

ANA ROTILIA ERZINGER

**A FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA UMA PRÁTICA SOCIAL
TRANSFORMADORA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
NA VISÃO DE ENFERMEIROS E ENFERMEIRAS**

CURITIBA
2002

ANA ROTILIA ERZINGER

**A FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA UMA PRÁTICA SOCIAL
TRANSFORMADORA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
NA VISÃO DE ENFERMEIROS E ENFERMEIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientadora: Profª Dra. Neuza Bertoni Pinto.

CURITIBA
2002

Dedicatória

À minha Mãe (in memorium) que mesmo não estando presente, me acompanhou e guiou meus passos durante esta caminhada.

Agradecimentos

À **minha família**, em especial aos meus irmãos e sobrinhos, que compartilharam desta etapa da minha vida.

À professora **Neuza**, minha orientadora, pelos momentos dedicados, pelas palavras de incentivo sempre presentes nos momentos difíceis, por sua paciência e sabedoria.

À professora **Mercedes Trentini**, pela clareza de suas idéias, por sua competência, pelo incentivo e otimismo transmitidos neste percurso.

À professora **Marilda Behrens**, pelas oportunidades de discussão, pelo respeito aos enfermeiros e à enfermagem.

À professora **Maria Leda Vieira**, pelo apoio recebido sem o qual este sonho não teria sido possível.

Às colegas enfermeiras **Inês Cecília, Maria Angélica e Euziza** pelo companheirismo e incansável transmissão de otimismo.

À **Colorinda**, pelas orações, pela presença amiga em todos os momentos difíceis e decisivos da minha vida.

Aos professores e colegas de mestrado, companheiros desta caminhada.

A todos os colegas enfermeiros que participaram deste trabalho.

À Irmã **Maria Turkiewicz** (in memorium) pelo exemplo de ser humano, enfermeira e educadora.

SUMÁRIO

RESUMO	<i>iii</i>
ABSTRACT	<i>iv</i>
INTRODUÇÃO	1
DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	9
OBJETIVOS DA PESQUISA	10
JUSTIFICATIVA	11
CAPÍTULO 1 - A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO	15
1.1 O SURGIMENTO DA ENFERMAGEM – DA ANTIGUIDADE À IDADE MÉDIA	15
1.2 A INFLUÊNCIA DO CAPITALISMO NA ENFERMAGEM	21
1.3 FLORENCE NIGHTINGALE E A ENFERMAGEM PROFISSIONAL	22
1.4 A ENFERMAGEM NO BRASIL	27
CAPÍTULO 2 - A METODOLOGIA	48
2.1 A COLETA DE DADOS	52
CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	54
3.1 O PERFIL DOS PARTICIPANTES	54
3.2 PONTOS FORTES NA GRADUAÇÃO	57
3.3 DESAFIOS A SEREM VENCIDOS	61
3.4 DIFICULDADES SENTIDAS/PERCEBIDAS	63
3.4.1 Dificuldades Área da Administração	64
3.4.2 Dificuldades Relacionadas à Assistência/Cuidado	72
3.4.3 Dificuldades na Área de Ensino	89
3.4.4 Dificuldades em Relação à Pesquisa	91

3.5	FATORES APONTADOS COMO GERADORES DAS DIFICULDADES.	93
3.5.1	Estágios.....	94
3.5.2	Professores	97
3.5.3	Infra-estrutura da Universidade	100
3.6	ASPECTOS POUCO CONTEMPLADOS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	101
3.7	ASPECTOS NÃO CONTEMPLADOS NA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS	102
3.8	SUGESTÕES APONTADAS PARA A MELHORIA DO CURRÍCULO	103
	CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO DOS DADOS	106
	CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS	117
	ANEXOS	121

RESUMO

O presente estudo, foi realizado em Curitiba, junto a dois grupos: o primeiro constituído por um grupo de 68 enfermeiros formados nos últimos cinco anos, e o segundo constituído por onze enfermeiras, responsáveis pelas gerências/coordenações de enfermagem de diferentes campos de atuação profissional. Para delimitar o objeto de estudo, partiu-se do pressuposto que o enfermeiro, encontra inúmeras barreiras no início do exercício profissional e que muitas dessas são decorrentes de uma precária formação inicial. Assim, a investigação, procurou identificar elementos dificultadores da prática profissional do enfermeiro. As relações entre as dificuldades apontadas com a formação inicial. Buscar as contribuições da prática social para o avanço das propostas de formação universitária utilizando um processo reflexivo que parte da leitura do mundo do trabalho. Valendo-se de uma abordagem qualitativa, a pesquisa configura-se como um estudo de caso voltado para a melhoria da qualidade da formação inicial do Enfermeiro. A coleta de dados, foi realizada no período de abril a junho de 2002, mediante a aplicação de um questionário semi-estruturado e entrevista. A análise dos resultados, demonstrou que a iniciação profissional é sempre um caminho de dificuldades, dúvidas e incertezas... Neste sentido, a formação, desses profissionais, requer um trabalho integrado, capaz de fornecer bons referenciais para o enfrentamento dos desafios colocados por uma sociedade em constante mudança.

