áreas de Atuação e Inserção Regional	41
3.3.3 Diretrizes Pedagógicas	41
3.3.4 Dos Objetivos	42
3.3.5 Corpo Docente	42
3.3.6 Perfil do Profissional	43
3.3.7 O Curso	44
3.3.8 Infra Estrutura Física e Acadêmica	44
3.3.9 Seleção de conteúdos	45
3.4 Alvo da Pesquisa	46
3.5 Coleta de Dados	48
<b>CAPÍTULO IV</b> O QUE OS DADOS REVELAM	<b>49</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>86</b>
Anexo 1 – Roteiro Para Entrevista Semi-Estruturada	86
Anexo 2 – RESOLUÇÃO CNE/CES N° 3	87

## INTRODUÇÃO

Estamos vivendo na atualidade momentos de profundas transformações, gerando muitas incertezas quanto ao futuro. Essas transformações têm ocorrido em vários níveis, entre os quais político, sócio-econômico, cultural e educacional. Os conhecimentos vêm aumentando em uma velocidade espantosa. Informatização crescente, avanço tecnológico, globalização.

Essas mudanças crescentes vêm trazendo novas exigências ao sistema educacional, que conseqüentemente busca um novo perfil profissional mais “competitivo” e competente para dar conta de atender ao mundo do trabalho. Na Enfermagem o discurso tem sido o mesmo.

Dadas as exigências do mundo do trabalho, o indivíduo, para atender às demandas e competir com os novos desafios da sociedade contemporânea e garantir sua empregabilidade, deve entre outras qualidades ser capaz de desenvolver a habilidade de aprender e recriar permanentemente, ter qualificação intelectual de natureza ampla e abstrata, para constituir uma aquisição contínua e uma formação continuada. Para que isto ocorra existe a necessidade de mudar para competir. (ForGRAD, 1999, p.10).

No que se refere à Enfermagem, vivemos momentos de currículo novo, em tempo de diretrizes curriculares, em tempo de “provão”, de competências e habilidades, em tempo de formar hoje um profissional enfermeiro generalista, humanista, crítico, reflexivo, com compromisso ético e que atenda às necessidades da maioria da população. Em tempo de formar um profissional diferenciado daquele de visão tecnicista e estreita.

---

Torna-se um desafio trabalhar na formação de profissionais da área da saúde, porque o formador necessariamente não mudou: ele é fruto do sistema tecnicista; agora diante dos fatos tem que rever seus conceitos para mudar esse processo, e isto implica um enfrentamento e superação por parte dos educadores para responderem aos novos desafios e requisitos exigidos destes profissionais.

Como docente no ensino superior em Enfermagem há mais de uma década, lecionando na disciplina de *Materno – Infantil*, venho já há algum tempo refletindo sobre minha prática profissional. E uma das minhas inquietações é que freqüentemente tenho observado nas Escolas de Enfermagem a insatisfação com o “jeito” com que os alunos chegam às disciplinas e das disciplinas fundamentais que embasam o cuidar do paciente. Os docentes queixam-se de que eles não sabem abordar o paciente, não têm domínio de determinadas técnicas, são inseguros, não conseguem associar a teoria com a prática, estão defasados, que deveriam estar bem mais preparados para prosseguirem o curso.

Em contrapartida os alunos também se mostram bastante insatisfeitos, de um modo geral, com o ensino que lhes é ministrado. Queixam-se do pouco tempo de aulas práticas, do excesso de conteúdo teórico, da distância que existe entre o que lhes é ensinado e a realidade.

Do ponto de vista da formação do enfermeiro, entendo o currículo como conjunto de experiências de responsabilidade coletiva, apenas distribuídos em disciplinas e ou unidades temáticas; mas na realidade tudo isto compõe o enfermeiro, e isto não se esgota em apenas uma disciplina ou apenas por meio de junção/justaposição de conteúdos.

Se o aluno chega ao terceiro ano de graduação despreparado para seguir as demais disciplinas, pergunto-me: por que tal fato acontece?

Será que a compreensão do cuidado pertence a todos, ou do ponto de vista do discurso as pessoas se identificam com o problema, mas na operacionalização, de novo volta a visão fragmentada?

Este problema vem ocorrendo em várias escolas; as disciplinas são trabalhadas de forma isolada, embora exista um discurso de integração que na prática não acontece. E o futuro profissional da saúde, em decorrência deste processo, não consegue ter uma visão holística do cuidar em enfermagem.

Antes de ingressar no mestrado em educação, eu tinha uma visão limitada e reducionista do que é currículo. Ouvia sempre sobre currículo, mas ao meu ver currículo era grade curricular, plano de ensino, conteúdos programáticos e nada mais. Após termos freqüentado a disciplina *Teoria do Currículo*, compreendemos a dimensão do conceito:

*“... é um processo de construção social que se elabora no cotidiano das nossas relações. É uma função social, refletida na relação escola–sociedade, um projeto, um plano que se desenvolve para a escola... é o espaço de articulação entre teoria e prática e, conseqüentemente, objeto de estudo e investigação constantes”.* (BATISTA, 2000, p. 10).

Podemos considerar que aquilo que o aluno/professor faz além do que foi oficialmente planejado também é currículo.

Nesse contexto merece destaque o professor universitário como um “se” importantíssimo nesse cenário de rápidas transformações; cabe-lhe, entre outras atribuições, mediar o processo de ensino e produção do conhecimento.

Pretendemos entender como é que se pensa o cuidado em Enfermagem e como se organizam as experiências de ensino, especialmente entre as disciplinas fundamentais, no caso *Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem II*.

Escolhemos esta disciplina, não julgando que as demais não tenham relevância na formação do enfermeiro, mas porque ela “busca a integração do aluno com o indivíduo, família e comunidade. Ela ensina os procedimentos básicos que nortearão o cuidar em todo o seu aspecto; dá subsídios para que o aluno se instrumentalize para aplicar a assistência sistematizada de enfermagem”. Por estas razões esta disciplina possui uma carga horária bem extensa para dar conta de preparar o aluno para tal. (EEWB, Plano de Ensino: 2003).

Julgamos necessário entender, dos professores que ministram esta disciplina, quais são as responsabilidades que eles assumem para preparar o futuro profissional aos princípios do cuidar. O que norteia as suas escolhas? Como avaliam a eficácia do seu trabalho à luz do Projeto Político-Pedagógico da Instituição, à luz do entendimento do que é cuidar em Enfermagem? À luz das mudanças curriculares? Mudou a sua abordagem quanto ao cuidar, aos conteúdos, às práticas?

Constataremos estas questões com os outros professores que na seqüência recebem estes alunos. Que lógica eles têm do cuidado e que expectativas em relação à formação? Que competências e habilidades julgam necessário que o aluno já tenha para poder desenvolver-se em suas disciplinas?

Se estamos vivendo um momento de mudanças, percebemos que as transformações devam ser espelhadas nas decisões pedagógicas tomadas visando produzir efeitos educativos para além do discurso de transformação.

Isto já acontecia quando, ainda estudante no curso de graduação, ouvia os professores dizerem que deveríamos ter domínio disto ou aquilo; já havia este problema. O tempo passou, tudo mudou e o discurso de insatisfação continua. A que se deve tal inconsistência?

Quando me tornei professora do ensino superior na mesma Escola em que me graduei, percebi que as queixas se reproduzem igualmente como nos anos anteriores. Passei a ter o mesmo discurso, ficava também indignada ao constatar que os alunos chegavam fragmentados, despreparados para darem conta das exigências que minha disciplina requeria.

Mas agora, à luz dos conhecimentos adquiridos no mestrado, vejo as coisas de outro prisma, com outros “olhares”. Percebo o quanto via de forma reducionista, pois compreendo que a formação do aluno não se dá em alguns anos do Curso e não é responsabilidade de apenas algumas disciplinas; mas a formação do aluno é uma responsabilidade coletiva e ocorre de forma processual e contínua.

Nessa perspectiva, surgiram as seguintes questões norteadoras:

- Qual a participação da disciplina *Noções Fundamentais de Semiologia* no processo de cuidar em Enfermagem?
- Quais os princípios que os professores assumem ao formar o profissional com base no cuidar em Enfermagem, à luz do Projeto Político-Pedagógico e das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem?
- O que se espera de um aluno que passou pelas disciplinas fundamentais?
- Que competências e habilidades os professores que recebem os alunos das disciplinas fundamentais julgam que eles devam ter?

---

Assim, são os objetivos deste estudo:

1. Conhecer as concepções do cuidar em Enfermagem.
2. Identificar as experiências ou estratégias utilizadas para o ensino do cuidar em Enfermagem.
3. Refletir sobre a responsabilidade da disciplina *Noções Fundamentais de Semiologia* na construção do cuidar em Enfermagem.
4. Compreender a lógica utilizada para a escolha de recursos metodológicos para o processo do ensino do cuidar.

O presente estudo encontra-se, para atingir tais objetivos, estruturado em quatro capítulos.

O primeiro capítulo busca apresentar em linhas gerais a trajetória histórica do ensino de Enfermagem no Brasil, suas mudanças e reformulações, buscando atender às exigências do mundo do trabalho e influências capitalistas. Focaliza também o desafio das escolas de graduação em enfermagem frente à LDB e às Diretrizes Curriculares Nacionais.

No segundo capítulo, é apresentado o significado do “cuidar” em Enfermagem tendo como base norteadora a competência humana, e uma reflexão sobre a co-responsabilidade dos professores na ação educativa.

No terceiro capítulo atém-se às decisões metodológicas propostas, o tipo de abordagem de pesquisa, os sujeitos, as técnicas utilizadas, o cenário onde será realizada a investigação.

Dedica-se o último e quarto capítulo às apresentações dos resultados e discussões que os dados revelam.

Por fim, são apresentadas as considerações finais que o estudo pôde proporcionar.

## CAPÍTULO I

### AS BASES DO ENSINO DE ENFERMAGEM E OS DESAFIOS DIANTE DA LDB E AS DIRETRIZES CURRICULARES

No Brasil estamos passando na atualidade por diversas mudanças e transformações gerando incertezas quanto ao futuro. Avanços tecnológicos, informatização e globalização. O universo de incertezas afeta diretamente o mundo moderno nos setores econômico - social, político e educacional.

Isto tem interferido diretamente no mundo do trabalho, na esfera da produção do conhecimento e da formação profissional.

Neste contexto, no que se refere à formação profissional faz-se necessário repensá-la em face às novas mudanças na era da “pós-modernidade” que estão a exigir dos trabalhadores novas habilidades e competências.

Segundo a leitura de BAGNATO (1999, p. 9), podemos considerar que:

*“... as qualidades requeridas desses profissionais parecem apontar para um novo modo de entender e desenvolver esta formação, o que está a exigir mudanças nas escolas e universidades, responsáveis em grande parte por essa tarefa”.*

Como bem pontua a autora, cabe às escolas e universidades a responsabilidade de assumir uma formação de qualidade, revertendo radicalmente a situação vigente, partindo para um processo de reformulação e re-significação da prática educacional, superando o modelo tradicional de ensino baseado na transmissão de conhecimento, fragmentado e compartimentalizado,

que induz os alunos a terem uma atitude passiva de absorção de informações; para uma nova formação mais reflexiva e crítica, buscando assim atender às transformações do mundo do trabalho e ao verdadeiro sentido de um projeto de educação.

O mundo do trabalho tem exigido profissionais com competências cognitivas superiores, capazes de trabalhar em grupos, enfrentar desafios das mudanças, comunicar-se clara e precisamente; enfim de acompanhar as mudanças que tem ocorrido rapidamente. A formação atual não dá conta de preparar este profissional, é necessária uma formação flexível, generalista e continuada para atender às demandas de um mundo em permanente movimento. As mudanças no mundo do trabalho trazem profundas conseqüências para a educação e estas conseqüências refletem na necessidade de uma reformulação na concepção curricular, no processo pedagógico – que visa a construção do saber do indivíduo – do papel dos conteúdos; com a finalidade de formar um profissional potencialmente capaz de intervir criticamente, de saber lidar com a incerteza, de tomar decisões rápidas em situações inesperadas e de atuar com competência e habilidade. (KUENZER, 2001, p. 15-18).

A partir do relatado, nos preocupa como se tem dado a formação de profissionais da área da saúde visto que o ensino de enfermagem passa por um momento de transição paradigmática e:

*“ As escolas distantes do mundo do trabalho, e orientadas por projetos políticos diferenciados, algumas vezes, continuam desenvolvendo sua proposta curricular desarticulada das questões que atravessam um mundo globalizado”. (DE SORDI, et al, 1996, p. 90) .*

O ensino de enfermagem tem sua raiz histórica associada à adoção de modelos curriculares baseados nas necessidades econômicas e no desenvolvimento da sociedade capitalista; na atualidade percebemos que esta influência se perpetua na maneira como se dá a construção do conhecimento, do currículo e da formação profissional. (MEDEIROS, 1997, p. 6) .

Para melhor compreendermos os fundamentos do ensino de Enfermagem nos reportamos a uma breve recuperação de alguns marcos de sua trajetória histórica, para assim podermos compreender como as transformações

---

nos campos econômico - social e político interferiram e interferem no planejamento curricular e na formação do enfermeiro.

No período colonial no Brasil, o cuidado aos doentes era praticado no âmbito familiar ou tribal, pelos nativos indígenas. Posteriormente a prestação de cuidados passa a ser delegada aos jesuítas que construíram enfermarias próximas aos colégios. Eles prestavam uma assistência inadequada, sem nenhum embasamento científico em condições precárias tanto estruturais como materiais. (MEDEIROS; TAVARES, 1997, p. 281).

Entre 1900 e 1930 havia um consumo de produtos industrializados, que eram provenientes dos países da Europa. Instalou-se a urbanização e a industrialização das cidades no Brasil decorrente do aumento do comércio internacional, determinando entre outras uma nova complexidade à estrutura sócio-econômica do País. (GARCIA, et al; 1995, p. 74).

Em contrapartida ao comércio internacional houve um agravamento à saúde da população brasileira, decorrente das doenças infecto – contagiosas, trazidas pelos europeus e pelos africanos, entre elas a cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola, tuberculose, lepra e febre tifóide; propagaram-se rapidamente atingindo grandes proporções nos principais núcleos urbanos. O governo brasileiro sofrendo opressões externas, assume a assistência à saúde com a criação de serviços públicos, a vigilância, controle dos portos, quarentena iniciando uma política sanitária. (GEOVANINI, et al; 2002, p. 32).

Segundo a leitura do mesmo autor, é nesse cenário que cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), órgão que exerceu ação normativa e executiva das atividades de Saúde Pública no Brasil. Para atender às atividades de saúde pública é criada pelo governo vigente a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Esta é de fato segundo o autor a primeira escola de Enfermagem brasileira, criada pelo Decreto Federal Nº 791, de 27 de setembro de 1890. Seu curso tinha a duração de dois anos, e o currículo abordava aspectos básicos da assistência hospitalar (curativa).

A primeira Escola de Enfermagem dirigida por enfermeiras criada pelo Decreto Nº 15.799/22 que redimensionou o modelo da Enfermagem profissional no Brasil, foi a Escola de Enfermagem Anna Nery, teve seu funcionamento inicial

---

em 1923. Foi moldado pela forte influência americana quanto principalmente o seu currículo. Os médicos brasileiros fizeram cursos na Escola de Saúde Pública na John Hopkins University nos EUA, através do patrocínio da Fundação Rockefeller.

O modelo Nightingale de ensinar enfermagem preconizado por Florence Nightingale, estabelecido na Inglaterra no final do século XIX apontava algumas características entre elas: “preparar pessoal para desenvolver atividades usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar (chamadas de *nurses*) e pessoal mais qualificado para desenvolver atividades de supervisão administração e ensino (chamadas de *ladies-nurses*), tinha uma seleção criteriosa das candidatas, curso com duração diferenciadas para as *ladies-nurses* e *nurses*, regime de internato para as alunas, disciplina rigorosa para desenvolver qualidades desejáveis a uma boa enfermeira, tais como: sobriedade, pontualidade, honestidade, lealdade entre outras” (PORTO, 1997, p. 43).

Este modelo “nightingaliano” de ensinar enfermagem chegou ao Brasil diretamente influenciado pelo modelo norte-americano; trazendo ao Brasil essa distorção, privilegiando a formação da nurse – enfermeira que dava cuidados diretos à clientela.

E ainda no trabalho de PORTO (1997, p. 45),

*Por consequência, o curso recém-criado ofereceu apenas um dos dois tipos de formação, aquele que enfatizava a formação de enfermeira do tipo nurse. A ênfase era na formação da profissional para assistir a clientela, embora também existissem conteúdos de administração no currículo, que foi implantado pela primeira vez, no país, como uma das opções para o final do curso.*

As Escolas de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi fundada atendendo aos moldes nightingalianos em 1922, no Distrito Federal e a Escola de Enfermagem Carlos Chagas em 1933, em Belo Horizonte – Minas Gerais.

Segundo a leitura de BAGNATO (1994, p.152), o primeiro currículo desta escola contemplava várias disciplinas de caráter preventivo, o que estaria de acordo com o modelo econômico do período; era também exigido dos alunos 08 (oito) horas diárias de trabalho no Hospital Geral do Departamento Nacional de

Saúde Pública (DNSP) mostrando o interesse do capital na área de saúde que requisitava mão-de-obra para “tocar serviço” e sem remuneração. A formação do futuro enfermeiro diante desta evidência, mostra uma ambivalência entre ensino teórico e prática; pois a carga maior estava no exercício de atividades hospitalares e não nas práticas preventivas. O curso tinha uma duração de 28 meses letivos. O mesmo pode ser observado no trabalho de PORTO (1997, p. 50) que:

*“ O primeiro currículo implantado no EE-DNSP foi baseado no “Standard Curriculum for Schools of Nursing”, utilizado nos Estados Unidos desde 1917 (Sauthier,1996). Apresentavam um total de 39 disciplinas, das quais oito aproximadamente foram implantadas com outras denominações. O currículo era implementado em 64 semanas, com estágios em clínica médica e clínica cirúrgica”.*

Ressaltamos que as candidatas à enfermeira eram selecionadas de camadas sociais mais elevadas; a política da época estava interessada em fomentar o desenvolvimento da profissão em seu benefício próprio. Essas alunas eram preparadas para executar tarefas que exigiam um nível maior de complexidade intelectual as chamadas “Lady Nurse”. Esta Escola foi considerada como formadora de elite (enfermeiras padrão); em contrapartida as demais escolas exigiam das candidatas apenas conhecimento básico da leitura e da escrita. (GEOVANINI, 2002, p. 34).