Palavras chaves: Formação inicial; Prática profissional; Educação em Enfermagem

ABSTRACT

This study searched, within the social practice of the nursing professional, for elements that may contribute towards the advance of university graduation proposals. By using a reflexive reading process of the working universe, the research was carried out alongside two groups of nurses. The first one comprising 68 nurses graduated within the last five years and the second one comprising 11 nurses, in charge of the nursing management/coordination of different fields of professional work. In order to be accomplished, the study assumed that the nursing professionals find many obstacles at the beginning of their working life and such problems are strongly related to the initial graduation. Bearing as its goal to pinpoint the hardening elements of the nurses' professional practice linked to the initial graduation, the research, configured as a case study, took advantage of a qualitative approach in its attempt to search, in the meanings of the subjects, signing elements to the improvement of the quality of the initial graduation of the nurse. The analysis of the results pointed out that the professional initiation is always a path of difficulties, doubts and uncertainties and that the research, held as a key element to the professional development face to social transformations, was a very little considered element concerning the background of the interviewed persons. In that sense, the investigation points to the necessity of an initial education that bears research as an axis to produce technical and humanistic knowledge, able to supply basic references for a critical thinking and for the tackling of the challenges prompted by a society in constant change.

Keywords: Education nursing; Professional Initiation; Nursing practice

INTRODUÇÃO

A formação do Enfermeiro para século XXI tem sido motivo de preocupação dos intelectuais e estudiosos da Enfermagem Brasileira ao demonstrarem em estudos realizados e publicados, a necessidade de mudança do paradigma da enfermagem.

Leopardi discorrendo sobre as Tendências de Enfermagem no Brasil, afirma que “sabemos que algumas perspectivas para o futuro são desejáveis, enquanto outras devem ser repudiadas”. Citando Rogers (1997) continua: “...se não fizermos escolhas, o rio nos irá levar simplesmente, com pouca resistência, talvez para um destino que não queremos”. (LEOPARDI, 1999, p.2)

Com esta preocupação, a autora, ainda afirma que: “a lógica para a compreensão das tendências da enfermagem depende de uma viagem ao passado (dimensão histórico-existencial), de um pensar o presente (dimensão estrutural-profissional) e de um projetar formas de sentir e dar cuidado (dimensão psico-afetiva), conseqüentes com o projeto dos profissionais”. (LEOPARDI, 1999, p.2)

Nesse contexto, há de se pensar o que os educadores, responsáveis pela formação do profissional enfermeiro poderão fazer no sentido de refletir o presente e de que forma é possível contribuir para a construção do futuro.

Com mais de vinte anos na profissão, atuando na docência e na assistência de enfermagem, a autora deste trabalho teve oportunidade de conviver com enfermeiros formados em diferentes instituições de ensino. Dessa convivência, partilhou também das angústias e insatisfações de muitos ao adentrarem o mercado de trabalho e se depararem com uma realidade muito diferente daquela vivenciada durante o processo de formação.

Durante os quatro ou cinco anos de estudos universitários, o estudante de enfermagem sonha em cuidar das pessoas, de mudar, de fazer a diferença na equipe de enfermagem e na equipe multidisciplinar. Porém, ao concluir o curso, muitos dos sonhos e projetos, por ele elaborado durante a graduação, são completamente esquecidos quando se vê às voltas com a rotina encontrada no dia-a-dia, na grande maioria dos locais de trabalho.

Nesse momento quando ele se depara com a realidade do trabalho do enfermeiro começa a perceber que, se por um lado lhe faltam conhecimentos e habilidades fundamentais para cuidar, por outro não se sente seguro para gerir e coordenar o cuidado, prestado pela equipe de profissionais de nível médio, constituída por Auxiliares e Técnicos em Enfermagem, que está na instituição há muito mais tempo, muitas vezes, atuando de forma autônoma e independente.

Esse choque inicial gera muita angústia e ansiedade, acaba levando o enfermeiro a se afastar do objeto real de sua prática: o cuidado, delegando o que seria seu por direito e por dever para os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. Assume outras funções que, limitando-se às atividades burocráticas.

Essa realidade tem mostrado que a prática social do enfermeiro vem perdendo as especificidades de seu campo profissional e, até mesmo, espaço para outros profissionais.

Estudos como de ANGELO M¹. citados por MARTINS (1999, p.7) apontam:

a passagem do aluno pela escola como sendo uma prova de fogo, onde as técnicas de disciplina e ritualização levam-no a entender como se comportar, como se expressar, mais do que agir, uma vez que o modelo apresentado de prática do enfermeiro não é considerado pela escola (em muitas escolas nem ao menos admitido), devendo o aluno aprender a cuidar segundo referenciais pautados na idealização. Sua entrada neste cenário descontextualizado deve dar conta de ensiná-lo a cuidar, mesmo que a dinâmica de trabalho do enfermeiro esteja afastada deste processo.

¹ ANGELO, M. Vivendo uma prova de fogo: as experiências iniciais das alunas de Enfermagem. São Paulo, 1989: USP, 1989.. 133p. TESE (Doutorado) – Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo.

Percebe-se que existe um descompasso entre o idealizado na Universidade e a realidade da prática profissional que tem mostrado uma série de dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na vida profissional, bem como a insatisfação por parte de quem os contrata e principalmente ainda, a falta de impacto de suas ações para aqueles que utilizam seus serviços - o cliente.

Neste sentido, BEHRENS (1996, p.43) afirma que "... denúncias têm-se registrado no próprio meio acadêmico pelos alunos recém-formados que acusam o distanciamento entre a teoria proposta no curso frente à prática que é exigida do profissional no seu enfrentamento do campo de trabalho", pensamento este que é também compartilhado por MARTINS (1999, p.7) ao ressaltar que:

...o modelo de formação em Enfermagem vem se caracterizando por essa inserção desinstrumentalizada na dinâmica do cuidar, abolindo ou abafando a apreensão de aspectos conflitantes desta realidade, investindo ou convivendo com um despreparo cognitivo e com a imaturidade afetiva, reinterando uma formação aquém da competência inerente ao nível superior desempenhada por sujeitos adultos.