*A Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (EEDNSP) passa a se chamar Escola de Enfermeiras D. Anna Nery – EEAN (1926), sendo incorporada à Universidade do Brasil em 1937. (PORTO, 1997, p.45-46).*

Em 1931 foi determinados pelo decreto 20.109 de 15/06/31, que todas as escolas de enfermagem deveriam funcionar dentro dos mesmos padrões da Escola Anna Nery, e o perfil profissional da enfermeira brasileira dentro deste mesmo modelo.

Houve uma crise financeira em meados de 1929, trazendo sérias conseqüências para a economia do país, declinando as exportações. Inicia-se um novo perfil econômico para o país: a industrialização. Com o desenvolvimento há

---

um aumento na população urbana e no número de trabalhadores. Estes por sua vez começam a reivindicar benefícios e melhores condições de assistência à saúde. Para atender aos interesses capitalistas no setor saúde amplia-se a produção de serviços privados e da rede hospitalar. (MEDEIROS, 1997, p. 282).

O mesmo pode ser observado no trabalho de FERNANDES (1985, p 44): com o crescimento da população previdenciária, vai declinando-se a saúde pública e sua relevância, dando lugar à atenção curativa hospitalar. Com esta mudança no mercado de trabalho, há necessidade de um maior número de profissionais preparados para o exercício da enfermagem. Podemos notar conseqüentemente a grande influência do mercado de trabalho e o capitalismo, modificando toda a estrutura curricular vigente na época.

Os cursos de Enfermagem no Brasil preocupavam-se em formar um profissional que desempenhassem principalmente atividades administrativas e de ensino, sendo o seu objeto de trabalho a supervisão da assistência de enfermagem e não o cuidado direto ao indivíduo; a este era delegado ao atendente<sup>1</sup>. (BAGNATO, 1994, p. 153).

Ocorreu em 1949 a primeira reformulação curricular do curso de Enfermagem previsto na Lei 775/49 e Decreto 27.426 de novembro de 1949, que além de grande número de conteúdo de especialidades médicas juntamente com conteúdo de enfermagem, incluía matérias como parasitologia e doenças tropicais, o que culminava numa maior fragmentação do ensino. (GARCIA; et al, 1995, p. 75).

Embora o currículo contemplasse disciplinas de cunho preventivo o mercado de trabalho exigia conhecimento no campo hospitalar, tarefas de liderança nas áreas de administração de serviços e de ensino de enfermagem. Neste currículo a ênfase era no fazer, na técnica, na repetição, no estudo da doença e não no doente. O ensino não se centrava no pensar. Era um currículo com estrutura “rígida”.

---

<sup>1</sup> Atendente de Enfermagem (Resolução COFEN N° 100/73) “ pessoa que embora não habilitada profissionalmente, é treinada e supervisionada pelo enfermeiro, na realização de trabalho de apoio à equipe de enfermagem. Foi extinto pela Lei N° 7.498, de 25 de Junho de 1986.”

---

Observa-se também que o currículo tinha uma preocupação de caráter curativo, numa concordância com a política de saúde daquele período, voltada para a área hospitalar (GARCIA et al., 1995, p.760).

Durante a década de 50, o ensino de Enfermagem permaneceu indefinido entre os níveis médio e superior; entre 1949 e 1956 as escolas puderam continuar recebendo candidatas portadoras de certificados de curso ginásial, prazo prorrogado por mais cinco anos pela Lei 2995/56.

Nessa década, surgem cursos de curta duração em serviço para pessoal de enfermagem, para suprir o número insuficiente de enfermeiros qualificados para o setor hospitalar moderno.

Em dezembro de 1961, foi promulgada a Lei 4.024/61, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e criado o Conselho Federal de Educação (CFE), que passou a ser o responsável pelo ensino superior. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001, p.82).

Surge o primeiro currículo mínimo fixado pelo Parecer Nº 271/62, com disciplinas relacionadas às clínicas especializadas, de caráter curativo. A disciplina de saúde pública, não aparece como disciplina obrigatória do currículo, mas como especialização, cuja inclusão nos currículos plenos das escolas passou a ser optativa. (GERMANO, 1993, p. 39).

No Parecer Nº 271/62 aprovado em 19 de outubro de 1962, fixou o curso em três anos letivos (curso geral) e mais um ano letivo, seriam graduados o enfermeiro de saúde pública e a enfermeira obstétrica. Estabeleceu-se nove matérias obrigatórias – Fundamentos da Enfermagem, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Enfermagem Pediátrica, Ética e História de Enfermagem, e Administração. A disciplina de Enfermagem em Saúde Pública é eliminada do currículo mínimo passando a ser disciplina optativa. O enfoque maior da assistência de enfermagem continua centrado no cenário hospitalar; atendendo a necessidade do mercado de trabalho - atendimento individual e curativo.

O ensino de enfermagem prosseguiu até que em 1968, é promulgada a Lei 5.540 de 28 de novembro sobre a Reforma Universitária, que fixou as normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com o ensino médio. (GALLEGUILLOS, 2001, p. 83).

---

Faz-se necessário dar referência nesse histórico à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), fundada em 12 de agosto de 1926, entidade representativa da categoria que desde sua criação está intrinsecamente relacionada com a evolução do ensino de enfermagem no Brasil. Temos sua contribuição em 1968, quando a Comissão de Educação da ABEn elaborou proposta para a revisão do currículo mínimo do curso de Enfermagem e Obstétrica. Propôs semestralidade das disciplinas, dois semestres básicos e seis de formação profissional incluindo a Enfermagem de Saúde Pública. (GALLEGUILLLOS, 2001, p. 83).

A ABEn, ao longo de sua história tem-se preocupado com o ensino de enfermagem no Brasil, isto pode ser comprovado através dos seus diversos estatutos, das recomendações de congressos, comissões especiais e publicações. Ela exerceu e continua exercendo forte influência na educação em enfermagem. (GERMANO, 1993, p. 55).

A partir do golpe de abril de 1964, a vida nacional passou a ser regida pelo governo militar. Para legitimar o modelo econômico adotado, passou a vigorar, no país um rigoroso sistema de repressão política que cerceia toda a sociedade civil.

Com a expansão da industrialização os centros urbanos cresceram de maneira desordenada em detrimento do deslocamento da força de trabalho do setor agrário para o setor industrial. Paralelamente proliferaram as favelas e os cortiços. Alguns fatores como a falta de infra-estrutura, a precariedade dos serviços oferecidos, aglomerações, inflação e alto custo de vida; geraram as condições para a deterioração da vida e da saúde do povo brasileiro.

Os trabalhadores se mobilizaram em defesa de seus direitos e a ordem do sistema de saúde sofreu expansões e modificações diversas, de acordo com a conjuntura política e econômica do momento. Porém as séries de medidas promovidas não atenderam às reais necessidades de saúde da população, como: saneamento básico e subnutrição. (GEOVANINI, 2002, p. 37).

É relevante destacar que:

---

*“Com a consolidação do processo de industrialização em nosso país, a tecnologia hospitalar e a indústria farmacêutica ocupam lugar de destaque, privilegiando a medicina curativa que passa a ser o paradigma de um sistema de saúde que tem como principal centro de referência o hospital” (GEOVANINI, 2000, p. 37).*

Decorrente desta prática curativa e especializada, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), criado em 1966, consolidou o modelo de medicina previdenciária no Brasil, com ênfase na assistência curativa, vindo ocupar o lugar de mediador dos interesses dos grupos privados.

Com a privatização do setor saúde as empresas médicas começaram a fazer convênios com firmas comerciais e industriais, a fim de prestar assistência médica curativa a seus empregados; conseqüentemente diminuem os gastos com a Saúde Pública e crescem os convênios entre os hospitais e clínicas da rede privada. (MEDEIROS, 1997, p. 22).

Em vigência deste modelo de assistência adotado pela Previdência, os profissionais da área de enfermagem de nível superior, passam a ser absorvidos em maior quantidade pelo setor público.

Essa situação e mudanças repercutiram no mercado de trabalho dos enfermeiros, refletindo na área da educação em Enfermagem, onde os currículos que, antes, priorizavam a saúde pública, passaram a privilegiar o ensino e assistência curativa.

Assim prosseguiu o ensino de enfermagem. O currículo foi coroado com o Parecer N° 163/72 e com a Resolução N° 04/72 do CFE resultante da Reforma Universitária Lei N° 5.540/68. O Parecer N° 163/72 reformulou o currículo mínimo, que, a partir de então passou a ser constituído de três partes sucessivas:

- “ 1. Pré-profissional, que compreende as matérias do 1º ciclo, ou seja aquelas comuns aos cursos das ciências de saúde... com duração de 2 a 3 semestres letivos.*
- 2. Tronco profissional comum, que confere a graduação do enfermeiro... com duração de 5 a 6 semestres letivos.*
- 3. Habilitações opcionais, que formam o enfermeiro médico-cirúrgico, Enfermeiro Obstétrico ou Obstetiz e o Enfermeiro em Saúde Pública”.* (MEDEIROS, 1997, p. 22).

A duração do curso geral, foi determinada em no mínimo 3 e no máximo 5 anos. A carga horária mínima comum às duas primeiras partes foi fixada em

2.500 horas e para as habilitações 500 horas. Destas habilitações optou-se por apenas uma delas. O novo currículo estava “adequado às exigências do mercado de trabalho conforme afirmava o relator do Parecer”. (GARCIA, 1995, p.78).

Para GERMANO (1993) este Parecer N° 163/72 não contribuiu em nada no que se refere aos problemas básicos de saúde, pelo contrário, o capitalismo vigente favorável a consumo desmedido de medicamentos, bem como a indústria de equipamentos médico-cirúrgicos, fundamentais às empresas de saúde mostrou a necessidade do enfermeiro dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica. Assim o enfermeiro poderia servir bem à profissão médica, pois uma enfermagem com maior destreza para o manuseio de equipamentos especializados contribuiria no atendimento nos centros cirúrgicos sofisticados, nas clínicas médicas, nas cirurgias plásticas, cárdio-vasculares; uma assistência puramente curativa.

O mesmo pode ser observado no estudo de MEDEIROS (1997, p. 23), quando confirma que o currículo mínimo adotado atendia plenamente às exigências do mercado de trabalho.

É importante acrescentar que, para atender ao setor privado e às necessidades do mercado proliferaram os cursos para atendentes, auxiliares e, mais tarde para os técnicos de Enfermagem. Com esta divisão de funções o cuidado direto ao cliente fica na responsabilidade dos atendentes, auxiliares e técnicos e para o enfermeiro as funções administrativas e burocráticas e gerenciais da instituição.

*“Embora os currículos dos cursos de graduação sejam pautados no conhecimento da totalidade do trabalho de Enfermagem, os enfermeiros encontraram-se afastados da possibilidade de reflexão e crítica sobre o fazer (...) Com o pessoal auxiliar e ocupacional desvinculado do saber e voltado para o fazer, e os enfermeiros detendo o saber, mas afastados do fazer, ambas as categorias permanecem alienadas. Assim a Enfermagem... por esta postura, comunga com os interesses das indústrias e promove inconscientemente a expansão do capital”.* (GEOVANINI, 2002, p.39).

Segundo a determinação histórica, nas décadas de 70 e 80 ocorreram várias mudanças nos setores político social. Houve crescimento da classe operária e da classe médica, diante da crise financeira do país. O aumento do

setor previdenciário e o não atendimento as prioridades de saúde da população, geraram a crise na esfera da saúde. (ibidem, p. 39)

Acrescentando o mesmo autor destaca que:

*“A partir de 1975, um novo modelo foi definido através da Lei 6.229 do Sistema Nacional de Saúde. A lei citada legitimou a pluralidade institucional no setor e identificou a Previdência Social como responsável pela assistência individual e curativa, e o Ministério da Saúde, por intermédio das Secretarias, pelos cuidados preventivos e de alcance acarretando uma divisão entre ações tecnicamente indivisíveis”.*(GEOVANINI, 2002, p. 39).

Em 1978 aos doze dias do mês de setembro na cidade de ALMA – ATA, ocorreu a Conferência Internacional Sobre Atenção Primária de Saúde, realizada na Rússia, sob o patrocínio e organização da OMS e UNICEF. Nessa Conferência, foi definido o que se entende por cuidados primários<sup>2</sup> de saúde, e que são parte integrante do sistema de saúde do país e do desenvolvimento sócio – econômico geral da comunidade e ainda; reafirmou que cabe aos governos a responsabilidade pela saúde de seus povos. A atenção primária de saúde, como base para consecução do objetivo “Saúde para todos no ano 2000”. (Relatório UNICEF, 1979, p. 14).

Segundo pontua GEOVANINI (2002, p. 40), “o objetivo de Saúde para todos no ano 2000 até o momento, não trouxe os resultados esperados na medida em que a ordem política, social e econômica do país não se reestruturou, no sentido de viabilizar o alcance das metas propostas”. Concomitantemente na Enfermagem coube aos agentes de saúde e do atendente rural a assistência na atenção primária e ao enfermeiro as funções de treinamento, coordenação e supervisão. Houve um aumento progressivo da produção científica em Enfermagem; aumentaram também os cursos de pós – graduação e graduação e a especialização, em consequência à sofisticação do ato médico e da tecnologia hospitalar, sendo exigidas, cada vez mais, habilidades diferenciadas dos trabalhadores da saúde.

No entanto, nada foi alterado no currículo mínimo instituído pelo CFE em 1972, a formação do enfermeiro continuou enraizada na assistência médico–

---

<sup>2</sup> Cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis colocadas ao alcance de indivíduos e famílias da comunidade. (BRASIL. UNICEF 1978)

hospitalar e conforme consta na descrição de MEDEIROS, este modelo de assistência acentuou:

*“... as dissonâncias entre a formação e a prática profissional através de duas contradições principais. A primeira diz respeito ao fato de que o principal mercado utilizador de mão-de-obra no setor passou a ser a Rede Básica, que requeria do enfermeiro o preparo para a Assistência Primária, e a segunda diz respeito ao fato de que, mesmo no ambiente hospitalar, o enfermeiro jamais esteve ligado à assistência direta”. (ibidem, 1997, p. 26).*

Este quadro de dissonâncias entre a formação e a prática profissional gerou um panorama de insatisfação por parte dos enfermeiros com relação ao seu papel e funções que desempenham na sociedade. O padrão de qualidade da assistência de Enfermagem, está cada dia mais precário devido entre alguns fatores; a deterioração geral do sistema de saúde brasileiro.

Sendo assim, para atender a estas exigências, os currículos de Enfermagem estavam centrados na assistência curativa o que poderia ser constatado pela grande concentração de carga horária nas disciplinas responsáveis por este tipo de assistência e estágios hospitalares. (GEOVANINI, 2002, p. 40-41).

Em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Providenciária (CONASP), a partir de 1982. O Plano CONASP propôs o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) e que, em 1984 passou a ser assumido formalmente pelas Secretarias de Saúde dos Estados; pelos Ministérios da Saúde e Previdência de Saúde. Este programa (AIS) objetivava em nível federal, estadual e municipal, a melhoria da qualidade da assistência nos aspectos básicos:

*“... universalização, descentralização e hierarquização dos serviços, racionalização dos recursos e aumento da produtividade, reorientação da política de recursos humanos; valorização das atividades básicas e reconhecimento da participação popular” (GEOVANINI, 2002, p. 41).*

O CONASP não modificou a estrutura do funcionamento do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária (INAMPS), pelo contrário, aprofundou a crise.

Segundo as leituras de GALLEGUILLOS, OLIVEIRA (2001), MEDEIROS (1997), e GEOVANINI (2002) em 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, tendo a participação de quatro mil pessoas, discutiram entre outros temas: saúde como direito de todos, redefiniram a concepção de saúde adotado pela OMS, e evidenciaram a necessidade de reforma administrativa, financeira, fortalecimento do setor público e da constituição de orçamento social. Como resultado dessa Conferência Nacional de Saúde, definiu-se um programa para a Reforma Sanitária e propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que contempla uma progressiva estatização do setor saúde, tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade das ações e a participação social.

Com a Reforma Sanitária redefine-se o trabalho da enfermagem, suas prioridades e conseqüentemente sua formação. Em detrimento da nova política de saúde e a definição de novas diretrizes educacionais para a enfermagem abriram-se os caminhos para uma reforma curricular urgente e profunda.

*“Concomitantemente aos debates da criação do SUS, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), as escolas de Enfermagem e a Comissão de Especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação e Cultura (MEC) buscaram reorientar a estrutura da formação da enfermeira”. (GALLEGUILLOS, 2001, p. 471).*

Elaborou-se em 1991 uma proposta de reformulação do currículo mínimo fundamentada em discussões sobre o perfil sanitário e epidemiológico da população e encaminhada ao Conselho Federal de Educação (CFE), propondo extinção das habilitações, o aumento de carga horária, o redimensionamento dos conteúdos das ciências humanas e biológicas, a valorização do compromisso com a sociedade e a reflexão sobre a prática profissional. (GALLEGUILLOS, 2001, p. 84).

Um dos objetivos principais da proposta é a formação de enfermeiros generalistas com capacitação para atuar nas áreas de assistência à saúde individual e coletiva, atendendo integralmente os níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde. É relevante destacar que esta proposta atribui ao enfermeiro o papel de intelectual da equipe de enfermagem, propondo que

---

assuma a administração da assistência, o ensino de saúde e de enfermagem e a pesquisa. (MEDEIROS, 1997, p. 27).

Esta proposta resultou no Parecer Nº 314/94, de 6 de abril de 1994, reformulado pelo CFE. Tal proposta teve o apoio de todas as escolas e entidades de enfermagem. Algumas reformulações foram: aumento de duração mínima do curso de quatro anos e no máximo de seis anos, carga horária mínima de 3.500 horas/aula, estágio curricular supervisionado com duração mínima de dois semestres letivos em hospitais e rede básica de serviços de saúde, inclusão de conteúdos básicos para a capacitação clínica – epidemiológica (assistencial), administrativa e pedagógica do enfermeiro. Do currículo mínimo foi redimensionado abrangendo quatro áreas temáticas e disciplinas relativas às Ciências biológicas e Humanas de forma equilibrada. As quatro áreas temáticas são: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos da Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem. Os conteúdos relativos à Saúde Pública, retornam neste currículo sob a designação de Saúde Coletiva. (DOCUMENTA, 399,1994).

De maneira geral, a formação dos profissionais da área de saúde, historicamente se desenvolveu numa relação muito estreita com as políticas de saúde e econômica. É nesta trajetória do ensino de enfermagem os currículos adotados estavam totalmente vinculados aos interesses capitalistas. Neste caminhar constatamos um avanço significativo no processo de formação profissional e, alguns cursos de enfermagem, realizaram mudanças curriculares inovadoras após o currículo mínimo de 1994. Todavia o modelo de ensino ainda se perpetua nos interesses capitalistas; no modelo biomédico, curativista; assumindo uma formação fundamentada em padrões excessivamente biológicos e voltada principalmente para a área hospitalar. (BAGNATO, 1999, p. 36).

No trabalho de Loureiro e Vaz (1999, p.145), encontramos uma visão mais positiva das autoras quanto a este cenário, quando arriscam dizendo que, em comparação aos demais profissionais da saúde, a formação do enfermeiro teve grandes avanços, tentando fugir desse modelo clínico, biológico, curativista. Mas ainda há muito a avançar; pois o momento atual em que nos situamos denominado de “pós-modernidade” está a exigir um novo perfil de trabalhador,

cidadãos capazes de pensar e planejar um processo para transformar a sociedade.

Ratificando, De Sordi menciona que a escola ainda continua presa nos moldes anteriores, não consegue ajudar a formar o novo trabalhador porque:

*“... seus currículos, fragmentados, atomizados, regidos pela excessiva racionalidade técnica contribuíram para uma formação acrítica, alienada e alienante...”* (DE SORDI, 1999, p. 52).

Para GOMES e CASAGRANDE (2002, p. 697), o discurso continua o mesmo e isto pode ser evidenciado em suas falas ao mencionarem que a racionalidade técnica tem predominado na maioria das escolas, não atendendo as reais necessidades para a adequada formação dos jovens para esta cultura pós-moderna e por conseguinte é verificado também na área da saúde que o ensino é tradicionalmente voltado à racionalidade técnica.

A atual preocupação das escolas é formar profissionais enfermeiros flexíveis e críticos, capazes de compartilhar de uma política de saúde voltada para as necessidades da maioria da população, aptos para a inserção em diferentes setores profissionais e que atendam às exigências contemporâneas.

No entanto, as escolas encontram desafios na formação desses profissionais; em como desenvolver e atingir esses objetivos e propósitos, continuam enraizadas em práticas pedagógicas presentes em salas de aula desvinculadas das mudanças do mundo globalizado. Hoje, frente à nova ordem mundial, há uma forte necessidade de rever o processo pedagógico. A prática pedagógica deve romper com velhas concepções e visibilizar ações educativas que estimulem o ato reflexivo, desenvolver capacidade de observação, análise, crítica, desenvolver competências cognitivas complexas, autonomia de pensar e agir; permitir que o aluno se torne agente ativo na produção de seus conhecimentos. (DE SORDI, BAGNATO, 1998, p.85).

Nessa perspectiva, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, trouxe oportunidades para a transformação do ensino para as Instituições de Ensino Superior (IES): a flexibilização. Não mais currículos mínimos, grades horárias fechadas de disciplinas, ênfase na transmissão de conteúdos; mas:

---

*“... diretrizes gerais que abrem às instituições de ensino a possibilidade de construir propostas pedagógicas inovadoras, de responderem às necessidades sociais em relação à formação profissional.” (NUNES, 1999, p.1).*

Pensar em construção de propostas pedagógicas inovadoras é algo que traz profundas transformações no ensino em sala de aula. O processo de inovação provoca uma “ruptura” com o instituído. O que se tem observado nos cursos de graduação é um modelo de ensino tradicional que privilegia a transmissão de conhecimento, uma abordagem de conteúdo, centrada na memorização, produzindo uma formação de sujeitos dependentes, não críticos e nem reflexivos. Se esta prática educativa persistir o que teremos na realidade é a contínua formação de indivíduos incapazes de pensar criticamente e de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. E não é este o tipo de profissional que a sociedade exige.

BAGNATO (1999, p.14) afirma que o ensino nos cursos de graduação é:

*“...fragmentado e compartimentalizado, e muitas vezes absolutizado, com ênfase no racionalismo técnico, centrado na fala do professor, com modelos de ensino e de avaliação que privilegiam a memorização e a reprodução de conhecimentos, com os alunos tendendo a uma atitude passiva de absorção, acríticos...”*

O mundo do trabalho está a exigir um profissional com autonomia intelectual e ética, capaz de tomar decisões, dotado de competências para atuar com responsabilidade social e com compromisso.

As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem definem na Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES) Nº 3, de 7 de novembro de 2001; o perfil do formando egresso profissional no artigo 3º inciso I:

*“Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de*

---

*responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.*

As escolas, que até então estavam sendo norteadas por currículos mínimos, técnicos, lineares; defronta-se agora com diretrizes curriculares amplas, pautadas na formação flexível, generalista, exigindo um profissional egresso crítico e reflexivo.

Nesta perspectiva há urgência em mudar radicalmente o modelo de ensino, a forma como se ensina, a ação educativa, a interação entre professores e alunos, a sala de aula universitária.

No que se refere à enfermagem, é necessário fazermos uma reflexão sobre o ensino do cuidar de como tem contribuído para atender às novas tendências.

O cuidar/cuidado deverá ser considerado como “um componente educacional de extrema importância na sociedade atual e inerente à prática diária da enfermagem no sentido do desenvolvimento do ser humano”, construído na co-responsabilidade dos educadores. (WALDOW, 1993, p. 108).

E nisso reside nosso interesse nesse estudo, qual seja o de investigar como se tem ensinado o processo de cuidar, especialmente nas disciplinas básicas, de modo a captar a lógica de formação que as permeia.

## CAPÍTULO II

### ENSINANDO O CUIDAR EM ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO SOBRE A CO-RESPONSABILIDADE

As transformações que vêm ocorrendo no mundo globalizado têm produzido mudanças na lógica da formação dos profissionais de várias áreas, inclusive na área da saúde. Desta forma, torna-se imprescindível haver alguns “ajustes” nos aparelhos formadores, pois, neste período da “pós-modernidade”, os futuros profissionais devem encaixar-se nas novas demandas e exigências do mundo do trabalho.

Neste contexto, os aparelhos formadores devem, de uma maneira geral, repensar nos rumos da formação de seus profissionais. (De SORDI, BAGNATO, 1998, p. 83).

O tema em questão já foi objeto de reflexão no estudo de MAGALHÃES,

*“O profissional do terceiro milênio deverá ter capacidade de incorporar novos conhecimentos, habilidades, compromissos éticos, sociais e de cidadania. Não será mais possível aceitar o profissional que possua limites de compreensão do mundo. Será necessário, a partir do processo de formação, a incorporação de uma visão ampliada de mundo que não se restrinja aos limites muitas vezes impostos pela própria formação...” (2000, p. 5).*

Para que isso ocorra, acreditamos que as práticas de ensino devem ser reorganizadas de modo a mudar o rumo da lógica tecnicista na ênfase dada ao saber-fazer para dar conta de responder eficazmente aos objetivos das Diretrizes

---

Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, as quais definem, em seus artigos, que a formação do enfermeiro deve qualificá-lo “para o exercício de Enfermagem com competências e habilidades gerais e específicas, a fim de poderem estar aptos a realizarem seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, a pensarem criticamente, a analisarem os problemas da sociedade e a procurarem soluções para os mesmos”. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Desta forma, é importante refletirmos sobre como ocorre nossa prática de ensino: Quais as experiências e oportunidades que estamos oferecendo aos alunos a fim de prepará-los para serem profissionais que atendam a todas as exigências da sociedade contemporânea? Oferecemos um ensino do “cuidar” em Enfermagem que norteia todas as disciplinas fundamentais? Assumimos a co-responsabilidade enquanto aparelho formador na tarefa de educar para o cuidado?

Superar o instituído, refletir sobre a prática, enfrentar mudanças, tornam-se atividades desestabilizadoras, desafiantes; mas também nos ajudam a construir bases para uma mudança paradigmática. É necessário, no entanto, nos interrogarmos sobre a quem serve esta mudança, o que, para que, para quem e como se ensina o processo de cuidar.

No setor saúde, no Brasil, segundo as leituras de MELO (1996, p.166) e de PAIM (1999, p. 477), convivem vários Modelos Assistenciais, entre os quais citamos: Modelo Médico-Assistencial Privatista, Modelo “Sanitarista”, Modelo Assistencial Plural. O Modelo Médico-Assistencial Privatista é o mais conhecido; atende os indivíduos que procuram os serviços de saúde por “livre iniciativa” e quando se sentem doentes. Ancorado no pronto atendimento, na medicalização e no equipamento complexo-hospitalar, tem sua atenção voltada ao processo curativo, o que prejudica o atendimento integral ao paciente e à comunidade. Embora sendo prestigiado, este modelo não contempla o conjunto dos problemas de saúde da totalidade da população.

Já o Modelo Assistencial “Sanitarista” corresponde à saúde pública tradicional e procura alterar os níveis de saúde da população através de “campanhas” de vacinação, de combate às epidemias e através de “programas

especiais” como controle da tuberculose, hanseníase, a fim de prevenir agravos à saúde.

O Modelo Assistencial Plural é um modelo para ricos, num subsistema de alta tecnologia e especialização médica. Entretanto, estas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, visto que sua atenção é dirigida a um determinado grupo de pessoas que supostamente estão em risco de adoecer ou morrer. Dos três modelos, o Modelo Assistencial Privatista é o hegemônico no Brasil. De acordo com MELO (1996, p.167), este modelo possui algumas características básicas:

*“Uma estrutura montada para atender a demanda espontânea, no caso dos serviços públicos da saúde e a demanda expressa pelo mercado, no caso dos serviços privados; ênfase no trabalho médico e subalternidade dos demais trabalhadores da saúde, negando o processo coletivo de trabalho que é típico do setor saúde; atenção privilegiada aos problemas individuais em detrimento da atenção a grupos mais afetados da população; consumo exagerado de tecnologias, que se acumulam e tornam de alto custo a manutenção de serviços e sistema de saúde; serviços e bens ofertados pelo estado com baixa qualidade, simplificado e de baixo custo; oferecimento de serviços precários e ineficientes aos que não podem pagar e financiamento com recursos públicos, que servem principalmente para beneficiar serviços privados...”*

É importante ressaltar que este tipo de modelo está centrado na atenção médica e, historicamente, na política econômica vigente e na organização da sociedade. Todavia não atende aos interesses da maioria da população que necessita de atendimentos que promovam a saúde.

O movimento da Reforma Sanitária (RS), aprovada e concebida em março de 1986 pela VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), trouxe consigo uma mudança na concepção de saúde, frente aos propósitos da Reforma Sanitária brasileira. A saúde passa a ser compreendida como

*“... resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.*  
(GEOVANINI, 2001, p. 42).

Esse novo conceito de “saúde” expressa, de uma certa forma, uma desigualdade na qualidade de vida e saúde da população brasileira. No entender de MONTEIRO (2000, p.99), a situação socioeconômica em que se encontra o País é determinada pelo modelo de desenvolvimento denominado neoliberal, que vem trazendo à população desemprego, recessão econômica, falta de moradia, enfim, desrespeito contra o cidadão. O aumento do desemprego e da precarização do trabalho aumenta a exclusão social e, com isso, a pobreza e as doenças.

Temos ouvido falar que todos os cidadãos têm direito à saúde e educação. Todavia, o que nos informam os estudos, a imprensa falada e escrita é outra realidade: mortalidade neonatal por falta de assistência adequada à saúde, por doenças causadas pela miséria e fome, por infecções preveníveis, por falta de saneamento básico, mortes decorridas da longa espera em filas para atendimento (BAGNATO, 1999, p. 34). Nesta perspectiva, parece urgente despertar e promover a consciência sanitária, não só nos profissionais da área da saúde, mas também nos usuários. Na história do ensino de enfermagem, a atenção à saúde pública só ganhou terreno quando atendia aos interesses econômicos e capitalistas. Porém, muitos avanços significativos aconteceram no Brasil nos últimos anos. O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Nº 8.080/90 e estabelecido pela Constituição Federal de 1988, ao ser implantado, trouxe um grande avanço para a sociedade brasileira.

Esse sistema público tem como eixo norteador as seguintes diretrizes básicas:

- “- universalidade: diz respeito ao direito universal, sem, quaisquer discriminações às ações e à saúde enquanto um bem, de forma eqüitativa;
- integralidade: diz respeito à assistência integral em todas as ações e a possibilidade de acesso aos serviços e ações que forem necessárias a cada situação particular;
- descentralização: refere-se à desconcentração de poder e de recursos administrativos e financeiros, sendo fundamental o comando único em cada nível de governo, o que constituiu-se o próprio processo de municipalização; e a
- participação social: relaciona-se à gestão colegiada do sistema entre o governo, os trabalhadores e a sociedade, sendo de fato o mecanismo capaz de radicalizar a democracia e a transparência fundamentais na gestão coletiva e pública da saúde;

- hierarquização: propõe a atenção básica em unidades ou centros de saúde como porta de entrada para o sistema e serviços de referência (especializada e hospitalar); além dos serviços de urgência e assistência domiciliar, também devem articular-se com os programas de agentes comunitários e de saúde da família”. (SILVA et al., 2000, p.278-279).

O Sistema Único de Saúde traz vários benefícios como pode ser observado no trabalho de MORETTO (2000, p.615-616), entre eles: abrangência em todo território nacional, garantindo a universalidade aos usuários e a gratuidade. Para atender as diretrizes básicas do SUS, faz-se necessária uma redefinição da prática nos serviços e o redirecionamento da formação do pessoal de Enfermagem tendo em vista que, na IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida na semana de 9 a 14 de agosto de 1992 com participação pública representativa de todas as camadas populares, dentre as propostas expressas no que tange à formação de recursos humanos, foi atribuída ao SUS (regulamentação do artigo 200, inciso III, da Constituição Federal):

*“... a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos e a revisão completa dos currículos profissionais, adequando-os às realidades socioepidemiológicas. Essa revisão prevê, inclusive, a introdução, no currículo de formação dos profissionais de saúde, de estágio na rede básica de serviços, em íntimo contato com as realidades locais, objetivando a adequação profissional à realidade social e inclusão das práticas alternativas em saúde. A revisão curricular proposta visa a romper a fragmentação dos currículos e a visão biologicista destes, pautando a formação dos profissionais na visão do homem como ser holístico, integrado ao seu ecossistema”. (GEOVANINI, 2002, p. 47).*

Nos artigos 5º e 6º do parágrafo único da Resolução do Conselho Nacional de Educação Nº 3, de 7 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, fica evidente que

*“A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento”.*

*“(...) “os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado*

---

*à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem...”*

Será possível formar um profissional que atenda o cidadão, a família e a comunidade com integralidade, humanização e cuidado, tendo sua formação fundamentada excessivamente no modelo biológico, que valoriza mais a atenção curativa do que a preventiva? Será possível formar um profissional com currículos voltados para a racionalidade técnica, por ações educativas de conteúdo regidas pela metodologia tradicional, impossibilitando o atendimento das reais necessidades sociais?

Refletindo sobre estes questionamentos, destacaremos algumas abordagens ou tendências pedagógicas utilizadas pelo docente no ensino de enfermagem.

A primeira diz respeito à abordagem tradicional de ensino, centrado na fala do professor. Segundo GOMES, CASAGRANDE (2002, p. 697) e BAGNATO (1999, p. 14) este tipo de ensino ainda está presente nos cursos de graduação em enfermagem.

No trabalho de PETTENGILL et al. observa-se que

*“... a maioria das escolas de enfermagem segue a tendência tradicional, onde o professor é o detentor do saber, tendo como resultado uma relação vertical entre professor-aluno”. (1998, p. 18).*

Estes mesmos autores informam que nesta metodologia as matérias são ministradas de forma isolada, não levando em consideração os interesses do aluno, da sociedade e da vida como um todo. Mostram objetos, gravuras em salas de aulas que são até mesmo tocados pelo aluno, mas não são repensados ou reelaborados pelo seu próprio pensamento. No processo ensino-aprendizagem a ênfase é dada às situações vivenciadas em sala de aula, com aulas expositivas, demonstrações do professor. As dúvidas, quando ocorrem, são sanadas em sala de aula individualmente enquanto que o restante da classe não participa do questionamento e nem da explicação dada pelo professor. (idem, p. 18)

Nesta abordagem, tomando de empréstimo as palavras de FREIRE (1975, p. 66-68), diríamos que, neste ensino a educação se torna um ato de

depositar. Os educandos recebem, memorizam e repetem. É uma educação “bancária”: os educandos são os depositários e os educadores os depositantes. Nesta concepção, o educador transfere, transmite seus valores e conhecimentos e acredita que os educandos não sabem, não pensam, são indivíduos disciplinados, devem seguir a prescrição, aceitar o conteúdo programático, enfim, são meros objetos no processo do ensino-aprendizagem.

Acrescenta PETTENGILL et al.

*“... este tipo de método propicia a formação de reações estereotipadas, sem valor educativo vital, desprovido de significado social, inútil para a formação da capacidade intelectual e para formação do pensamento reflexivo, pois o desenvolvimento do raciocínio, está reduzido à prática de memorização”.*(idem, p. 18).

A segunda refere-se à abordagem tecnicista. Nesta tendência o aluno é educado para ser eficiente, produtivo, aprende “saber fazer”, impossibilitando uma formação crítica e transformadora. Este modelo de ensino valoriza a “*técnica pela técnica*”. (BAGNATO, 1999, p. 137-138).

O mesmo pode ser observado na descrição de PETTENGILL et al. (1998, p. 21), quando se refere à abordagem comportamentalista como sendo uma tendência pedagógica utilizada na prática do docente de enfermagem e que “*busca transmitir conhecimentos, habilidades, comportamentos por meio da experimentação*”. Ainda acrescenta que este condicionamento se faz presente no ensino das técnicas e procedimentos de enfermagem, com aulas em laboratórios de técnicas cujo objetivo consiste em treinar os alunos, passo a passo, em uma seqüência programada e num ambiente preparado para esse fim. Neste ambiente, o aluno exercita os procedimentos, reproduz os passos até adquirir habilidade necessária, limitando-se, apenas, ao recebimento das informações.

A terceira abordagem denominada libertária é a que poderá determinar uma educação progressista, crítico – reflexiva, libertadora, tão necessária à formação de profissionais independentes, questionadores, críticos e reflexivos.

Ela possui propostas que rompem com o paradigma vigente no ensino da enfermagem.