O reflexo deste modelo de formação é também referenciado por Barros quando observa que: "hoje, no hospital, o que recebemos das escolas é muitas vezes uma enfermeira recém-formada, descompromissada com a sua prática, despreparada, não demonstrando responsabilidade e amor ao que veio, ou seja, cuidar de pessoas." (BARROS, 2001, p.15)

Nesse contexto fica evidenciada a necessidade de busca por alternativas para mudança de uma realidade permeada por insatisfações, principalmente, hoje em dia quando constata-se, a necessidade de instrumentalizar o enfermeiro, para gerir o cuidado, agir e interagir nos problemas tendo o compromisso de transformar a realidade social na qual está inserido.

Acompanhar estes novos tempos, requer a compreensão das transformações intensas e rápidas que ocorrem no mundo, na sociedade, no trabalho, na educação, na vida, em fim, no planeta como um todo, alterando aspectos do viver e determinando mudanças importantes na forma de olhar, sentir, pensar, fazer e ser das pessoas.

Frente a essas transformações, a universidade, precisará ser vista como o local onde é possível aprender a construir e articular os conhecimentos. Os conhecimentos ali produzidos, somente serão significativos se puderem ser colocados a serviço da melhoria do ser humano e da sociedade.

Para que a universidade possa responder aos problemas colocados pela sociedade emergente, precisa acompanhar estas transformações e principalmente antecipar-se à elas, desencadeando processos de transformação social.

Segundo BEHRENS (1996, p.44) "O desafio que se impõe é encontrar um equilíbrio em formar e formar-se. Os alunos, ao adentrarem o Ensino Superior, necessitam de um universo de conhecimentos que implicam atitude de formar-se, pois além de qualificá-los, tecnicamente, a universidade tem a missão de formar cidadãos conscientes, éticos e críticos."

No que se refere à formação na área de saúde, a universidade vem enfrentando outro grande desafio, pois a saúde como um todo vem sendo alvo de críticas em relação à ineficiência do modelo vigente pautado no modelo médico biologicista. Embora a área médica tenha avançado muito enquanto ciência e tecnologia, não vem conseguindo responder às necessidades de saúde das coletividades. Portanto, as novas gerações de profissionais para atender aos desafios dos novos tempos, deverão desenvolver competências e habilidades para tratar as questões de saúde individual e coletiva com eficácia, eficiência e equidade.

Embora a Enfermagem no Brasil tenha surgido no contexto da Saúde Pública, o seu desenvolvimento acompanhou o modelo médico que por ocasião da revolução tecnológica, a necessidade de constantes especializações, conduziram-na para uma visão fragmentada do indivíduo, da saúde e do cuidado, compatível com o paradigma cartesiano.

A separação entre a mente e a matéria, a ênfase na técnica, na tecnologia, nas ultraespecializações, na racionalidade, que por um lado foram responsáveis por muitas das grandes conquistas humanas, por outro, à medida que conduziram para um pensamento reducionista, linear, de poder, de dominação e de competição, foram também responsáveis por muitos dos conflitos mundiais, deixando graves seqüelas que perduram até os dias atuais. Esse pensamento pode ser confirmado por BEHRENS (1999, p.17,18) quando anuncia que:

O Século XX manteve a tendência do século XIX, fortemente influenciado pelo método cartesiano, que separa mente e matéria e propõe a divisão do conhecimento em campos especializados, em busca de maior eficácia. Este pensamento levou a comunidade científica a uma mentalidade reducionista, contaminando o homem com uma visão fragmentada não somente da verdade, mas de si mesmo, dos seus valores e dos seus sentimentos.

Segundo PAIN (1991), o conhecimento médico e o modelo da medicina estão muito cristalizados e quase imunes ao processo de mudanças, principalmente quando se necessita de uma verdadeira revolução no setor saúde. Se já ultrapassado para a medicina, não pode continuar respaldando o roteiro da enfermagem. A autora ainda afirma que para a enfermagem alcançar a condição de ciência, precisa provocar uma ruptura com o modelo médico e buscar seus próprios caminhos, inserindo uma realidade do pensamento científico e das idéias sociais contemporâneas.

Romper com o modelo médico significa ter que criar o seu próprio modelo, ter que desenhar seu próprio mapa, portanto é preciso conhecer profundamente o homem com o qual e para o qual trabalhamos. Conhecê-lo em sua totalidade, significa desvendar as suas relações com ele próprio e com o mundo que o cerca, levando em consideração o seu papel individual e coletivo.

Para que se possa criar, é preciso desenvolver certas habilidades: a emoção, percepção, solidariedade, comunicação, afetividade, a crítica, reflexão e ética, o que implica em novos caminhos, outras alternativas, afim de que se possa estabelecer uma relação mais efetiva entre a teoria e a prática, a vida e a ciência, o indivíduo e o mundo, fatores essenciais para a ultrapassagem do paradigma que até agora tem norteado o ensino e a prática da Enfermagem.

A busca do novo, o rompimento com o velho, em geral, é um processo longo e doloroso, pois, enquanto seres humanos, tem-se uma forte tendência à acomodação. Se por um lado a inquietação e a necessidade constante de busca de satisfação nos impelem para frente, por outro a insegurança e o medo gerados pelo desconhecido, nos seguram e dificultam a construção do novo.

Segundo KANT (1783): “o esclarecimento é a saída do homem de sua menoridade, da qual ele mesmo é culpado. Menoridade é compreendida por esse pensador como a incapacidade que o homem tem de fazer uso do seu entendimento sem a direção de outro indivíduo. “Preceitos e fórmulas, estes instrumentos mecânicos de uso racional, ou antes do abuso de seus dons naturais, são guilhões de uma perpétua menoridade” Portanto, o indivíduo só consegue o “esclarecimento” quando consegue vencer o medo e a insegurança, sendo capaz de pensar por si próprio, de construir e defender as suas próprias verdades.