Nesta abordagem, LOUREIRO e VAZ mencionam que

---

*“O aluno é respeitado como sujeito no processo ensino-aprendizagem, sua subjetividade e bagagem cultural são valorizadas. A relação professor-aluno é horizontal, o educador e educando se posicionam através do diálogo.”* (1999, p. 138).

Segundo FREIRE, (1975), a educação libertadora supera a contradição educador-educando concebe a dialogicidade como essência da educação e desta maneira

*“O educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, tornam-se sujeitos do processo...”* (idem, p. 78).

E ainda, *“... ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”*. (idem, p. 79).

Entretanto, esta nova concepção de ensinar, implica um longo caminho a percorrer repleto de atalhos e armadilhas. Requer uma nova postura dos docentes frente à ação educativa.

Segundo DE SORDI (1999, p. 28):

*“...o ensino universitário precisa ser reoxigenado para dar conta da realidade social, complexa e mutante,(...)reverter a lógica do ensino orientado pela racionalidade técnica que estreita o olhar dos futuros profissionais é desafio inadiável.”*

Por sua vez, BAGNATO e DE SORDI (1998, p.84), acreditam que para o ensino ser reoxigenado e para dar um salto qualitativo na formação dos profissionais, há necessidade de promover rupturas em dois níveis:

*“1 - alteração das concepções de Homem, Mundo, Sociedade e Educação dominantes nos docentes da área, criando novos paradigmas que dêem conta de esclarecer o que se entende por ciência e qual sua vinculação com o planejamento da práxis.  
2 - reorganização do trabalho pedagógico visando a acelerar as transformações teórica e filosoficamente pensadas, dando-lhes concretude e visibilidade prática, aproximando discurso e ação.”*

Estas rupturas trazem consigo um grande desafio para as escolas de enfermagem, porque tudo isso é novo e desestabilizador.

Para discutir estas questões ressaltaremos alguns pontos:

Primeiramente, é útil salientar que o docente de hoje foi formado em um modelo biologicista e tecnicista, e, embora haja um projeto político-pedagógico que atenda as propostas das diretrizes curriculares, a realidade evidencia um discurso progressista, que, na prática, volta o conservadorismo, a reprodução de práticas educativas desvinculadas da proposta inovadora.

Em segundo lugar, seguindo a mesma linha de pensamento das autoras, gostaríamos de considerar que, embora alguns docentes já tenham se conscientizado e refletido sobre sua prática educacional e procuram implementar embasados em uma nova pedagogia, os alunos ainda se sentem “perdidos” por não saberem como deverão agir em cada disciplina. Tentam se moldar de acordo com cada professor.

Tal fato pode ocorrer devido à desarticulação que há entre as disciplinas e as maneiras diversas de ensinar o “cuidar” em enfermagem. Há necessidade de um projeto pedagógico agregador e revelador de uma concepção de Homem, Mundo, Educação e Enfermagem. Na prática, não há diálogo entre os docentes; cada um procura tentativas isoladas de transformação e continua frustrado, apontando falhas dos colegas e afastando-se cada vez mais um do outro.

Para formarmos profissionais capazes de tomar decisões, de refletir sobre suas realidades, é mister revermos nossa ação educativa, romper velhas práticas conservadoras.

Para desenvolver uma prática que dê conta de romper com o instituído, iremos apontar algumas condições e atitudes que julgamos necessárias.

MASETTO (2001, p. 85) nos sugere que devemos compreender a sala de aula universitária como espaço e tempo de aprendizagem, no qual e durante o qual os sujeitos do processo de aprendizagem juntos realizam debates, discussões, trabalhos na biblioteca, trabalhos de campo, oficinas e outras formas de expressão e comunicação.

Ressalta, também, que toda a aprendizagem precisa ser significativa para o aprendiz. Ele é o sujeito do processo. Salienta que devemos utilizar com

mais freqüência espaços de aula onde as atividades profissionais acontecem: nas escolas, ambulatórios, creches, postos de saúde, hospitais etc, para que o aluno tenha oportunidades de vivenciar situações reais complexas, promovendo a interação entre teoria e prática, ensinando o aluno “aprender a aprender”.

Esclarece que “aprender a aprender” é:

*“... a capacidade do aprendiz de refletir sobre sua própria experiência de aprender, identificar os procedimentos necessários para aprender (...) suas potencialidades e suas limitações, (...) e, então, a partir daí, desenvolver o próprio processo e a própria aprendizagem, no ritmo próprio, de forma contínua...” (idem, p. 89).*

Seguindo a mesma linha de pensamento, VEIGA et al. (2000, p. 177), considera que a aula universitária desenvolvida em espaços não convencionais favorece a troca de experiências mais concretas, possibilita reconfiguração de saberes, porque valoriza as práticas de seus alunos.

Nesta perspectiva, poderemos romper com a forma tradicional de ensino, pois o aluno deixa de ser “depositário” de informações e passa a ter uma atitude reflexiva e ativa diante do conhecimento.

Na prática educativo-progressiva em favor da autonomia do ser dos educandos, apontamos algumas “exigências” para ensinar na perspectiva de FREIRE (1996) e que devem ser consideradas pelo docente:

Ensinar exige respeito aos saberes dos educandos:

*“Cabe à escola, o dever de não só respeitar os saberes com que os educandos (...) chegam a ela (...) mas também, discutir com os alunos a razão de ser de alguns desses saberes em relação com o ensino dos conteúdos...” (idem, p. 33)*

Ensinar exige estética e ética:

*“Não é possível pensar os seres humanos longe, sequer, da ética (...). É por isso que transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador...” (idem, p. 37).*

---

*Ensinar exige a convicção de que a mudança é possível: “Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas.” (idem, p. 86).*

Estas “exigências”, para transformar a lógica da formação dos profissionais na área da saúde, por si só, não garantem mudanças. Há necessidade de uma construção coletiva de um projeto político-pedagógico, revestido de dinamicidade, construindo com toda a comunidade escolar, voltado à formação do profissional capaz de ajudar na construção do modelo assistencial que almejamos. (LOUREIRO e VAZ, 1999, p. 139).

No entender de FREIRE (1996, p. 88), “... *mudar é difícil, mas é possível...*”

Diante destas considerações, acrescentamos uma quarta abordagem no ensino, a humanista. Nela, segundo os estudos de PETTENGILL et al. (1998, p. 22) a ênfase se dá nas relações interpessoais, o enfoque central é o aluno, o professor dá assistência, facilita a aprendizagem.

No tocante à área da saúde, questionamos como o ensino do cuidado humano na enfermagem vem sendo viabilizado na prática.

Fazendo uma breve retrospectiva sobre o cuidado no Brasil, iremos identificar que o cuidado era desvalorizado. As ações curativas ocupavam a maior parte das atividades, gerando um afastamento gradativo das enfermeiras em relação ao paciente. Elas desempenhavam seu papel liderando a equipe de enfermagem, planejando e organizando as tarefas e o cuidado direto ao paciente era desempenhado por profissionais sem preparo.

Na prática, o cuidado era ensinado e desenvolvido com ênfase na técnica na dependência de uma prescrição médica cujo objetivo era o tratamento de uma enfermidade. No que se refere ao ensino, os estudantes de enfermagem compravam de algumas escolas os manuais de técnicas essenciais que continham os passos para a realização dos procedimentos. O objeto da enfermagem “*não estava centrado no cuidado ao paciente, mas na maneira de ser executada a tarefa*”. (WALDOW, 1998, p. 57).

Ainda em um outro trabalho de WALDOW (1998, p. 69) intitulado “Examinando o Conhecimento na Enfermagem”, ela nos relata que:

---

*“As escolas exigiam, de forma bastante rígida, comportamentos ritualísticos na maneira como esses procedimentos deveriam ser executados. Não havia uma real preocupação em conhecer o porquê, mas como fazer”.*

Em meados dos anos 50, a enfermagem buscou uma dimensão científica para a sua prática apoiada no saber médico a fim de fundamentar os procedimentos técnicos. Entretanto, a dimensão biológica permaneceu como enfoque predominante.

Por volta dos anos 70, a enfermagem, numa tentativa de buscar um corpo de conhecimentos e reconhecimento, parte para outras áreas de conhecimento, mas cai em *“contradição na prática, resultando em enfoques biomédicos, ou sociais ou psicológicos”*. (idem, p. 70).

Pressionada pelos interesses capitalistas, a Enfermagem vive um conflito: por um lado busca satisfazer as necessidades da clientela de modo que o cuidado seja humano, integral, mas, na prática, dirige suas ações em direção contrária ao discurso “biopsicossocial”, enfatizando apenas o aspecto biológico através de procedimentos e ações terapêuticas. Assim sendo, acaba por distanciar-se de sua principal meta: *“o cuidado”*. (idem, p. 71).

Evidentemente, com essas fortes raízes históricas, torna-se um desafio ensinar a cuidar.

Vivemos uma fase de transição de paradigmas no ensino de enfermagem. Cada vez mais, torna-se urgente direcionarmos o cuidado como marco referencial para o ensino, um cuidado humanizado.

Para WALDOW, a educação de enfermagem tem:

*“... uma das mais importantes tarefas: a de educar o futuro profissional para a promoção da qualidade de vida humana. Esta tarefa requer um compromisso dos educadores para que esta educação se processe de forma a alcançar sua meta, atendendo a uma necessidade social”*. (1993, p. 108)

Entendemos que, para alcançarmos esta meta é preciso que os educadores tenham uma mesma concepção do que é cuidar.

Segundo alguns autores, compreendemos o cuidar como “... *um movimento que traduz o que ela é profissionalmente.*” (COELHO, et al., 1997, p.63).

*“... comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer...”* (WALDOW, 1998, p. 127).

*“... é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro.”* (BOFF, 1999, p. 33).

Esta maneira de entendermos o cuidar nos direciona para uma educação mais humanística dentro da enfermagem. Não mais um cuidar centrado na “técnica pela técnica”, nas ações terapêuticas visando apenas ao tratamento de uma doença com ênfase no modelo biomédico; mas uma humanização do cuidado centrado na perspectiva do ser/paciente/cliente, no sentido de desenvolver ações e comportamentos que promovam, mantenham e recuperem a dignidade e totalidade humana, no sentido de “*integridade física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e do morrer...*” (WALDOW, 1998, p. 149).

Como já citamos anteriormente, ensinar a cuidar em enfermagem é uma tarefa que requer um compromisso, uma co-responsabilidade entre os educadores. É necessário que os docentes identifiquem o cuidado como um valor; e, um dos aspectos fundamentais para que isso aconteça, é possibilitar um ambiente de cuidado. WALDOW menciona, que o primeiro passo para que a mudança seja possível será o de permitir

*“Mudanças no sentido de dispor-se a aprender junto com alunos, aceitar suas experiências, construir novas experiências que promovam as potencialidades de cada um a fim de se tornarem profissionais de cuidado conscientes, sensíveis, criativos e competentes”.* (WALDOW, 1998, p.199).

---

Nesse ambiente de cuidado entre docente e discente, ambos são aprendizes. Os alunos sentem-se envolvidos no processo de aprendizagem, pensam, refletem sua prática, participam da descoberta e construção de novos conhecimentos. Professores são organizadores, parceiros, compartilham informação, buscam também novos conhecimentos e experiências. Todavia, “*não existem receitas ou manuais de como ensinar cuidado*”. Nesta lógica, os educadores, ao exercitarem o cuidado humano no dia-a-dia, estarão compelidos automaticamente a desenvolver novas estratégias de aprendizagem muito mais criativas e dinâmicas. (WALDOW, 1998, p.199).

Para que o aluno possa ter uma educação em Enfermagem fundamentada no cuidar, é imprescindível que os educadores tenham uma visão do que esse conceito significa e que haja um currículo centrado no cuidar/cuidado que expresse os acordos possíveis com relação à concepção do projeto pedagógico da escola. Desta forma, “*a motivação aumenta e o compromisso com o ensino modifica-se, tornando-se uma tarefa agradável e interessante*”. (WALDOW, 1993, p. 110).

Vê-se, portanto, que a compreensão da co-responsabilidade de todos para o êxito da proposta formativa em Enfermagem é condição importante quando as decisões pedagógicas estão sintonizadas na dimensão do cuidar defendida pela maioria dos docentes.

Finalizando, é útil mencionar que a consolidação desta visão do cuidar em saúde não é meta atingida plenamente, e que, dentro de uma concepção de currículo mais abrangente, deve ser objeto de reflexão e preocupação de todas as disciplinas.

E assim, sustenta-se o eixo deste estudo questionando o papel da disciplina de Semiologia e Semiotécnica na formação da competência humana para o cuidar.

## CAPÍTULO III

### DECISÕES METODOLÓGICAS

Diante das inquietações e indagações que permeiam minha trajetória profissional, entre elas a qualidade do ensino de Enfermagem, a formação do futuro enfermeiro diante da LDB e às Diretrizes Curriculares e a atuação do docente universitário como co-autor desse processo educativo, optamos por privilegiar a investigação tendo como suporte teórico-metodológico a abordagem qualitativa, por ser a que permite tal compreensão na área da saúde.

Justificamos pela abordagem qualitativa porque a mesma permite um contato direto e estreito com a situação em que os fenômenos ocorrem, enfatiza mais o processo do que o produto, retrata a perspectiva dos participantes e também, segundo LÜDKE e ANDRÉ:

*“Ao considerar os diferentes pontos de vista dos participantes, os estudos qualitativos permitem iluminar o dinamismo interno das situações, geralmente inacessível ao observador externo”. (1986, p. 12).*

*“se desenvolve numa situação natural, é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.” (1986, p.18).*

Queremos estudar uma instituição de ensino superior privada, que tem um valor em si mesmo e é singular. Definimos entre os tipos de pesquisa qualitativa o estudo de caso, por ser mais relevante para a pesquisa, visto que constitui uma expressão relevante na pesquisa educacional.

Sendo assim, o estudo de caso:

*“... é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente.”*(Triviños, 1987, p. 133).

### 3.1. TÉCNICAS DE ABORDAGEM

Como técnica de coleta de dados utilizamos os seguintes procedimentos: entrevista semi-estruturada e análise documental.

Segundo Lüdke (1986, p. 33-34) a entrevista representa um dos instrumentos básicos para coleta de dados, permite um caráter de interação, uma atmosfera de influência recíproca entre o entrevistado e o entrevistador, possibilitando um clima de liberdade e espontaneidade necessárias e ainda:

*“... a grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos.”*

Não obstante, reconhecendo o valor desta técnica, queremos privilegiar e citar a entrevista semi-estruturada:

*“... aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.”* (Triviños, 1987, p. 146).

Entrevistamos todos os docentes seguindo as exigências e cuidados requeridos pelo tipo de entrevista acima citada, em um local e horário marcados de acordo com a preferência do entrevistado, procurando a perfeita garantia do sigilo e anonimato em relação ao informante.

O registro da entrevista foi realizado por meio de gravação, permitindo nos atentar para as expressões orais e dar atenção aos entrevistados.

Outro recurso utilizado foi a análise e/ou pesquisa documental, constituída numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos. Foi

---

realizados um levantamento do acervo da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, referente a sua história e tradições, seu Projeto Político-Pedagógico, ementas de disciplinas, resoluções do Ministério da Educação, regulamentações das Diretrizes Curriculares Nacionais, que retratam a evolução do ensino da Enfermagem no Brasil e outros quaisquer documentos relevantes utilizados como fonte de informação.

A análise documental busca identificar informações factuais nos documentos; possui uma série de vantagens: São fontes estáveis, ricas e naturais de informação, podem ser consultadas várias vezes, são de baixo custo, entre outras. (Lüdke, André, 1986:39).

### 3.2. OS SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa foram os docentes que fazem parte do Departamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), e que possuem formação acadêmica e profissional em Enfermagem. Dos 19 enfermeiros da instituição foram selecionados aqueles que ministram as seguintes disciplinas: *Noções Fundamentais de Semiologia e Semiotécnica II, Administração e Assistência de Enfermagem (Clínica e Cirúrgica, Preventiva e Coletiva, Psiquiatria e Materno-Infantil)*. Também os docentes responsáveis pelo Estágio Supervisionado. Estes docentes, além de ministrarem as aulas teóricas, são responsáveis em acompanhar e avaliar os alunos em laboratório de técnicas e ensino clínico. Totalizam 15 (quinze) docentes, com a seguinte titulação:

- 4 (quatro) especialistas;
- 6 (seis) mestres;
- 2 (dois) mestrandos;
- 2 (duas) doutorandas;
- 1 (uma) doutora.

Dos 15 (quinze) docentes apenas uma não é formada pela mesma instituição. Os professores que ministram as aulas teóricas e práticas da disciplina *Noções Fundamentais de Semiologia II*, que é alvo do trabalho, são graduados na

mesma instituição em que lecionam. São 4 (quatro) docentes com capacitações diferentes: 1 (uma) especialista, 1 (uma) mestre, 1 (um) mestrando e 1 (uma) doutoranda. O tempo em que vêm ministrando esta disciplina varia de 5 a 18 anos. Estes docentes não conseguem acompanhar a evolução do produto do seu trabalho, porque nos semestres seguintes não retornam com os mesmos alunos, nem em aulas teórica ou prática.

### 3.3. O CENÁRIO

A pesquisa foi realizada na Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), com sede em Itajubá, MG, um estabelecimento isolado, particular, de ensino superior, que foi criado por ato da Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Itajubá, em 1954. Conta atualmente com cerca de 200 alunos no curso de graduação.

A seguir descreveremos o cenário, com dados extraídos do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) da EEWB do ano 2002.

#### 3.3.1. Histórico

A Escola de Enfermagem Wenceslau Braz é uma entidade Confessional Católica, sem fins lucrativos – Sociedade Religiosa, Moral e Científica.

**A - sua missão:** desenvolver e difundir o conhecimento e a cultura, bem como promover a formação integral e permanente das pessoas e profissionais comprometidos com a vida e o progresso da sociedade quanto à prevenção, promoção, restauração e reabilitação da saúde;

**B-suas finalidades:** o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo contemporâneo, em particular os nacionais e regionais, e à prestação de serviços especializados à comunidade, para estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;

o incentivo ao trabalho de pesquisa e investigação científica, visando ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia, à criação e difusão da cultura, para desse modo desenvolver o entendimento do ser humano e do meio em que vive;

a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos como patrimônios da humanidade, e a comunicação do saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;

a promoção da extensão, aberta à comunidade, com vistas à difusão dos avanços e benefícios resultantes do conhecimento da própria cultura, da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição.

### **3.3.2. Áreas de Atuação e Inserção Regional**

Além de Itajubá, as atividades de integração se estenderam pelas cidades vizinhas: Brasópolis, Piranguinho, Wenceslau Braz e várias outras.

Para o desenvolvimento de suas atividades práticas, conta com a Santa Casa de Misericórdia de Itajubá, o Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá, a Policlínica e os Postos de Saúde de Itajubá, o Hospital Regional “Samuel Libânio” de Pouso Alegre e também Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde de Campos do Jordão.

No seu plano de expansão, visando à prestação de serviços e extensão comunitária, criou várias unidades: IESAI (Instituto de Educação para a Saúde Integral) em 1991; em 1993 o Ambulatório de Lesões e Pele; em 1995 foi criada a Enfermagem Júnior, associação civil, sem fins lucrativos; em 1996, o PIAC (Programa de Incentivo ao Autocuidado); e em 2001 o Centro de Atendimentos de Enfermagem Irmã Zenaide Nogueira Leite.

E como reconhecimento público de sua atuação, no dia 14 de fevereiro de 2001 a Escola recebeu do governador do Estado de Minas Gerais, Itamar Augusto Cautiero Franco a Ordem do Mérito da Saúde, no grau “Medalha do Mérito da Saúde” pelos serviços prestados à Saúde em Minas Gerais.

### **3.3.3. Diretrizes Pedagógicas**

É norma fundamental da Escola estar sempre atenta às Diretrizes do MEC e do Conselho Nacional de Educação no desenvolvimento de seus trabalhos e orientação pedagógica. A partir daí, tem sua estrutura curricular para o curso de graduação organizada em disciplinas que resultam das matérias do currículo mínimo fixado pelo Conselho Nacional de Educação e disciplinas complementares ministradas pela Escola como obrigatórias.

O currículo mínimo do curso de Enfermagem contém as seguintes áreas temáticas a serem desenvolvidas:

1. Bases biológicas e sociais da Enfermagem;
2. fundamentos da Enfermagem;
3. assistência de Enfermagem;
4. administração em Enfermagem.

A organização didático-pedagógica se desenvolve por meio da coordenação acadêmica, da organização acadêmico-administrativa e da atenção aos discentes. (PDI, 2002:6).

#### **3.3.4. Dos Objetivos**

Como Escola Confessional Católica, tem como objetivos gerais:

1. Dedicar-se à formação de profissionais da saúde que saibam respeitar a dignidade da pessoa humana, garantindo uma presença cristã no mundo universitário em face dos grandes problemas da sociedade e da cultura.
2. Dar ao aluno formação moral esmerada, fundamentada numa Ética de princípios filosóficos seguros e numa Antropologia Filosófica capaz de imprimir em sua identidade características peculiares, reconhecíveis onde quer que ele vá exercer suas atividades específicas.
3. Criar o profissional consciente do valor do conhecimento humano e da necessidade de acompanhar seu desenvolvimento, até mesmo ao ponto de contribuir para ele com suas próprias investigações.
4. Formar o cidadão fraterno e solidário, aberto ao diálogo, amante da justiça, capaz de se dedicar aos mais fracos. E respeitador do meio ambiente como fator de vida. (PDI, 2002: 6).

#### **3.3.5. Corpo Docente**

##### **A) Estruturação**

Na EEWB há 30 docentes; destes, 2 (dois) são doutores, 11 (onze) mestres, 10 (dez) especialistas, 3 (três) mestrandos e 4 (quatro) doutorandos. Dos 10 (dez) especialistas, 3 (três) são mestrandos; dos 11(onze) mestres, 4 (quatro) são doutorandos. Os que têm formação pedagógica somam 80%. Em relação ao tempo de exercício no magistério superior, 53,3% dos docentes têm

mais de dez anos de experiência; 83,2% têm experiência de magistério no ensino fundamental e médio; 69,9% têm experiência profissional fora do magistério, na área de formação. Dos 30 docentes, 19 são enfermeiros, ex-alunos da Instituição, e destes 17 são professores exclusivamente desta Escola; 11 não são enfermeiros.

Há também os docentes com qualificação acadêmica em Medicina, Teologia (Toulouse/França), Matemática e Física, Letras, Psicologia, Farmácia e Bioquímica, Licenciatura em História e Pedagogia. (PDI, 2002: 16-23).

#### B) Regime de Trabalho

Atualmente há 6 (seis) docentes em tempo integral de 40 horas semanais, 12(doze) em tempo parcial e 12(doze) horistas.

Dos docentes que ministram a disciplina *Noções Fundamentais de Semiologia e Semiotécnica II* é relevante destacar que, dos 4 (quatro) docentes, 3 (três) trabalham em tempo parcial de vinte e duas horas e 1 (um) em tempo integral de 40 horas semanais. (PDI, 2002: 29).

#### 3.3.6. Perfil do Profissional

Segundo o Projeto Político Pedagógico da EEWB (2002:22-25), o enfermeiro graduado por essa Escola deverá:

“... ter formação generalista, ser crítico e reflexivo. É um profissional capaz de conhecer e intervir nos problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes...”

Esse profissional deve possuir competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas, que podem:

- Atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas.
- Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional.
- Estabelecer novas relações com o contexto, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.
- Responder às especificidades regionais de saúde de intervenções planejadas estrategicamente, em nível de promoção e reabilitação à saúde.

- Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos da população.
- Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde.
- Reconhecer-se como sujeito no processo de formação de recursos humanos.
- Compreender-se com os investimentos voltados para a solução de problemas sociais.
- Sentir-se membro do seu grupo profissional.
- Reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem.”

### 3.3.7. O Curso

É aberto a candidatos que hajam concluído o ensino médio ou equivalente. São oferecidas 50 vagas para os candidatos. A EEWB obedece às exigências legais relativas à autorização de funcionamento e reconhecimento. O currículo do Curso é elaborado segundo as diretrizes curriculares estabelecidas pelo Poder Público. Tem duração de 3.850 horas, integralizáveis no mínimo de 4 (quatro) e no máximo de 7 (sete) anos letivos. (Regimento aprovado em 08/08/2001).

O ano letivo compreende 2 (dois) períodos regulares de 100 (cem) dias de trabalho escolar efetivo cada um, não se incluindo neles o tempo reservado a exames finais.

Do ponto de vista didático-pedagógico, o curso está dividido em 3 grandes blocos: a parte teórica, a parte prática e o estágio supervisionado. Funciona em tempo integral, podendo ser utilizado, segundo a necessidade, o período noturno. A hora-aula tem duração de 50 (cinquenta) minutos, em qualquer que seja o turno.

O aluno, para concluir o curso de graduação em Enfermagem na EEWB, deverá apresentar um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que constará de um Projeto de Pesquisa ou de uma Pesquisa Bibliográfica a ser desenvolvida na *disciplina Metodologia da Pesquisa*, durante o 4º ano.

### 3.3.8. Infra Estrutura Física e Acadêmica

O prédio tem 4 andares. Possui auditório, biblioteca, sala de reuniões, salas de professores, lanchonete, um Centro de Atendimento de Enfermagem, salas de aula, laboratório de clínicas especializadas (Laboratório de Habilidades

de Enfermagem I e II, Laboratório de Ciências Básicas I e II) e laboratório de informática.

### **3.3.9. Seleção de Conteúdos**

Segundo o PDI (2002, p. 39-40), a EEWB selecionou para o seu currículo as seis áreas temáticas abaixo relacionadas, pautadas nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem:

#### **I- Como bases biológicas e sociais da Enfermagem:**

##### **a) Ciências Biológicas:**

- Morfologia (Anatomia, Histologia)
- Fisiologia (Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia, Biofísica e Nutrição)
- Patologia (Processos Patológicos Gerais, Parasitologia, Microbiologia, Imunologia)
- Biologia (Citologia, Genética e Evolução, Embriologia)

##### **b) Ciências Humanas:**

- Antropologia / Filosofia
- Sociologia
- Psicologia Aplicada à Saúde (Geral, Evolutiva e Saúde Mental)
- Comunicação (Português, Língua Estrangeira, Informática em Enfermagem)
- Cultura Religiosa

#### **II- Fundamentos de Enfermagem**

- História da Enfermagem
- Exercício da Enfermagem (Deontologia, Bioética, Ética Profissional e Legislação)
- Epidemiologia
- Bioestatística
- Saúde Ambiental / Ecologia
- Noções Fundamentais de Semiologia
- Saúde Coletiva
- Metodologia da Pesquisa

#### **III- Assistência de Enfermagem (criança, adolescente, mulher, adulto e idoso):**

- Clínicas e Cirúrgicas
- Psiquiátricas e Saúde Mental
- Materno-Infantil (Gineco-obstétrica)

- Preventivas e Coletivas
  - Enfermagem em Geriatria e Gerontologia
  - Enfermagem em Saúde da Família
- IV- Administração em Enfermagem**
- Administração do Processo de Trabalho de Enfermagem
  - Assistência de Enfermagem
- V- Ensino de Enfermagem**
- VI- Estágio Supervisionado**

### 3.4. ALVO DA PESQUISA

Interessamo-nos pela disciplina *Noções Fundamentais de Semiologia*, levando em consideração algumas razões.

Primeiro, julgamos sua contribuição significativa na preparação e formação do futuro profissional. Segundo, porque esta disciplina possibilita a primeira experiência prática de enfermagem do aluno com o cliente/paciente e tem como um dos seus objetivos o de instrumentalizar o aluno para assistir o indivíduo, a família e a comunidade de forma humanizada.

Ela ensina os procedimentos básicos que nortearão o cuidar em enfermagem. É considerada como disciplina básica, fundamental; para isto possui uma carga horária teórico-prática bem extensa, 360 horas/aula, distribuídas em dois semestres letivos com as denominações de Semiologia e Semiotécnica III e IV, desenvolvidas no terceiro e quarto períodos do curso.

Enfim, esta disciplina tem um papel relevante para o curso de graduação de Enfermagem, visto que as demais disciplinas que são desenvolvidas nos períodos seguintes necessitam receber alunos com competências e habilidades para poderem continuar o processo de ensino em disciplinas especializadas.

Faremos a seguir uma descrição pormenorizada da disciplina *Noções Fundamentais de Semiologia*, alvo da pesquisa; estruturada como *Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem III* e *Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem IV*.

## A) Semiologia e Semiotécnica III

Ministrada no 1º semestre, no III período do curso de graduação, com uma carga horária de 180 horas/aula, distribuídas em teóricas-práticas.

É caracterizada como:

*“Disciplina teórico-prática, multidisciplinar. Leva o aluno a adquirir uma sólida fundamentação de informações básicas do processo saúde-doença, compreendendo os fundamentos da prática de enfermagem, com o domínio de conceitos e habilidades para que possa sistematizar com qualidade a Assistência de Enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade. Essencial para a preparação e formação profissional. (EEWB, Plano de Ensino: 2003 a).”*

**Ementa:** *“Continuação ao estudo da Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem II; Conceitos Fundamentais de Enfermagem (Instrumentos Básicos de Enfermagem (IBE), Hospital e Processo de Enfermagem); Habilidades Fundamentais de Enfermagem (admissão, alta, transferência, sinais vitais, exame físico, higiene, massagem de conforto, prevenindo infecções, mecânica do corpo, postura e movimentação, medicação, colheita de material para exames, nutrição. Inicia a Sistematização da Assistência de Enfermagem. ”(EEWB, Plano de Ensino: 2003 a).”*

Seus objetivos gerais procuram instrumentalizar o aluno na Assistência Humanizada ao cliente/paciente, respeitando os princípios da ética/bioética; e também prestar assistência sistematizada de enfermagem ao indivíduo nos três níveis de atenção à saúde. É trabalhada em 3 (três) unidades distintas: “Conceitos Fundamentais de Enfermagem (30 horas/aula), Habilidades Fundamentais de Enfermagem (50 horas/aula) e Prática dos Conceitos e Habilidades Fundamentais de Enfermagem (92 horas/aula). ”Utilizam como metodologia do ensino aulas dialogadas, técnica de observação, demonstração e treinamento no Laboratório de Habilidades de Enfermagem, trabalhos individuais e em grupo, entrevistas, seminários, entre outras. (EEWB, Plano de Ensino: 2003).

## **B) Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem IV**

Ministrada no 2º semestre, no IV período do curso de graduação, com uma carga horária de 180 horas/aula, distribuídas em 100 horas teóricas e 80 horas práticas.

Sua caracterização e objetivos gerais são os mesmos da Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem III. O que a diferencia são suas ementas e conteúdos:

*Ementa: "Continuação ao estudo da Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem III; prevenção e tratamento das lesões cutâneas, sondagens, ostomias, exame físico, medicação. Desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem e estudo do paciente com dor, paciente grave e agonizante."*

*Conteúdo: Unidade I: Habilidades Fundamentais de Enfermagem (Administrando Medicamentos, Cuidando das Feridas, Sondagens e Ostomias); 110 horas/aula.*

*Unidade II: Assistência de Enfermagem às necessidades bio-psico-sócio-espirituais do paciente que sofre dor, graves e agonizantes, 5 horas/aula.*

*Unidade III: Sistematização da Assistência de Enfermagem, 25 horas/aula.*

*Unidade IV: Exame Físico (continuação), 40 horas/aula. (EEWB, Plano de Ensino: 2003 b).*

### **3.5. A COLETA DOS DADOS**

Foi elaborado um roteiro para entrevista contendo 5 (cinco) perguntas para os docentes que são responsáveis pela disciplina *Noções Fundamentais de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem* e 6 (seis) perguntas para os demais docentes que recebem os alunos desta disciplina. Durante a entrevista, procurou-se obter o máximo de informações sobre o tema. O roteiro encontra-se em anexo.

Foram entrevistados quinze docentes. As entrevistas foram gravadas e transcritas em seguida, na íntegra, pela pesquisadora, no sentido de evitar perda ou deturpação de informações. O roteiro da entrevista encontra-se em anexo.

## CAPÍTULO IV

### O QUE OS DADOS REVELAM

Convém lembrar que os dados foram obtidos através de entrevista semi-estruturada, o que deu espaço para cada um dos docentes compor sua resposta de maneira própria.

Após várias leituras do material coletado e compreender sua tendência central direcionada ao cuidar em enfermagem, optamos por delimitar os dados obtidos em três grandes categorias construídas *a priori* para a elaboração da análise. São elas: “Concepções de Cuidar em Enfermagem, Princípios Pedagógicos no Ensino do Cuidar e o Papel das Disciplinas na Formação Profissional”.

Apresentaremos os dados a partir de dois grandes enfoques. O primeiro refere-se ao posicionamento dos docentes que são responsáveis pela disciplina de *Semiologia e, Semiotécnica* e no segundo, dos demais docentes que lecionam nos anos subsequentes. A discussão dar-se-á de forma integrada.

Os dados colhidos foram agrupados e revelam grandes eixos de concepção tecnicista, humanista e de transição.

### CONCEPÇÕES DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

Há forte predomínio nos discursos da concepção tecnicista que permeia a biologicista.

Assim-se manifestam os docentes da disciplina de Semiologia e Semiotécnica na concepção **tecnicista**:

*“Eu ensino o cuidar para o aluno primeiramente através de todos os procedimentos de enfermagem...” Prof. 4*

*“(...) e o procedimento que ele não viu aqui em sala de técnica ou em sala de aula, eu faço e o aluno observa”. Prof. 6*

*“(...) o aluno é orientado qual o cuidado que ele vai prestar ao paciente(...), como uma massagem de conforto, mudança de decúbito enfim, qualquer tipo de cuidado(...), pois o aluno só vai para o campo se ele primeiro tiver a técnica no laboratório...” Prof. 7*

No que se refere ao enfoque tecnicista dado, esses discursos confirmam o traço biologicista:

*“Bom, eu acredito que (...) cuidar em enfermagem é todo ‘ente’ que envolve o nosso trabalho e profissão; o objetivo da nossa profissão é o cuidar”. Prof. 1*

*“(...) cuidar em enfermagem é muito complexo (...) eu acredito que o cuidar envolve o cuidar direto como o indiretamente (...). Eu ensino meus alunos a cuidarem do doente de forma direta ou indo ao campo, seja na clínica médica ou na clínica cirúrgica onde ele vai dar cuidados(...), nós visamos para o aluno o lado biológico do paciente e tem a forma indireta, que seria através da pesquisa(...), estudando os sinais e sintomas do paciente(...) ou ele prescrevendo em um balcão de um hospital...” Prof. 4*

*“Cuidar em enfermagem é a essência da enfermagem...” Prof. 5*

*“Cuidar em enfermagem é prestar assistência direta ao paciente...” Prof. 6*

*“Cuidar é a essência da enfermagem; a base de toda enfermagem (...), é o cuidado”.* Prof. 7.

Observamos nestes depoimentos o predomínio da racionalidade biológica e tecnicista, uma concepção de cuidar voltada para a atenção ao processo de cura e recuperação do paciente. E isto nos faz reportar aos primeiros currículos do curso de graduação em enfermagem, em que havia um discurso de prevenção à doença, mas que, na prática, prevalecia uma preocupação de cunho curativo, um cuidar centrado no molde do interesse capitalista.

Reiterando, BAGNATO,

*“No ensino de enfermagem, não é possível negar o legado histórico de uma formação tradicionalmente técnica, com enfoque biologizante/mecanicista/curativo (...).”(1999, p. 47)*

E hoje, analisando as falas dos docentes, ainda prevalece a atenção também voltada para o modelo clínico. Aliás, como bem esclarecem LOUREIRO e VAZ:

*“... o modelo clínico, que nasceu para atender a necessidade do capitalismo de garantir a força de trabalho instrumentalizou-se com o saber anátomo-fisiológico e com o objetivo de recuperação/cura do corpo individual. A partir deste conhecimento fragmentado, e para atendê-lo, o cuidado/assistência de enfermagem se fragmentou”.(1999, p. 143).*

Isto nos faz suspeitar que ensino de *Semiologia e Semiotécnica* vem carregado desse olhar, voltado para uma formação centrada na atenção hospitalar. Isto reforça as habilidades psicomotoras, treinamento, devolução de procedimentos. O aluno de segundo ano aguarda, com certa expectativa, o seu primeiro contato com a realidade de enfermagem. Segundo o trabalho de ANGELO (1989, p.33);

*“A primeira experiência prática de enfermagem tem como um dos objetivos, o desenvolvimento da aluna na execução de procedimentos de enfermagem (...) Ela sabe que no campo de prática, deverá realizar em uma pessoa doente, procedimentos com os quais até então teve contato através de aulas teóricas, com ou sem demonstração pela professora, ou de situação*

---

*simulada, onde pôde experimentar a realização da técnica em uma colega ou em manequim, no laboratório de enfermagem”.*

Sob o ponto de vista da concepção de cuidar que orienta este trabalho, esta dimensão estreita reduz e prejudica a formação mais ampliada do enfermeiro. Enfermagem não é só o cuidar biológico, não é só técnica, vai além, abrange a perspectiva da integralidade da assistência, como pode-se observar nas descrições abaixo:

*“... poderemos ultrapassar o modelo biológico, curativista, propor o cuidado de enfermagem para além da técnica, da quantificação e da observação de sinais e sintomas”.* (LOUREIRO e VAZ, 1999, p. 142).