O saber, assim como a vida, não é algo pronto, acabado, estático, mas que está em constante movimento, transformação, construção e reconstrução. A educação passa a ser compreendida como o processo que pode levar a estas mudanças que não começam e nem acabam na escola. O enfermeiro-professor é também um educador e não apenas um condutor que leva o aluno a chegar a um ponto comum já conhecido, mas aquele que consegue provocar, instigar para a busca, a superar os seus limites, bem como a vencer o medo, a insegurança, a ousar, a construir e reconstruir, não ter medo de errar, mas a conseguir saber quando errou e voltar tantas vezes quanto forem necessárias, buscar a utopia. (DEMO, 1989).

Não se pode mais conceber o ensino de forma passiva, simplesmente centrado na transmissão de conteúdos e na difusão de técnicas, nem tampouco descontextualizado. Torna-se urgentemente, necessário, também, para o educador da enfermagem, estabelecer conexões, parcerias com os alunos, colegas de profissão, colegas de outras áreas, dominar os sistemas e tecnologias de informação para que possa responder de forma coletiva às necessidades do mundo contemporâneo, buscando conciliar a técnica, a ética, a estética, o saber, o fazer a ciência e a arte.

Frente a essas considerações, o presente estudo, realizado junto aos enfermeiros formados nos últimos 5 anos, gerências e às coordenações de enfermagem de diferentes cenários de atuação do enfermeiro, procurou levantar as principais dificuldades enfrentadas no início da profissão.

Os dados obtidos possibilitaram fazer uma reflexão sobre a realidade do trabalho do enfermeiro e do ensino da enfermagem, podendo tornar-se em contribuição para a formação de um profissional mais crítico, mais atuante, que não

se conforme com a realidade posta ou imposta, mas que seja capaz de atuar sobre ela e transformá-la.

Parafraseando as palavras do atual reitor da PUCPR, “fomos convocados pelo futuro e ousamos dar uma resposta. Que ele seja, para a universidade, a antevisão de um novo horizonte. Chegaremos, todos juntos, aonde nossos passos nos conduzirem.” (JULIATTO, 1999)

A universidade enquanto instituição formadora, assume com a comunidade um compromisso com a transformação social. Nesse sentido, a indagação norteadora da pesquisa é: Quais as possibilidades e limites da formação universitária para uma prática social transformadora do profissional de enfermagem?

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

As rápidas mudanças que hoje se processam no mundo, na sociedade, na educação, na saúde e na enfermagem, já referenciadas anteriormente, vem provocando um questionamento do perfil do profissional Enfermeiro. Considera-se que o aprofundamento desses aspectos poderia contribuir para a formação de um profissional mais crítico, mais reflexivo, mais dinâmico, mais livre, no sentido de garantir a sua autonomia profissional.

Para delimitar esta pesquisa, partiu-se do pressuposto que o Enfermeiro encontra inúmeras barreiras no exercício de sua profissão e que muitas dessas limitações são decorrentes de uma precária formação inicial. Assim, a investigação buscou levantar a natureza dessas dificuldades e as suas relações o processo de formação inicial. Como ponto de partida, procurou-se evidenciar a importância que a realidade do mundo do trabalho pode oferecer para uma proposta pedagógica que pretenda romper com o paradigma conservador.

Utilizando um processo reflexivo que parte da leitura do mundo do trabalho do enfermeiro e suas relações com a formação universitária, a pesquisa tentou situar elementos considerados enriquecedores para o projeto de formação desse profissional, identificando-os em um contexto mais amplo de formação, capaz de dar visibilidade aos aspectos, tanto da prática social quanto da prática universitária.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Para delinear as possibilidades e limites de uma formação profissional transformadora, o desenvolvimento da pesquisa orientou-se dos seguintes objetivos:

- Investigar as relações entre as dificuldades apontadas pelos enfermeiros e o a formação inicial.
- Buscar as contribuições da prática social dos enfermeiros para o avanço das propostas de formação universitária.

JUSTIFICATIVA

As extraordinárias mudanças verificadas no campo da enfermagem durante os últimos anos estão relacionadas com as exigências da sociedade atual, em constante transformação, que exige uma melhor assistência e um melhor sistema de prestação de serviços.

A Enfermagem é assim convocada para representar um importante e imprescindível papel no que se refere à qualidade, à eficácia e custo de uma assistência que satisfaça aos anseios da comunidade. O profissional Enfermeiro, enquanto líder da equipe de enfermagem para responder às exigências desta comunidade, precisa de uma formação capaz de gerar e produzir mudanças.

Ao longo dos anos, observa-se um distanciamento entre a Formação na Universidade e a Prática Profissional. Durante o processo de formação, a equipe de formadores desse profissional tem procurado formar um profissional para cuidar e para gerenciar o cuidado de enfermagem, capaz de assumir a responsabilidade pelo planejamento e implementação da assistência de enfermagem junto aos clientes. No entanto, o que se verifica na prática social é uma atuação profissional marcada pela passividade, muitas vezes anônimo dentro da equipe de enfermagem, e pouco atuante dentro da equipe multiprofissional, com dificuldades para articular os conhecimentos construídos na Universidade e produzir mudanças.