*“O cuidado, como um processo interativo e não somente sob o ponto de vista técnico...”* (WALDOW, 1998, p. 199).

O aluno, ao aproximar-se pela primeira vez do paciente para realizar um procedimento real, geralmente fica invadido de vários sentimentos; torna-se um momento muito difícil e o fato de ter que se preocupar com o preparo do paciente, do ambiente, do material e com a própria execução, faz com que o cuidado não seja visto “como um processo interativo”, porque na prática o aluno não consegue ver o paciente, há algo que chama mais sua atenção: o procedimento (ANGELO, 1989, p. 36).

Entretanto, é compreensível que tudo isso seja fruto do modelo de ensino vigente, centrado no modelo clínico. Porém, há hoje um certo conflito, uma necessidade do resgate do cuidado humanizado.

Há forte predomínio nos discursos da concepção humanística, que permeia o cientificismo.

Assim se manifestam os docentes na concepção **humanística**:

*“Entendo cuidar como assistir o cliente de forma integral de acordo com a necessidade que ele tenha”.* Prof. 2

*“Cuidar em enfermagem é atender o cliente de forma integral satisfazendo suas necessidades biopsicossociais e espirituais”.* Prof. 3

---

*“(...) no segundo ano o aluno (...) vai observando também o lado espiritual do paciente ou mesmo algum auxílio, uma conversa...” Prof. 4*

*“Em relação a tudo o que nós temos visto, está faltando um pouco mais de carinho no que se refere à humanização dentro do cuidar; nós tentamos transmitir (...) nós levamos o aluno a enxergar as necessidades do paciente e prestar cuidado de forma humanizada (...) cuidar em enfermagem é estar junto ao paciente (...) prestando um cuidado adequado”. Prof. 6*

*“Cuidar em enfermagem (...) é prestar assistência integral, tanto física como emocional”. Prof. 9*

*“(...) eu entendo o cuidar como o objetivo do enfermeiro de resgatar o cuidar humanizado, o cuidado que vem do paradigma holístico...” Prof. 12*

*“Cuidar em enfermagem transcende a assistência de enfermagem (...) eu acho que o cuidar pode ser um toque que você dá (...) uma palavra que você consegue acertar em um momento preciso...” Prof. 13*

*“Cuidar em enfermagem para mim é verificar as necessidades do cliente e prestar o cuidado referente àquilo que ele está necessitando frente ao diagnóstico que se faz...” Prof. 14*

*“Cuidar (...) seria as ações de enfermagem voltada para o paciente levando em consideração a sua individualidade e as suas necessidades, atingindo-o na sua totalidade, isto é, o ser humano biopsicossocial e espiritual”. Prof. 15*

No que se refere ao enfoque humanístico dado, essas declarações confirmam o traço cientificista:

*“O cuidar para mim é a essência da enfermagem (...) não pode ser um cuidado empírico, tem que ser um cuidado baseado no cientificismo (...) esse cuidar deve estar embutido em todas as nossas ações”. Prof. 8*

*“(...) o cuidar é científico porque entendo que o cuidar para nós, enfermeiros, tem que ser baseado na justificativa, no porquê do cuidar...” Prof. 11*

Estes conceitos vêm reforçar a necessidade de uma educação em enfermagem voltada para o cuidado humanizado, para uma competência humana ao cuidar. Um cuidado humanizado envolve uma forma ética e estética de viver, envolve atitudes, sentimentos, respeito à dignidade humana, conhecimento científico, conhecimento do outro ser, interação pessoal com o ser cuidado; em que o cuidador não considera o paciente como uma categoria patológica e suas relações não se dão de forma impessoal, apenas no aspecto técnico, realizando procedimentos num corpo qualquer. (WALDOW, 1998, p.135). Segundo a autora:

*“... temos a necessidade de revisão de valores mais humanísticos que têm se insinuado, um retorno a algumas tradições e a busca e o reconhecimento da espiritualidade do ser humano”.(p. 199).*

Acreditamos que se nossas concepções de cuidar chegarem ao mesmo eixo norteador, chegaremos, com certeza, à competência humana para o cuidar. Ratificando, DELUIZ (2001, p. 13) nos diz:

*“A noção de competência humana é fundamental na área da saúde, na medida em que a nova visão de qualidade em saúde considera não só os aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática profissional, mas inclui a humanização do cliente”.*

O conhecimento científico é inerente ao cuidado humano, e esta visão deve ser ensinada ao aluno, reafirmando não apenas o saber-fazer que também é relevante, mas, o porquê fazer. Nesta abordagem, estaremos contribuindo para uma excelência na formação profissional.

O processo de cuidar é definido por WALDOW como:

*“... o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico...” (idem, 1996, p. 149).*

Na Resolução do Conselho Nacional de Educação 3/2001 concernente às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, listam-se no artigo 5º “os conhecimentos requeridos, as competências e

habilidades específicas para a formação do enfermeiro”. Entre eles gostaríamos de ressaltar:

*VIII – “ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança”;*

*XVI – “atuar nos diferentes cenários da prática profissional...”*

*XVII – “identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população...”*

*XX – “prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade”;*

Como se vê, para entender estes requisitos é mister revermos nossas estratégias de ensino, a fim alcançarmos seus objetivos. É um desafio, em nossa realidade vigente, formar um enfermeiro generalista, humanista, crítico e reflexivo mantendo a mesma prática pedagógica conservadora. Estas novas propostas chocam-se com a atual prática do docente de enfermagem.

O Projeto Político-Pedagógico existe, o discurso é progressista voltado para o futuro, porém:

*“... muitos professores não conseguem ainda, superar o conservadorismo em que foram formados, reproduzindo práticas desvinculadas da proposta inovadora...” (DE SORDI, et al, 1996, p. 94).*

Na medida em que o professor antes de sê-lo é enfermeiro, é pessoa, tem concepções de mundo, de educação e de cuidar em enfermagem, carrega conseqüentemente para dentro do processo de ensino essas concepções e portanto as opções que faz no campo pedagógico. E ainda:

*“O docente de hoje foi formado em um modelo onde, muitas coisas com que desejamos romper, agora, eram a tônica. Sendo assim, a mudança esperada é lenta, fazendo com que este docente não consiga, mesmo que inconscientemente, transformar suas atitudes que há muito o acompanham...” (idem, p. 95).*

Ao considerarmos os dois eixos que evidenciam a concepção de cuidar em enfermagem, percebemos que há uma terceira concepção que permeia o discurso dos docentes que intitulamos de **transição**.

Identificamos esta tendência através do seguinte questionamento: por que os docentes que ministram a disciplina de *Semiologia e Semiotécnica* possuem uma visão mais tecnicista e os outros professores, mais humanística?

Levantamos algumas hipóteses a cerca desta questão:

1. Será que os professores que ministram a disciplina de *Semiologia e Semiotécnica* incorporaram a idéia de que é sua a responsabilidade de darem conta do produto esperado?
2. Será que mesmo sabendo da importância de ensinar um cuidado humanizado, estes professores acreditam que serão cobradas pelos colegas de trabalho as eficiências do aluno em “saber fazer” os procedimentos?

Possivelmente, esta inquietação faz com que os professores desta disciplina permaneçam na racionalidade técnica.

Os educadores possuem um discurso moderno, bonito; almejam que o aluno desenvolva suas atividades além das habilidades psicomotoras, tenha capacidade de análise e de crítica, de resolução de problemas, que exercite a autonomia, tenha visão de mundo dentro da ética, estética etc. Falam que a Enfermagem vai além, é muito mais do que simples execução de tarefas, de técnicas. Todavia quando o aluno chega ao campo de prática tem a concepção de que ele deve saber fazer, ter domínio, ter habilidades para prestar o cuidado ao cliente. Vale salientar que:

*“O que vai determinar se uma formação Profissional se dá num sentido progressista, crítico-reflexivo ou conservador e tecnicista, em grande parte, é o modo de entender e fazer a educação, de como ela é trabalhada em sala de aula...” (DE SORDI, BAGNATO, 1998, p. 85).*

Ousamos incluir também como a educação é trabalhada nos campos de aulas práticas e de estágio supervisionado.

Outrossim, na operacionalização do trabalho, reproduzimos na prática a mesma visão do passado, fragmentada, compartimentalizada, desarticulada e, por que não, tecnicista.

Várias hipóteses poderiam ser elencadas a cerca desta questão:

1. É responsabilidade dos professores que ministram a disciplina de *Semiologia e Semiotécnica* instrumentalizar o aluno para prestar assistência humanizada ao cliente/paciente.
2. No campo de prática, os alunos devem produzir, mostrar “serviço”, entrar na rotina da instituição a fim de manter o espaço de aprendizagem.
3. Há grande preocupação docente com as especificidades de sua disciplina e com os conteúdos que devem ser trabalhados, não permitindo, assim, atender as dificuldades técnicas dos alunos caso apareçam.
4. As atividades nos campos de práticas acontecem tão rapidamente que os alunos devem apresentar competências técnicas para o cuidar.
5. A carga horária disponível é muito restrita para ser utilizada no aprimoramento das habilidades técnicas, por isso o aluno já deve vir com domínio das técnicas.

Surpreendentemente estes mesmos docentes que sinalizam terem superado a visão tecnicista, desejarem outro perfil profissional, quando questionados sobre que competências e habilidades esperam encontrar nos alunos que concluíram a disciplina de *Semiologia e Semiotécnica* assim se posicionam:

*“(...) espero que o aluno chegue já dominando perfeitamente toda habilidade necessária para o manuseio de uma seringa para a aplicação de uma injeção...”*

Prof. 2

*“Eu espero encontrar no terceiro e quarto ano habilidades básicas de semiotécnica, destreza manual...”* Prof. 5

*“Nós pensamos que eles tenham os conhecimentos e técnicas, por exemplo, de sondagem vesical, nasogástrica, passar um catéter de oxigênio, puncionar uma veia, dar uma medicação...”* Prof. 8

---

*“Eu espero o mínimo de conhecimento teórico e prático e de habilidade no exame cefalocaudal, puncionar uma veia, controle de sinais vitais (...) administração de medicamentos etc”. Prof. 9*

*“Algumas das técnicas que o aluno deve dominar são as de cateterismo vesical, puncionar uma veia de bom calibre, principalmente todo o conhecimento relacionado ao manuseio de material esterilizado para não levar contaminação ao paciente (...) Eu preciso que ele desenvolva as técnicas mínimas, isto não quer dizer que o aluno vá fazer todas as técnicas, mas se surgir a oportunidade ele tem que saber”. Prof. 11*

*“Eu espero que o aluno domine o exame físico, habilidades técnicas, o conteúdo teórico (...) que consiga associar a teoria com a prática...” Prof. 12*

*“O aluno deve ter domínio da Semiologia e Semiotécnica, isto é fundamental (...) Agora, não pode ter domínio de uma técnica só, tem que ser de todas...” Prof. 13*

*“Resumindo, o aluno deve ter conhecimento teórico, habilidade prática, destreza manual não na profundidade, mas a destreza de que quando fosse lidar com qualquer material ele já tivesse maior habilidade”. Prof. 14*

Neste tipo de ensino com enfoque tecnicista,

*“... reforçam-se as dicotomias prevenção e cura, trabalho manual e trabalho intelectual, teoria e prática, indivíduo e coletividade, perdendo a perspectiva da totalidade, de articulação estrutural necessária à transformação”.(BAGNATO, 1999, p. 47)*

Consideramos que concepções do cuidar acabam interferindo em decisões pedagógicas numa certa maneira de ensinar. Identificamos, no presente estudo, a valorização dos seguintes princípios pedagógicos que, a seguir, discutiremos.

### **“Princípios Pedagógicos no Ensino do Cuidar”**

As tendências observadas foram:

A- Ensino do cuidar baseado na relação teoria – prática desarticulada.

*“Eu ensino o cuidar para o aluno (...) em sala de aula e, em seguida, no laboratório; eu dou o teórico e a prática...” Prof. 4*

*“Primeiro nós damos ao aluno a teoria (...) depois levamos o aluno para o campo e percebíamos que ficava um ensino muito abstrato, o aluno do segundo ano não conseguia enxergar esse cuidado...” Prof. 6*

*“Primeiro nós ensinamos que o cuidado é sistematizado (...) seguimos a sistematização de enfermagem (...) fazemos de forma teórica para que o aluno tenha uma base...” Prof. 7*

*“(...) nós partimos sempre da teoria para a prática; primeiro na Escola durante as aulas teóricas desenvolvemos resenhas (...) treinamento e laboratório onde ele vê o que vai acontecer no campo (...) quando estamos em aulas práticas na comunidade percebemos que 80% do que foi trabalhado em laboratório e na teoria fica a impressão de que não ficou nada, recomeçamos tudo juntos...” Prof. 10*

Percebemos que ainda predomina em sala de aula universitária o ensino fundamentado na metodologia tradicional, através da exposição verbal de conteúdos pelo professor. Este processo educativo, que inicia do abstrato para o concreto, não contribui para uma produção solidificada do conhecimento.

WALDOW (1993, p. 110) declara,

*“A sala de aula tradicional é organizada de forma a que o professor seja o centro de atenções, o fornecedor de informações (...) os alunos ouvem, o professor fala. Mesmo nas salas de aulas cuja organização é a de seminário (...) a mudança é apenas na*

---

*disposição das cadeiras. Embora exista maior discussão, não há verdadeira interação, como argumentação e troca entusiástica de idéias”.*

Esta metodologia tradicional traz várias conseqüências para a formação dos futuros profissionais. Segundo BAGNATO (1999, p.16) e FREIRE (1975, p.66), nesse processo predomina a autoridade do professor como sujeito educativo, caracterizando uma forma de ensino “bancário” em que os educandos são os depositários e o educador o depositante. O educando assume um papel passivo, não questionador, recebe o conteúdo, memoriza, repete e arquiva. Nesta situação, o aluno não aprende, passado algum tempo o que foi memorizado cai no esquecimento, pois o mesmo não teve a oportunidade de construir o conhecimento.

No entender dos autores abaixo,

*“Na enfermagem, esta pedagogia vem formando profissionais acríticos, dóceis e submissos, que sendo incompetentes politicamente, acomodam-se ao sistema e servem aos interesses das classes hegemônicas”.* (LOUREIRO e VAZ, 1999, p.137).

*“A nossa experiência na área de ensino nos mostra que a metodologia tradicional ainda está bastante presente no ensino da área da saúde, o que nos faz repensar com que objetivos, finalidades, para servir a que ou a quem, formamos estes profissionais?”* (BAGNATO, 1999, p.17)

Na proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais, interessa a formação de profissionais competentes, habilidosos, críticos, reflexivos, capazes de tomarem decisões e de resolverem problemas de saúde. Como será possível se a teoria estiver desarticulada da prática no ensino de enfermagem?

Como bem esclarecem DE SORDI e BAGNATO (1998, p.84), não existem dois momentos distintos, o da teoria e o da prática. Acreditamos que a construção de conhecimento no processo ensino-aprendizagem se dá na integração entre ambas, superando assim a sua dicotomia.

Este caminho é possível, assim testemunha o docente abaixo:

*“(...) o aluno deve permanecer mais tempo no campo desde o segundo ano, não só o período de aulas práticas, penso que deveria sair um pouco de sala de aula*

---

*e fazer aquilo que seria em sala de aula no campo. Na faculdade em que leciono a disciplina de Semiologia, eu trabalho com os alunos em grupos em aula prática, dou estudo e retorno outro dia; tiro um dia na semana para fazer um grupo de discussão (GD), ou alguma coisa nesse sentido”. Prof. 14*

A proposta de integração teórico-prático facilita a construção do conhecimento e conseqüentemente permite ao aluno a interação com o local de atuação – Serviços Ambulatoriais, Unidades Básicas de Saúde, Comunidades Infantis, Unidades de Internação entre outros – propiciando a intervenção na realidade, desenvolvendo o potencial crítico e reflexivo do aluno.

CASTANHO considera que,

*“Urge pensar numa nova forma de ensinar e aprender, que inclua a ousadia de inovar as práticas de sala de aula, de trilhar caminhos inseguros, expondo-se, correndo riscos, não apegando ao poder docente...” (idem, 2000, p.87)*

Todavia, queremos deixar evidente que há possibilidade de fazer o caminho inverso: do abstrato para o concreto, se utilizarmos a lógica dialética; porém, é útil salientar que essa abstração somente se torna concreta se:

*“... O professor conhece sua área, a ponto de explicá-la pelos seus princípios teóricos, então ele pode e deve fazer a exposição. Não qualquer exposição, mal cuidada e sem vida, mas a sua análise teórica e fundamentada do conteúdo, que assim será outro conteúdo, não existente nos livros e outros produtos culturais, mas construído no processo da exposição, chegando a uma síntese nova, porque pensada novamente.” (WACHOWICZ, 2001, p. 46).*

Vale também considerar as sábias palavras de FREIRE aos educadores:

*“... ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Quando entro em sala de aula devo estar sendo um ser aberto a indagações, à curiosidades, às perguntas dos alunos, a suas inibições; um ser crítico e inquiridor, inquieto em face da tarefa que tenho – a de ensinar...” (idem, 2001, p. 52).*

B - Ensino do cuidar baseado na relação teoria-prática articulada.

O ensino de enfermagem passa por um momento de transição de paradigmas, em uma busca de romper com o instituído. Na perspectiva do cuidado, os docentes desenvolvem novas estratégias e experiências de aprendizagem muito mais dinâmicas. Assim se manifestam nessas falas:

*“Eu proporciono atividades como ir ao hospital fazendo entrevista (...) depois nós vamos à cabeceira do doente fazer exame físico, mostrando os problemas do paciente, seus sinais e sintomas que ele está vendo, fazemos as intervenções (...) no campo é onde ele vai aprender mesmo o que é cuidar, pois no laboratório ele está com um boneco e no campo o aluno vai estar com um ser humano...” Prof. 4*

*“Primeiro tento passar para o aluno e levá-los a perceber que o cuidar não é algo fragmentado, a pessoa tem que ser vista nos aspectos físico, emocional e social (...) no campo de estágio procuro fazer com que o aluno se aproxime do cliente e esteja junto dele”. Prof. 5*

*“(...) nós começamos no laboratório de enfermagem demonstrando como seria naquela unidade, como abordar o cliente e, quando em sala de aula, nós colocamos as experiências dentro do conhecimento teórico para que na prática possa ser desenvolvido...” Prof. 8*

*“Eu tento passar para o aluno a partir do momento em que nós acolhemos o cliente, começo a ensinar o cuidado no acolhimento, na recepção”. Prof. 12*

*“Eu mostro, discuto com o estudante o que ele vai fazer a domicílio, por exemplo: uma consulta de enfermagem (...). No Programa da Saúde da Família (PSF) estou desenvolvendo com os alunos palestras de temas que os agentes de saúde pediram (...). As experiências que ofereço aos alunos são: contato direto do aluno com o paciente, palestras a grupos de hipertensos, gestantes, aplicação de vacinas...” Prof. 13.*

*“Eu ensino (...) dentro da sistematização, fazendo que o aluno primeiramente avalie o cliente, verifique quais são as suas necessidades comprometidas (...) o que ele precisa ser cuidado...” Prof. 14.*

Nessas falas, fica evidente a ênfase na ação reflexiva, na prática, no contato direto com o cliente. Observamos que a aula acontece não só em salas de aulas como também espaços ou em ambientes não convencionais como domicílios, hospitais, Unidades Básicas de Saúde, na comunidade, em laboratórios, o que favorece a troca de experiências mais concretas.

Segundo a declaração de VEIGA, et al. (2000, p. 177 e 178),

*“A atividade prática dos alunos é um campo de experiência para a aquisição e a produção do conhecimento”.*

*“Uma concepção de conhecimento que tem a prática como elemento de partida estabelece relações entre a realidade e a fundamentação teórica”.*

### C – Ensino do cuidar baseado na ênfase dada aos procedimentos.

Primeiramente vamos considerar as declarações dos docentes:

*“Eu ensino o cuidar para o aluno; primeiramente são passados todos os procedimentos de enfermagem, nós ensinamos em sala de aula e em seguida no laboratório...” Prof. 4*

*“(...) e o procedimento que o aluno não viu em sala de técnica ou em sala de aula eu faço e ele observa”. Prof. 6*

*“(...) o aluno só vai para o campo se ele primeiro tiver a técnica...” Prof. 7*

Nesta perspectiva, percebe-se que a ênfase do ensino no cuidar encontra-se no tecnicismo, ou melhor, na racionalidade técnica muito presente nos cursos de graduação em enfermagem como descrevem os autores LOUREIRO e VAZ (1999, p. 138), quando explicam que a pedagogia da Escola

Tecnicista está voltada para o controle da eficiência técnica; para a qual o aluno aprende “saber fazer” e ainda:

*“Na enfermagem a influência desta tem levado o ensino a valorizar a técnica pela técnica, como uma maneira do profissional executar procedimentos sem exercitar a reflexão crítica ou a criatividade”.*

Este princípio pedagógico, com destaque no tecnicismo tem despertado nos docentes, a percepção de que alguma coisa vai mal no ensino, que os alunos já não são os mesmos, inseguros, com defasagens. Os professores que na seqüência recebem os alunos da disciplina de *Semiologia e Semiotécnica* confirmam este fato:

*“Mas ele tem chegado no quarto ano como se tivesse pela primeira vez abrindo um pacote de curativo, abrindo um pacote de seringa com a maior dificuldade, bem devagarzinho pensando para fazer (...) como falei, o aluno tem chegado não preparado para ser supervisionado”.* Prof. 14

*“(...) o aluno chega para nós no terceiro ano com um nível razoável, não vou falar nem ótimo, nem bom (...) ele tem que ter corpo a corpo com o paciente, o cuidado direto, contudo, o aluno não vem tendo isso (...) tem ficado muito tempo em técnica de laboratório e pouco tempo no campo com o paciente, então ele chega para nós com essas deficiências no terceiro ano”.* Prof. 15

São várias as inquietações dos docentes no que se refere à prática pedagógica vigente no ensino do cuidar. Parece-nos que as escolhas pedagógicas não estão dando conta de instrumentalizar o aluno para a assistência de enfermagem. A que se deve esta inconsistência?

Entendemos que os procedimentos existem como um meio para atingir um fim que é o cuidado de enfermagem e, ainda, como muito bem pontuam LOUREIRO e VAZ não podemos “valorizar a técnica pela técnica”.O mesmo pode ser observado na descrição de BAGNATO:

---

*“O eixo da preocupação pedagógica (...) é com o como ensinar, como se a técnica fosse um fim em si mesma e não um meio para atingir outras finalidades”. (idem, 1999, p. 16).*

O ensino não deve ser realizado só no plano técnico, mas também no plano ético como um componente educacional.

Os professores não param por aí, reivindicam, determinam, sugerem e avaliam de modo informal o trabalho dos colegas:

*“Bom, em primeiro lugar gostaria que o aluno tivesse uma tranqüidade quanto aos procedimentos (...) assim se ele vai fazer um curativo, não tem que ficar preocupado com o material (...) ele vai ficar preocupado em analisar a ferida, vê que cuidado precisa, que medicamentos irá colocar, em que etapa está aquela ferida, isto é o que nós esperamos...” Prof. 2*

*“Eu preciso que ele venha do segundo ano com um traquejo maior de como chegar no paciente...” Prof. 11*

*“(...) penso que ele deveria saber fazer uma anotação, saber preencher um cabeçalho de um impresso (...) saber conversar com um paciente, coletar os dados...” Prof. 10*

*“Se eu fosse Prof.essora do segundo ano, ministrando a disciplina de Semiologia e Semiotécnica, estaria tentando resgatar sempre com os alunos a importância e a utilização das disciplinas de anatomia e fisiologia (...) que o aluno tivesse essa visão de que deve olhar o cliente não fragmentado, que para cuidar primeiro tenho que avaliar, avaliando ele vai saber que cuidado deverá ser prestado...” Prof. 14*

O desejo de mudança demarca o início de uma nova etapa para a disciplina de *Semiologia e Semiotécnica*. Este desejo vem apontando um novo olhar para a prática, como percebemos no discurso abaixo;

---

*“(...) nós percebemos agora, em 2003, que quando o aluno vai para o campo fazer o cuidado e depois ao voltarmos para sala de aula, damos o teórico, o aluno entende muito mais; porém, nem sempre é possível fazer isso no segundo ano (...) agora estamos adaptando levar o aluno para o campo, mostrar a técnica, não o aluno realizando e sim nós, os professores, depois voltamos para a sala de aula e ensinamos a teoria e a técnica (...) essa inversa está produzindo um resultado mais satisfatório”. Prof. 6.*

Contudo, sabemos que não é fácil para os docentes romperem com certas posturas, comportamentos enraizados, paradigmas, de forma brusca. No entender de BAGNATO;

*“Para isto exige-se pré-disposição, envolvimento, desejo de mudança no pensar e no fazer, de muitos estudos, de conhecer outras formas possíveis de desenvolver o trabalho pedagógico, de realizar diversas leituras da realidade, de refletir criticamente sua prática educativa, de avançar numa proposta progressista que priorize uma formação de profissionais crítico-reflexivos que se comprometerão com uma política de saúde e com um exercício profissional de qualidade para a maioria da população”. (idem, 1999, p. 22).*

Considerando que o processo de ensino do cuidar é construído através das experiências e oportunidades que ocorrem dentro das dinâmicas disciplinares, abordaremos a seguir o papel das disciplinas na formação do cuidar.

### **Papel das Disciplinas na Formação do Cuidar**

A formação do futuro profissional não acontece de forma estanque, é necessária a mediação do professor como coadjuvante no processo ensino aprendizagem, na construção do conhecimento do aluno.

Na enfermagem, a disciplina de *Semiologia e Semiotécnica* desempenha um papel relevante na formação do futuro profissional enfermeiro, Porque:

---

*“Leva o aluno a adquirir uma sólida fundamentação de informações básicas do processo saúde-doença, compreendendo os fundamentos da prática de enfermagem, com o domínio de conceitos e habilidades para que possa sistematizar com qualidade a Assistência de Enfermagem ao indivíduo, a família e a comunidade. Essencial para a preparação e formação profissional”.*(EEWB, 2003, Plano de Ensino a).

Neste contexto, os Professores que ministram a disciplina de *Semiologia* e *Semiotécnica* manifestam-se da seguinte forma:

*“A minha disciplina é básica, eu acredito que seja o alicerce, onde tudo começa (...) o aluno só vai poder galgar outras disciplinas se ele tiver o suporte da minha (...) é fundamental (...) leva o aluno a ter o primeiro contato com a profissão”.*

Prof. 1

*“Eu considero a Semiologia e Semiotécnica que também já foi chamada no currículo como Fundamentos da Enfermagem, uma disciplina fundamental para a formação do aluno (...) se a disciplina não for bem estruturada, solidificada, o aluno não vai ter todos os requisitos teóricos e práticos para assistir um cliente...”*

Prof. 4

*“Eu acredito que todas as disciplinas são importantes, porém, a minha disciplina é básica para o terceiro e quarto ano...”* Prof. 6

*“Eu costumo dizer para os meus alunos que a minha disciplina se assemelha a uma casa que está sendo construída (...) é a base da enfermagem...”* Prof. 7

Pode-se observar, na maior parte das respostas analisadas, que os docentes de forma unânime, expressam o mesmo valor à sua disciplina. Consideram-na fundamental, alicerce e básica para a prática de enfermagem.

Destacamos, também, que as afirmações são ratificadas pelos demais docentes que recebem os alunos desta disciplina. Eles afirmam que:

*“(...) representa o primeiro contato do aluno com o que é fundamental dentro da sua futura profissão”.* Prof. 3

---

*“Ela é a base...” Prof. 5*

*“Essa disciplina é o início de tudo...” Prof. 8*

*“Eu acho que ela é essencial principalmente na enfermagem...” Prof. 9*

*“Ela é básica (...) se for bem trabalhada, podemos fazer as devidas adaptações nos campos mais específicos e mais especializadas”.Prof. 11*

*“Eu acredito que essa disciplina vai dar a base para que o enfermeiro atue (...) para mim ela é essencial”.Prof. 12*

*“Esta disciplina é fundamental para o enfermeiro, é o instrumento do enfermeiro (...) está no eixo principal do currículo”. Prof. 13*

*“É uma disciplina básica, se comparasse a uma construção de uma casa, ela é a base (...) E a base de uma casa é o que vai mantê-la em pé, não vai dar trincas na parede, nem ceder com muita chuva (...) isto é o que sinto dessa disciplina de Semiologia e Semiotécnica”. Prof. 14*

Compreendemos que ministrar a disciplina de *Semiologia e Semiotécnica* traz uma grande responsabilidade para o docente. Significa *“levar o aluno a adquirir uma sólida fundamentação de informações...”* e esta tarefa segundo WALDOW:

*“... requer um compromisso dos educadores para que esta educação se processe de forma a alcançar sua meta...” (1993, p. 108).*

E ainda, salienta que *“o verdadeiro processo ensino-aprendizagem é um processo de mútua colaboração”*.(idem, p. 109).

Esta tarefa parece trazer satisfação pessoal como expressam esses docentes:

*“Eu me sinto muito bem, eu gosto de ser docente...” Prof. 1*

*“(...) é muito bom, gosto de ser professora de Semiologia (...) me sinto feliz, acredito que estou no lugar certo...” Prof. 7*

*“(...) a disciplina me satisfaz (...) me dá muita realização”.*Prof. 4

Em contrapartida, uma das respostas dadas nos chamou a atenção por dizer que:

*“É árduo demais (...) pegar alunos que não têm conhecimento nenhum em campo, é uma responsabilidade muito grande (...) você ensina o aluno a engatinhar, a andar, ele começa cambaleando, que não sabe nem entrar no quarto (...) tem medo do paciente (...) é como se você estivesse ensinando uma criança a andar, falar e socializar-se (...) então cansa muito ser docente do segundo ano, é tarefa muito árdua para nós”.* Prof. 6

É compreensível esse sentimento, pois temos consciência do desconforto do que é ensinar em um mundo submetido a mudanças e a tantas cobranças. Este desconforto pode ser atenuado ao saber que:

*“(...) a formação educacional dos indivíduos vai ocorrendo ao longo de suas vidas...”* (DE SORDI; BAGNATO, 1998, p. 85).

E, ainda, devemos ter consciência de que ensinar “exige conhecimento do inacabado” e no processo de ensino e aprendizagem todos os atores – educadores – estão envolvidos (coletividade), não se esgota a formação dos educandos em apenas uma disciplina. Tomando de empréstimo as palavras das autoras, diria que:

*“(...) todas as disciplinas de um currículo devem compor o compromisso para com a busca de excelência na formação...”* (DE SORDI, et al. 1996, p. 96).

Sendo assim, os demais docentes conscientes desse compromisso compartilham conosco suas contribuições na formação do aluno afirmando que:

*“A minha disciplina contribui com uma experiência pré-profissional levando o aluno à reflexão e associação do teórico com o real”*.Prof. 3

*“(...) minha disciplina contribui com o relacionamento terapêutico do aluno com o paciente, que pode ser utilizado em todas as áreas”*.Prof. 5

*“Eu dou o enfoque educativo, falo que os alunos devem ser educadores da saúde...”* Prof. 9

*“Enfim, minha disciplina ajuda na formação do enfermeiro no sentido de aprenderem a fazer um planejamento, gerenciamento, execução, avaliação do cuidado e educação para a saúde”*.Prof. 10

*“(...) discuto aspectos éticos para que tenham o seu profissionalismo bem formado”*. Prof. 13

Partimos da premissa de que todos os professores conhecem o seu papel na formação do futuro enfermeiro. Contudo, torna-se relevante revermos nossos objetivos e questionarmos o que pretendemos alcançar com nossa prática profissional.

Refletindo sobre o nosso trabalho pedagógico, poderemos romper com o instituído. O que não devemos fazer é tentar, isoladamente, um caminho de transformação. Lembrando FREIRE (2001, p. 153-154),

*“Viver a abertura respeitosa aos outros e, de quando em vez, de acordo com o momento, tomar a própria prática de abertura ao outro como objeto da reflexão crítica deveria fazer parte da aventura docente”*.

Recordamos que esta reflexão sobre a ação prática deve ser compartilhada com os docentes e através do diálogo, em que os professores se

tornam sujeitos de seu processo de conhecimento. (ABRAMOWICZ, 2001, p. 139).

Finalizamos com WALDOW (1993, p. 112):

*“Uma educação para o cuidar/cuidado (...) é uma educação holística, que prioriza o desenvolvimento humano, no qual a experiência é valorizada e onde se propicia a liberdade de escolha, da participação democrática, e cultiva o espírito humano para criação de seres humanos sãos e realizados que conseqüentemente, contribuam para uma sociedade sã”.*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente temos presenciado profundas transformações nos setores econômico, social, político e educacional. Vivemos um período da pós-modernidade em um mundo globalizado que requer dos trabalhadores uma formação competente que se encaixe nas novas demandas.

Os aparelhos formadores sentem a necessidade de se fazerem alguns “ajustes” para cumprirem sua missão na formação dos profissionais.

As escolas da área de saúde, por conseguinte, também têm se preocupado com o rumo da formação de seus profissionais nesta era de mudanças.

A Enfermagem, ao longo de suas origens, tem dificuldades em obter reconhecimento científico e social e, por vezes, tem sofrido também algumas discriminações. (WALDOW, 1998, p.197).

Todavia, até o presente momento o que tem caracterizado esta profissão é o cuidar.

*“Este cuidar, no entanto, tem sido interpretado e praticado de uma forma que, nem sempre tem favorecido a enfermagem no sentido de se afirmar como profissão autônoma no que se refere ao processo de cuidar” (idem, p. 197).*

Desta forma, torna-se pertinente repensar como vem ocorrendo o que se ensina e a forma como se ensina o cuidar em enfermagem na formação do enfermeiro.

Nestas considerações finais, procuramos expressar nossas reflexões, em conformidade com a proposta metodológica apresentada com base na descrição

e na compreensão das informações obtidas nas entrevistas.

Constatamos pelas entrevistas que os docentes da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz identificam o cuidar como um valor necessário à enfermagem. Porém expressam concepções divergentes sobre o cuidar. Não há unanimidade de concepção, pelo contrário, dividem-se entre o tecnicismo, humanismo e pela transição.

Isso se torna um grande problema, pois a maneira como concebem o cuidado acaba por interferir na organização do trabalho pedagógico. Vejamos, se cada pessoa possui sua maneira peculiar de ver o mundo, o homem, as coisas, conseqüentemente terá visões diferenciadas de conceber o ensino, a educação.

Nesta perspectiva, os educadores sentem-se livres para determinar se a formação profissional se dará no sentido progressista, crítico-reflexivo ou conservador e tecnicista.

Percebemos na disciplina de Semiologia e Semiotécnica alvo da nossa pesquisa, que há forte predomínio da visão tecnicista, com ênfase no saber e no saber-fazer. E os professores que recebem os alunos desta disciplina possuem na sua totalidade a concepção humanística do cuidar.

Outro aspecto que ressaltamos, diz respeito à insatisfação dos docentes que recebem os alunos da disciplina referida, queixam-se que os mesmos chegam “deficientes e despreparados com um nível razoável para enfrentarem as disciplinas especializadas e as experiências do estágio supervisionado”.

Em contrapartida, estes mesmos professores, que na sua maioria possuem uma concepção predominantemente humanística, quando questionados sobre quais habilidades esperam encontrar nestes alunos, selecionam uma lista de habilidades psicomotoras como: “saber aplicar uma injeção, puncionar uma veia, dar uma medicação”, reforçando assim a racionalidade técnica muito presente nos cursos da área da saúde.

É interessante notar como desaparece do horizonte de preocupação desses profissionais o enfoque humanístico e da integralidade do cuidar.

Fica evidente que ainda perpetua em nossos dias a formação do enfermeiro, voltada à assistência para o aspecto curativo, hospitalar.

Notamos a forte influência do capitalismo modificando o pensar e o fazer na Enfermagem.

Analisamos que o ensino do cuidar é delineado pela escolha de três princípios pedagógicos:

- Baseado na relação teoria – prática desarticulada;
- Baseado na relação teoria – prática articulada;
- Baseado na ênfase dada aos procedimentos.