Neste sentido, Ide e Magalhães afirmam que “a Enfermagem é uma profissão aderida a certezas, a normas, a regras e que tem dificuldade em conviver com o novo, demonstrando ritmos de mudanças diferentes aos que ocorrem no mundo”. (IDE e MAGALHÃES,2001, p.86),

Nesta perspectiva, Morin ao falar sobre os desafios da educação, ressalta que: “um desses grandes desafios é o de preparar as mentes para enfrentar incertezas que não param de aumentar, levando-as não somente a descobrirem a história incerta e aleatória do Universo, da vida, da humanidade, mas também promovendo nelas a inteligência estratégica e a aposta em um mundo melhor”. (MORIN 2001, p.102)

Mesmo considerando que a educação não se processa somente na sala de aula, dentro dos muros das universidades, e apesar das práticas responsáveis da equipe docente e da importância que a universidade representa não somente como instituição formadora de profissionais, mas principalmente de pessoas, reconhece-se, nesse estudo a complexidade e os desafios da missão formativa da universidade.

Na Enfermagem, faz-se necessário buscar o ajustamento entre a teoria e a prática, conseguir que o enfermeiro consiga imprimir, no seu dia-a-dia, as marcas de uma formação transformadora. Acredita-se que desta forma será possível assumir o seu papel perante a comunidade, a equipe de enfermagem e, também, junto a equipe multidisciplinar.

Para que isto seja possível, é importante que o formador desse profissional analise sua própria prática docente e o Projeto Político Pedagógico da instituição formadora, para verificar se o que sendo oferecido hoje ao aluno é suficiente para uma formação condizente com as reais necessidades da almejada transformação social.

Para VEIGA (1998, p. 77)” ...no ensino superior, é preciso pensar a formação de jovens com autonomia intelectual, com paixão pela busca do conhecimento, com postura ética que os torne comprometidos com os destinos da sociedade humana.

Precisamos pensar a universidade para os atuais e desafiadores tempos”....
Pensando na universidade, tal educação se torna imperativa, conforme salienta
BEHRENS (1996, p.45)

... a realidade impõe que no limiar do ano 2000 o ensino superior precisa produzir conhecimentos significativos que provoquem o avanço da ciência, da tecnologia e da cultura. Não se trata de curvar-se às necessidades do mercado, mas de encontrar caminhos coletivos de parceria, de aproximação, para realizarem-se projetos produtivos e de vanguarda na na produção do conhecimento. O ensino superior tem que vir na frente, abrindo caminhos e formando profissionais críticos, criativos e transformadores.

O Enfermeiro apesar de ser um profissional liberal ainda desenvolve as suas ações predominantemente no espaço hospitalar sob a determinação do modelo médico-assistencial hegemônico no país.

Entretanto, as mudanças que vem se processando na sociedade repercutindo de maneira significativa no âmbito da saúde, com o progressivo aumento da longevidade da população e as mudanças no perfil epidemiológico dos agravos à saúde, demonstram que no Brasil nas últimas décadas houveram alterações importantes e que precisam ser consideradas na perspectiva da formação.

Diante da realidade, hoje observada, a expectativa é que para o futuro tenha-se que encontrar melhores e mais eficientes formas de tratar e cuidar, forçando a categoria como um todo a buscar por alternativas no sentido da promoção à saúde e da prevenção de doenças numa perspectiva de educação para a saúde e de auto-cuidado com a possibilidades para maior inserção dos profissionais em outros espaços de trabalho de forma independente e autônoma.

Mas, para que se torne o sonho realidade, faz-se necessário retomar a questão da formação do profissional enfermeiro, entendendo que para atuar neste

novo modelo, mais do que nunca, precisará romper com as dicotomias “teoria/prática”, “saber/fazer”, “administrar/cuidar”, “intelectual/manual” e se apropriar de competências que permitam o estabelecimento de um novo paradigma assistencial na Enfermagem.

O novo paradigma que permeia a Educação no Brasil, tem o conceito de competência como elemento orientador dos currículos, estes entendidos como conjuntos integrados e articulados de situações meio, pedagogicamente concebidas e organizadas para promover aprendizagens significativas. Tanto na Educação quanto na Enfermagem, o foco da formação é deslocado do ensinar para o aprender, do que vai ser ensinado para o que é preciso aprender no mundo contemporâneo e futuro, contemplando um processo de formação concebido como um aperfeiçoamento contínuo.

A pesquisa, procurou investigar as questões do ensino e da prática da enfermagem, a partir de uma análise crítica, na tentativa de encontrar aspectos norteadores para a formação almejada do “novo profissional” cidadão, comprometido, crítico, reflexivo, capaz de assumir o compromisso com a sua formação, com a profissão e com a sociedade.

CAPÍTULO 1

A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO

No decorrer deste trabalho, sentiu-se a necessidade de se fazer uma busca na história, com o objetivo de encontrar explicações para o presente e quem sabe a partir dela desvelar possibilidades para o futuro.

Acredita-se não ser possível fazer uma crítica de uma profissão e sobre um profissional, sem o conhecimento prévio de como surgiu, que caminhos foram trilhados, como se modificou e se organizou no decorrer de sua história.

Não se pretende, aqui, detalhar a história da enfermagem, procurou-se por fatos julgados importantes e que de alguma forma marcaram o desenvolvimento da profissão, alguns deles, deixaram cicatrizes, umas visíveis outras apenas sensíveis, mas que, se por um lado provocam dor e desconforto, por outro instigaram e constituíram-se em mola propulsora para se buscar novos direcionamentos para a profissão.

1.1 O SURGIMENTO DA ENFERMAGEM – DA ANTIGUIDADE À IDADE MÉDIA

A história da Enfermagem em muitos momentos se confunde com a própria história da humanidade. Supõe-se que desde o surgimento do homem, ele precisou de cuidados, modificados de acordo com a época, acontecimentos históricos, políticos, sociais e econômicos que marcaram cada fase da história da vida humana.

A percepção do homem acerca da doença, do doente e das formas encontradas para diagnosticar e tratar também foram se modificando de acordo com

o seu desenvolvimento “Como processo biológico, a doença é mais antiga que o homem, antiga como a própria vida, porque é um atributo da vida” (ROSEN², 1980 apud SILVA, 1986 p.29). “Como processo social ela se origina muitas vezes, de condições materiais adversas de existência, diretamente vinculadas a relações sociais de trabalho e se reflete também sobre ambas” (SILVA, 1986 p.29)

Há indícios, na história, sobre a existência de enfermidades antes mesmo do surgimento do homem na face da terra. Segundo Canguilhem “se os sílex lascados e a arte dos homens da idade da pedra contam a história de suas lutas, de seus trabalhos e de seus pensamentos, suas ossadas evocam a história de suas dores”. (CANGUILHEM 1990, p.137).

As primeiras referências que se tem acerca das doenças se reportam às sociedades tribais primitivas, as quais percebiam a doença como castigo divino, causadas por espíritos maus. O tratamento e a cura eram realizados pelos curandeiros, feiticeiros e sacerdotes que numa mistura de magia e religião e o conhecimento empírico das raízes, promoviam a cura. “Nessas sociedades, a arte de curar pressupunha um certo preparo, a aprendizagem de ritos e fórmulas complexos, restrito a um círculo estreito de iniciados”. (SILVA, 1986, p.30).

Sobre o surgimento da enfermagem neste período, Saube afirma que: “a partir do sacerdote que trata os doentes (médico), surge o sacerdote que prepara os medicamentos (farmacêutico) e o sacerdote que cuida dos pacientes (enfermeiro)”. (SAUPE 1998, p.31)

Os diversos autores consultados referem que desde os tempos mais remotos sempre houve uma importante diferenciação entre o curar (Médico) e o Cuidar (enfermagem), embora este último, fosse algo importante e até mesmo

² ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social. Ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

indispensável à cura, ficou como atividade complementar, a cargo das mulheres de suas respectivas famílias que não necessitavam de nenhum conhecimento especializado, uma vez que era praticamente extensão de tarefas tipicamente femininas, o cuidar das crianças e dos velhos fazia parte do dia a dia familiar. Daí a própria origem da palavra Enfermagem que segundo Silva (1986) “*Nursing*” em inglês vem do verbo *to nurse*, que significa nutrir, que cuida das crianças, depois (por extensão) a que assiste o doente. Em português, o termo designa o agente que cuida dos *infirmus*, isto é, daqueles que não estão firmes (crianças, velhos, doentes).

Com as profundas transformações morais e espirituais iniciadas no final do século V e princípio do século IV a.C., o progresso da ciência e da filosofia, a prática da medicina antes intuitiva, mística e sacerdotal, passa a partir de Hipócrates influenciado por Sócrates e outros filósofos a basear-se na experiência, no conhecimento, na observação cuidadosa dos fatos clínicos. Portanto, a incorporar a concepção pitagórica de que a doença se origina no desequilíbrio dos humores do corpo, correlacionando as doenças às condições climáticas, geográficas e aos hábitos alimentares enfatizado nos diversos manuscritos ressaltando a importância do diagnóstico, prognóstico e da terapêutica, determinado um novo rumo para a medicina, permanecendo até o advento da medicina moderna, no século XVII.

SILVA (1986, p.34) ao se reportar à este período da história afirma que:

O advento do cristianismo trouxe uma nova visão de enfermidade. Entendida esta como castigo divino, mas, não obstante proveniente de um Deus misericordioso e bom, transnudava-se, simultaneamente, num instrumento poderoso de remissão dos pecados, de fortalecimento da fé e, portanto, de aproximação com Cristo e salvação da vida eterna. Ademais, aqueles que cuidassem dos enfermos tinham também oportunidade de salvar a própria alma.

O reconhecimento do cristianismo pelo do Édito de Milão, possibilitando a liberdade das ações da igreja, dá origem a todo um movimento de assistência. Muitos leigos, movidos pela fé cristã, passam a assistir aos órfãos, pobres e doentes, fundando inúmeras ordens seculares: os mosteiros que durante muitos séculos tiveram sob o seu encargo o asilo e a atenção à saúde.

Segundo as bibliografias consultadas, embora funcionassem em precárias condições de higiene, recebiam apoio do poder público e também da igreja. Havia um interesse do poder público, pois estes hospitais além de tratar os enfermos e servir de asilo. Também serviam de albergues com a finalidade de isolar aqueles que poderiam oferecer “risco às populações”. Neste período em decorrência das guerras, da pobreza extrema da população e da falta de higiene e saneamento, o mundo era assolado por grandes epidemias.

Observa-se que desde essa época, a saúde já era manipulada pelo poder que, isolar os doentes, esconder os mendigos atendia aos interesses dos mais abastados. Nesses asilos, o cuidado de enfermagem era prestado pelas monjas e pelas mulheres de maneira em geral.

Segundo Geovanini, “restritos ao clero, os conhecimentos de saúde, agora minados pelo ceticismo e desvinculados do interesse científico, precipitam-se para uma prática dogmática, desenvolvida, quase que exclusivamente, sob a sombra dos claustros que, durante muitos séculos foram depositários do saber em todas as suas formas e manifestações”. (GEOVANINI 1995, p.10)

No decorrer do tempo as profissões ligadas à saúde, iniciam um processo de mudança, o que não foi ocorrido na enfermagem conforme afirma SAUPE (1998, p.32):

No período que se segue, até a decadência da Igreja Católica (Século XIV), verifica-se que, enquanto outras profissões, ligadas à saúde, vão se firmando através de experimentos e

descobertas científicas, a enfermagem permanece tendo como maior suporte os aspectos da arte, do amor ao próximo e da religiosidade, desenvolvendo grande dependência e subalternidade em relação às demais.

A Igreja exerceu um grande poder em toda a Idade Média tanto na esfera econômica quanto na organização social e cultural, influenciando de maneira significativa a enfermagem. Esse período também foi caracterizado pela criação de várias escolas, bibliotecas em conventos. Mais tarde, surgiram escolas anexas às catedrais e universidades como a de Salerno, a de Bolonha e a de Paris.

O período de 1340 a 1360 foi caracterizado por um período de grandes epidemias. A Peste Negra dizimou praticamente 1/3 da população européia. Movidos pela necessidade foram criados os primeiros hospitais sob controle municipal: o Hotel Dieu, na França; o Hospital St. Thomas e São Bartolomeu, em Londres (JAMIESON³, 1966 apud SILVA, 1986 p.37).

Esses fatos geraram a necessidade de se criarem grupos civis na enfermagem.

As inúmeras dificuldades enfrentadas pelos cristãos desde o século VII quando Jerusalém foi tomada pelos muçulmanos, deram origem a uma organização militar que tinha por objetivo libertar o túmulo de Cristo. Essas expedições militares, denominadas de cruzadas, iniciaram no século XI e resultaram na criação de hospitais para os peregrinos e o surgimento de ordens militares na enfermagem, reforçando os ideais de ordem, disciplina e obediência. Esses hospitais eram mantidos pelos ricos cruzados que faziam doações. Aos poucos foram se disseminando por vários países da Europa.

Ao estabelecer um paralelo entre o desenvolvimento da medicina e da enfermagem no período pré-capitalista, SILVA (1986, p.40) ressalta que:

³ JAMIESON, E. M. et alii. História de la enfermería. 6ª ed., México, Interamericana, 1966

Em todo o período pré capitalista a medicina deteve um saber específico enquanto que a enfermagem é caracterizada como uma prática social que nasceu vinculada às atividades domésticas (desprovida de qualquer conhecimento esotérico), à mercê exclusivamente do empirismo das mães de família, de monjas ou dos escravos. Prática esta detentora de um saber de senso comum, disseminado no meio social, destituída de qualquer conhecimento especializado, próprio.

Observa-se portanto, que embora medicina e a enfermagem tenham tido as mesmas raízes, nesse período a medicina já dava seus primeiros passos rumo a cientificação, enquanto a enfermagem permanecia no âmbito doméstico, e agora fortemente influenciada pelo espírito religioso conforme pode-se verificar em Silva “O eventual prestígio de determinados agentes de enfermagem tradicional (diáconos, diaconisas, monges, freiras) estava, pois, ligado à religião, sendo uma conseqüência direta do prestígio desfrutado pela religião na Idade Média”. (SILVA 1986, p.41)

Com a decadência do poder da Igreja Católica, os religiosos foram perseguidos e, conseqüentemente, as religiosas foram expulsas dos hospitais, iniciando um período chamado de “obscuro” na história da enfermagem, pois o cuidado aos enfermos ficou ao encargo de pessoas de índole duvidosa, prostitutas, mendigos, bêbados e pessoas excluídas do convívio social que muitas vezes realizavam essa missão, em troca de abrigo e alimentação. Esse período, embora considerado crítico em nossa história, e responsável por muitas das cicatrizes que mantemos até hoje, acabou por dar início à enfermagem moderna.

De importante, durante todo este percurso da história da enfermagem, observa-se que “a prática da enfermagem”, embora exercida de forma empírica desde a Idade Antiga até a Revolução Industrial, era exercida independente do médico e de suas prescrições.

1.2 A INFLUÊNCIA DO CAPITALISMO NA ENFERMAGEM

A partir da Revolução Industrial, um novo modelo de assistência passa a ser desenhado, motivado pela necessidade de produção do capitalismo, em que o corpo não é mais tido como algo sagrado, intocável, mas como força de produção de uma máquina que não pode parar, pois deveria dar lucro. A doença aqui não é mais percebida como um castigo e, sim, prejuízo.

A medicina passa a dedicar-se à cura, procurando recuperar o indivíduo o mais rápido possível, para que, possa voltar ao trabalho.

Neste momento, surge um novo hospital, agora não mais destinado ao abrigo de órfãos, velhos, mendigos, doentes, mas transforma-se em instituição voltada para a cura das enfermidades e centro de pesquisas médicas.

Neste aspecto SILVA (1986, p.47) ressalta que :

No período referido, o saber médico já havia se deslocado do mosteiro para as universidades e destas para os hospitais. A enfermagem, entretanto, não se constituía ainda como um saber especializado. O enriquecimento progressivo e admirável da medicina, a partir do século XVI, não encontrou nenhuma correspondência na área da enfermagem que, até meados do século XIX, manteve-se fora dos domínios intelectuais propriamente ditos.

A transformação do modelo de hospital e os avanços da medicina vão gerando a necessidade de uma nova enfermagem, agora voltada para o cumprimento das ordens médicas. O médico, passa a delegar para a enfermagem aquelas atividades que eles consideravam como menores “as atividades manuais”.

A Reforma Protestante, a reorganização da igreja cristã, dá início, também, a um processo de reorganização e moralização da enfermagem, originando a enfermagem moderna ou como alguns autores consideram: a *Enfermagem Profissional*.

Neste período, foram muitas as tentativas leigas e religiosas que procuraram resgatar o sentido do hospital. Destaca-se, neste sentido, a iniciativa do pastor Fliedner em Kaiserswerth que junto com sua esposa, iniciaram em 1836, um pequeno hospital, destinado a atender os doentes e a servir de campo para aprendizado das noviças que ali se formavam, fundando a ordem protestante das diaconisas modernas.

Com isso, as enfermeiras prestavam atendimento domiciliar àqueles que tinham um bom nível social, o que contribuiu para a melhoria do conceito da enfermagem e dos hospitais da época. As idéias de Fliedner incentivaram o surgimento de outras escolas muito embora, na opinião de diversos autores, não tiveram a mesma repercussão.

1.3 FLORENCE NIGHTINGALE E A ENFERMAGEM PROFISSIONAL

Embora não seja de consenso entre os autores pesquisados, pode-se afirmar que a Enfermagem nasce verdadeiramente como profissão no mundo a partir de Florence Nightingale.

Florence nasceu em Florença, Itália, em 12 de maio de 1820. Seus pais Willian Edward e Francis Nigthingale eram membros de uma família rica e tradicional inglesa. Dotada de cultura incomum para as moças da época, falava várias línguas. Estudou matemática, estatística, filosofia, história e religião. Segundo diversos autores, possuía inteligência perspicaz, o que juntamente com a sua educação, estimulou o seu pensamento crítico. Posteriormente, se interessou também pela política, economia, governo, liberdade, condições sociais e instituições.

Há relatos históricos que desde a infância, manifestava a inclinação ao cuidado de crianças e animais doentes e que, desde muito jovem, já manifestava o desejo de estudar enfermagem, o que não lhe foi permitido dadas as condições dos hospitais da época.

Florence viajou muito, o que lhe permitiu observar como a enfermagem se desenvolvia em diferentes países. Aos 31 anos, conseguiu autorização para realizar um estágio de três meses em Kaiserswerth (Alemanha), onde segundo a história, ficou impressionada com a dedicação lá observada. Posteriormente, realizou um estágio na França, com as irmãs de Caridade, onde teve a oportunidade de conhecer o trabalho das Irmãs Vicentinas do Hotel Dieu, em Paris. Nesta época, já alimentava o sonho de fundar uma escola para enfermagem que atendesse as necessidades emergentes.

Neste período, já se observavam importantes avanços na medicina como a descoberta de Semmelweiss que comprovava a possibilidade contágio das doenças e a possibilidade de prevenção pela lavagem das mãos. Trabalhos como de John Snow sobre a epidemia de cólera em Londres, os estudos de Pasteur que demonstram o crescimento de microorganismos, entre outros, deram início a reorganização da instituição hospitalar.

De acordo com as referências históricas, sua primeira experiência na enfermagem foi em 1853 como superintendente de Enfermagem na Casa de Gentlewomen onde dedicava-se ao cuidado de idosos.

Em 1854, durante a Guerra da Criméia, escreveu⁴ para Sidney Herbert então ministro da Guerra da Inglaterra e seu amigo pessoal, oferecendo-se para auxiliar a organizar os serviços de enfermaria dos hospitais militares instalados em

⁴ Observou-se que não há consenso entre os autores, alguns afirmam que Florence foi convidada, enquanto outros, afirmam que ela se ofereceu para atender os soldados ingleses nos campos de batalha.

Scutari e Criméia, que se encontravam totalmente desequipados tanto em recursos humanos quanto materiais.

Segundo os dados, Florence Nightingale sensibilizou-se com as notícias de que havia uma desigualdade de condições entre a assistência prestada aos soldados nos campos de batalha, conforme afirma PAIXÃO (1963, p.49)

Enquanto os feridos russos e franceses eram tratados por Irmãs de Caridade, faltava aos ingleses qualquer organização de enfermagem. Nos imensos hospitais de sangue, 40% dos feridos morriam em consequência do abandono em que ficavam. Florence partiu para Scutari com 38 voluntárias, entre religiosas e leigas de diferentes hospitais, levando reforço de roupas, remédios e provisões.

A autora, ainda afirma que: "quando lá chegaram encontraram um imenso hospital superlotado, com 4000 feridos, dependendo de todos os tipos de cuidados" (PAIXÃO, 1963, p.49). Imediatamente coloca em prática os conhecimentos que já possuía, organizou a cozinha, a lavanderia, e proporcionou distrações aos convalescentes. Conta-se que era incansável e que durante a noite percorria as enfermarias com sua lâmpada o que lhe valeu o título entre os soldados de "A dama da Lâmpada". Por essa razão a lâmpada ainda hoje é símbolo da enfermagem. Com os cuidados dispensados, conseguiu reduzir a mortalidade para 2%.

Diante dos relatos históricos, verifica-se que Florence tinha idéias avançadas para a época, pois já conseguia perceber a importância de cuidar do indivíduo como um todo, da importância do ambiente tanto físico quanto emocional e espiritual para a recuperação dos enfermos.

Segundo Paixão, ela procurava manter as suas correspondências em dia, Para obter o interesse de seus amigos pelos feridos, oferecia minúcias pitorescas de sinceridade e realismo, como se pode observar nos relatos descritos por PAIXÃO (1963, p. 50):

“Tivemos muita sorte com os médicos. Dois são verdadeiros brutos e quatro verdadeiros anjos__ porque este é um trabalho que transforma os que fazem em anjos ou demônios. Temos atualmente quatro milhas de camas uma junto à outra, separadas apenas o bastante para uma pessoa passar entre elas. Há feridos deitados até junto à porta do nosso quarto, e estamos desembarcando mais quinhentos e quarenta. As mulheres inglesas que estão sob minhas ordens são mais difíceis de governar do que 4000 homens. Não devem deixar vir ajudar-nos quem não tenha o hábito de fadiga e privações... A cada 10 minutos nos chamam para estancar, como fosse possível uma hemorragia, enquanto procuram um cirurgião. Em nosso corredor, creio que não se encontra um ferido ao qual não falte um membro. É enorme a