Estas decisões pedagógicas acima assinaladas reforçam a grande contradição que existe entre o discurso e a prática dos docentes. Isto nos perturba, visto que esses atores estão envolvidos no mesmo curso, norteados por um único projeto político-pedagógico.

Diante dessas considerações, surge uma pergunta inadiável: como se processa então a construção do conhecimento do aluno diante deste “cruzamento de três vias?” Ousamos arriscar uma possível resposta. Provavelmente os alunos acabam por se sentirem inseguros e perdidos por não saberem como deverão agir em cada disciplina.

Conscientes desta problemática, alguns docentes buscam acelerar as mudanças alterando o rumo do ensino de forma isolada. Desta maneira, os resultados tornam-se efêmeros por não ser uma atitude compartilhada por todos.

Nesta perspectiva, vale salientar que no discurso transformador há fortes raízes históricas que desaceleram as mudanças as quais, teoricamente, todos almejam.

Mencionamos ainda que, todos os docentes que atuam no referido curso foram unânimes ao considerar que a disciplina de Semiologia e Semiotécnica proporciona sustentação para as outras e é fundamental para a prática de enfermagem.

Solicitamos aos docentes da referida disciplina que respondessem à questão: “Como você se sente sendo professor da disciplina de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem?”.

Das respostas obtidas, constatou-se que a maioria dos docentes “*sente-se muito bem, sentem-se felizes e dá muita realização*”. Apenas um docente relatou que “*é uma tarefa muito árdua (...) pegar alunos que não têm conhecimento nenhum em campo...*”.

Esse sentimento é compreensível, pois sendo docente de uma disciplina

---

considerado alicerce para a formação do aluno, traz consigo uma carga muito grande de responsabilidade.

Talvez devêssemos salientar que a formação do profissional não se esgota em apenas uma disciplina, é um processo para a vida toda, é uma responsabilidade de todos os envolvidos, como afirma FREIRE (1996 p. 55): *“ensinar exige consciência do inacabado”*. Todos os educadores são mediadores e facilitadores do processo da construção do conhecimento.

Os resultados do presente trabalho permitiram chegarmos à conclusão de que o cuidar em Enfermagem para que tenha um enfoque mais humanístico, faz-se necessário reorganizar todo trabalho pedagógico. Para tanto, apresentamos propostas de solução:

- Unificar a concepção de cuidar para que as disciplinas sejam organizadas e planejadas de maneira a ser o de despertar no aluno uma consciência crítica, reflexiva, capaz de gerar ações no sentido de transformar a realidade. (WALDOW, 1998, p. 198).
- Reconhecer a necessidade de se alterar o rumo do ensino praticado, organizando as práticas pedagógicas pautadas na construção de um projeto político-pedagógico coletivo, em que todos os atores no exercício do diálogo, da dúvida e no debate trarão novos direcionamentos ao processo de formação do enfermeiro. (DE SORDI, 1998, p. 87).
- Desenvolver novas estratégias e experiências de aprendizagem mais dinâmicas e criativas, que exercitem o cuidado humano, num ambiente de cuidado criado cotidianamente pelo educador e pelo educando, ambos aprendizes do processo.
- Dar novo significado às práticas pedagógicas utilizadas em sala de aula, favorecendo o diálogo, os questionamentos, a dúvida, a pesquisa, para que o educando perceba seu papel de sujeito na aprendizagem.
- Romper com a visão tecnicista do ensino do cuidar, de maneira a focalizar o

---

olhar não só nos aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática profissional, mas a inclusão da humanização do cuidado na perspectiva do cliente. (DELUIZ, 2001, p. 13).

- Evitar a fragmentação das situações de aprendizagem: teoria/prática, permitindo ao aluno contato direto com situações concretas e práticas de sua profissão, possibilitando que *“a aprendizagem se realize mais facilmente e com maior compreensão e retenção”*.(MASETTO, 2001, p. 88).
- Resgatar na Enfermagem uma educação centrada na humanização do cuidado.

Assim, apresentamos algumas idéias e sugestões possíveis de serem experimentadas pelos educadores na realidade da ação educativa, sem a pretensão de garantirmos resultados imediatos. Destacamos:

- Utilizar a sala de aula universitária como um espaço de inovação nos processos de ensinar, aprender e pesquisar; espaço de interação entre professores e alunos.
- Desenvolver o ensino em ambientes não convencionais, favorecendo a troca de experiências mais concretas. Desta forma, o aluno deixa de ser um sujeito dependente e acomodado às informações recebidas, passando a ter uma atitude mais reflexiva e ativa diante do conhecimento.
- Acreditar que “ensinar não é transferir conhecimento”, mas criar possibilidades em sala de aula de maneira a facilitar o diálogo, as indagações, os questionamentos tão necessários ao desenvolvimento do raciocínio crítico e reflexivo do aluno.
- Enfatizar na prática pedagógica cotidiana que os procedimentos e/ou técnicas de enfermagem são utilizados como um meio para atingir um fim: o cuidado.

- 
- Compreender que o processo de formação do homem se dá ao longo de sua vida e na vida acadêmica o discurso se ratifica. A formação do aluno se processa de forma sistemática e gradativa, cabendo ao educador respeitar o seu ritmo de desenvolvimento, reconhecendo também que para ensinar exige-se respeito pelo saber do outro, saber escutar, querer bem aos educandos e disponibilidade para o diálogo.
  - Selecionar os conteúdos considerados indispensáveis e básicos para a formação do aluno, a fim de que o mesmo o utilize em qualquer âmbito profissional.
  - Desenvolver na prática pedagógica em enfermagem o cuidar/cuidado como um valor universal, tendo principal atenção ao resgate do cuidar humanizado.
  - Privilegiar a integração teórica/prática, evitando o seu distanciamento tão prejudicial no processo ensino-aprendizagem.
  - Estar aberto às críticas dos colegas de trabalho.

Creemos que seja possível caminhar e sonhar com a transformação da lógica e formação dos profissionais da área de saúde se estivermos abertos à reflexão-ação-reflexão, ao diálogo, à pesquisa e à reconstrução na coletividade.

Reiterando FREIRE, cabe considerar que:

*“Se não posso, de um lado, estimular os sonhos impossíveis, não devo, de outro, negar a quem sonha o direito de sonhar”. (2001 p.163).*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOWICZ, Meire. *A Importância dos Grupos de Formação Reflexiva Docente no Interior dos cursos Universitários*. In: CASTANHO, Sérgio., CASTANHO., Maria Eugênia L. M. (orgs). *Temas e Textos em Metodologia do Ensino Superior*. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

ANGELA, Margareth. *“Vivendo uma Prova de Fogo”: As Experiências Iniciais da Aluna de Enfermagem*. São Paulo, 1989. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: *apresentação de citações em documentos: procedimento*. Rio de Janeiro, 2000.

BAGNATO, Maria Helena Salgado. *Fazendo uma Travessia: em pauta a formação dos profissionais da área da saúde*. In: COCCO, Maria I. M. DE SORDI, Mara Regina Lemes (orgs). *Educação, Saúde e Trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares*. Campinas, SP: Alínea, 1999.

\_\_\_\_\_. *Formação Crítica dos Profissionais da Área de Enfermagem*. Revista Texto Contexto de Enfermagem., Florianópolis, V.8, Nº1, p. 31-42, Jan/abr. 1999.

\_\_\_\_\_. *Licenciatura em Enfermagem: Para quê?* Campinas, 1994. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação.

---

BATISTA, Nildo Alves. *Planejamento curricular*. In: Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (Especial), Vol VIII, Nº 1/2000, Campinas, p. 9-11.

BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar: Ética do Humano – Compaixão Pela Terra*. 4ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1998.

CASTANHO, Maria Eugênia L. M. *A Criatividade na Sala de Aula Universitária*. In: VEIGA, Ilma P. A., CASTANHO, Maria Eugênia L. M. (orgs). *Pedagogia Universitária: A aula em foco*. Campinas, SP: Papirus, 2000.

COELHO, M.J., CARVALHO, M. T. C. GONÇALVES, M.C. *O Desafio de Ensinar a Cuidar na Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery*. Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem., Rio de Janeiro, Ano I, Nº especial, p. 63-69, Julho. 1997.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p.37.

DELUIZ, Neise. *Qualificação, Competências e Certificação: Visão do Mundo do Trabalho*. Formação/Ministério da Saúde. Brasília, V. 1, Nº 2, p. 5 – 15, maio.2001.

DE SORDI, Mara Regina Lemes. *A Centralidade da Avaliação nos Processos de Inovação Curricular: ação mediadora do educador*. In: BAGNATO, M.H.S, COCCO, M.I.M (orgs). *Educação, Saúde e Trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares*. Campinas, SP: Alínea, 1999.

---

DE SORDI, M.R.L. *O Compromisso Ético-Político do Educador na Mediação do Projeto Pedagógico*. In: BAGNATO, M.H.S., COCCO, M.I.M (orgs). Educação, Saúde e Trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas, SP: Alínea, 1999.

\_\_\_\_\_. *Estabelecendo Novos Vínculos entre o Ensino e a Prática de Administração de Enfermagem*. In: MAGALHÃES, Lígia M.T., SAMPAIO, Sueli F. (orgs). Texto Contexto – Enfermagem, Florianópolis, V.5, Nº2, p. 89-101, jul/dez.1996.

\_\_\_\_\_. *Subsídios Para uma Formação Profissional Crítico-Reflexiva na Área da Saúde: O Desafio da Virada do Século*. In: BAGNATO, M.H.S.(orgs). Revista Latino-americana de Enfermagem. V. 6, Nº2, p. 83-88, abr. 1998.

DOCUMENTA (399). Brasília, abr. 1994.

ESCOLA DE ENFERMAGEM WENCESLAU BRAZ. *Plano de Desenvolvimento Institucional*. Itajubá: 2002.

ESCOLA DE ENFERMAGEM WENCESLAU BRAZ. *Plano de Ensino*. Itajubá: 2003 a.

ESCOLA DE ENFERMAGEM WENCESLAU BRAZ. *Plano de Ensino*. Itajubá: 2003 b.

ESCOLA DE ENFERMAGEM WENCESLAU BRAZ. *Projeto Pedagógico*. Itajubá: 2002.

FERNANDES, Josicélia Dumêt. *A Enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 38(1): 43-48, Jan./Mar. 1985.

---

FÓRUM de Pró – Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras. *Plano Nacional de Graduação: Um Projeto em Construção*. ForGRAD, maio. 1999.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 19ª edição, 1996.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 3ª edição, 1975.

GALLEGUILLOS, Tatiana G. Bracea, OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. *A Gênese e o Desenvolvimento Histórico do Ensino de Enfermagem no Brasil*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, V. 35, Nº 1, p. 80-87, março.2001.

\_\_\_\_\_. *A Institucionalização e o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil Frente às Políticas de Saúde*. Revista Brasileira de Enfermagem. In: OLIVEIRA, M.A. C.(orgs). Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, V.54, Nº 3, p. 466-474, Julho/setembro. 2001.

GARCIA, T. R., CHIANCA, T.C.M., MOREIRA, A. S. P. *Retrospectiva Histórica do Ensino de Enfermagem no Brasil e Tendências Atuais*. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre. V. 16, Nº 1 /2, p. 74-81, jan/dez. 1995.

GERMANO, Raimunda Medeiros. *Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GEOVANINI, Telma. (orgs). *História da Enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GOMES, Jomara Brandini., CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. *A Educação Reflexiva na Pós – Modernidade: Uma Revisão Bibliográfica*. Revista Latino-americana de Enfermagem, V.10, Nº 5, p. 696-703, setembro/outubro. 2002.

---

KUENZER, Acácia Zeneida. *O que Muda no Cotidiano na Sala de Aula Universitária com As Mudanças no Mundo do Trabalho?* In: CASTANHO, Sérgio., CASTANHO, Maria Eugênia (orgs). *Temas e Textos em Metodologia do Ensino Superior*. Campinas, SP: Papirus, 2001.

LOUREIRO, Mariângela M., VAZ, Marta Regina Cezar. *Projeto Político-Pedagógico Para os Cursos de Enfermagem: Reflexões a partir da prática educacional*. Revista Texto Contexto de Enfermagem, Florianópolis, V. 8, Nº 1, p. 133-148, Jan/abr. 1999.

LÜDKE, Menga., ANDRÉ, Marli E.D.A . *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MAGALHÃES, Lígia M. T. *O Ensino Superior Em Enfermagem e o Desafio da Mudança: Os Referenciais de Um Novo Processo de Formação*. São Paulo, 2000, Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MASETTO, Marcos T. *Atividades Pedagógicas no Cotidiano da Sala de Aula Universitária: Reflexões e Sugestões Práticas*. In: CASTANHO, Sérgio., CASTANHO., Maria Eugênia L. M. (orgs). *Temas e Textos em Metodologia do Ensino Superior*. Campinas, SP: Papirus, 2001.

MEDEIROS, Luzia Cecília de., TAVARES, Katamara M. *O Papel do Enfermeiro Hoje*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, V. 50, Nº 2, p. 275-290, abr/jun. 1997.

\_\_\_\_\_. *Configuração Histórica da Enfermagem e da Formação do Enfermeiro*. Expressão, Mossoró, N.28, p. 4-31, set. 1997.

MELO, Cristina Maria Meira. *MODELOS ASSISTENCIAIS: razões para fazer pensar a enfermagem brasileira*. In: Anais 48º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM: A enfermagem, os 70 anos da ABEn e as perspectivas para o próximo milênio. p. 166-171. São Paulo: ABEn, 1996.

---

MONTEIRO, Akemi Iwata., FERRIANI, M.G.C. *Atenção à Saúde da Criança: Perspectiva da Prática de Enfermagem Comunitária*. Revista Latino Americana de Enfermagem. , Ribeirão Preto, V. 8, Nº 1, p. 99-106, Janeiro. 2000.

MORETTO, Eliane Flora Sobiesiak. *Os Enfermeiros e Sua Relação com os Princípios do SUS*. Texto Contexto Enfermagem., Florianópolis, V. 9, Nº 2, p. 611-620, maio/agosto. 2000.

NUNES, Elisabete De Fátima P.A (orgs). *Novas Diretrizes Curriculares*. Revista Olho Mágico. V. 5, Nº especial, p. 1-3, novembro.1999.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini. *Metodologia da Pesquisa: Abordagem teórico-prática*. 6ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. *A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais*. In: ROUQUAYROL, M.Z., FILHO, N. A (orgs). *Epidemiologia e Saúde*, 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 473-487.

PETTENGILL, Myriam A. M ., SILVA, Lúcia M. G. , BASSO, mariusa., SAVONITTI, Beatriz H. R. A . SOARES, Isabel C. V. *O Professor de Enfermagem Frente às Tendências Pedagógicas: Uma Breve Reflexão*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. V. 32, Nº 1, p. 16 – 26, abril, 1998.

PORTO, Isaura Setenta. *História da Experiência Curricular na Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery: 1975 a 1982*. Rio de Janeiro, 1997. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade do Rio de Janeiro.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, SENDEn. 4º Fortaleza, 2000. ANAIS. Fortaleza, ABEn – seção Ceará, 2000.

---

SILVA, Eliete M., NOZAWA, M. R., FREITAS, J. L.D. *Formação de Enfermeiros e a Municipalização da Saúde no Brasil: A Importância das Políticas e das Práticas*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, V. 53m Nº 2, p. 275-282, abr/jun. 2000.

TORNIZIELLO, Tânia M. P. *Docência Universitária: Um Estudo nas Áreas de Ciências Biológicas e da Saúde*. Campinas, 2001, Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. SP: Athas, 1987.

UNICEF. *Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata: 1978 – Brasília , 1979.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro., RESENDE, L. M. G., FONSECA, M. *Aula Universitária e Inovação*. In: VEIGA, Ilma P. A ., CASTANHO, Maria Eugênia L. M. (orgs). *Pedagogia Universitária: A aula em foco*. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

WACHOWICZ, Lílian Anna. *O Método Dialético na Didática da Educação Superior*. In: CASTANHO, Sérgio., CASTANHO., Maria Eugênia L. M. (orgs). *Temas e Textos em Metodologia do Ensino Superior*. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

\_\_\_\_\_. *Cuidar como Marco de Referência para o Ensino da Enfermagem*. In: Anais 50º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM: cuidar – ação terapêutica da enfermagem p. 197-204. Salvador: ABEn, 1998.

\_\_\_\_\_. *Educação para o cuidado*. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre V. 14, Nº 2, p. 108-112, Julho. 1993.

\_\_\_\_\_. *Examinando o Conhecimento na Enfermagem*. MEYER, D. E., WALDOW, V. R., LOPES, M. J. M. (orgs). *Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Relação de perguntas para os docentes que são responsáveis pela disciplina  
“Noções Fundamentais de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem”

1. O que você entende por cuidar em Enfermagem?
2. Como você ensina o cuidar?
3. Que experiências proporcionam aos alunos a fim de ensinar o cuidar em Enfermagem?
4. Qual é a contribuição/papel/significado da sua disciplina para a formação do futuro profissional?
5. Como você se sente sendo docente da disciplina Noções Fundamentais de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem?

Relação de perguntas para os demais docentes que recebem os alunos das  
disciplinas de Noções de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem

1. O que você entende por cuidar em Enfermagem?
2. Como você ensina o cuidar?
3. Que experiências proporcionam aos alunos a fim de ensinar o cuidar em Enfermagem?
4. Que competências/habilidades você espera encontrar dos alunos que chegam das disciplinas de Noções Fundamentais de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem?
5. Como você vê a disciplina de Noções Fundamentais de semiologia e Semiotécnica de Enfermagem?
6. O que a sua disciplina contribui para a formação do futuro profissional?

## ANEXO 2

### CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO<sup>(\*)</sup> CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

#### RESOLVE:

**Art. 1º** A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

**Art. 2º** As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

**Art. 3º** O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

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

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

**Art. 4º** A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que

<sup>(\*)</sup>CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

**Art. 5º** A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;

III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;

VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;

VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;

IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;

X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;

XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;

XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;

XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;

XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;

XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;

XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;

XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;

XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;

XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;

XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;

XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;

XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;

XXVIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;

XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;

XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;

XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;

XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e

XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

**Parágrafo Único.** A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

**Art. 6º** Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

I - **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

II - **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

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

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

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

§ 2º Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

**Art. 7º** Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

**Parágrafo Único.** Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

**Art. 8º** O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

**Art. 9º** O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

**Art. 10.** As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

**§ 1º** As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

**§ 2º** O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

**Art. 11.** A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

**Art. 12.** Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

**Art. 13.** A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

**Art. 14.** A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;

III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos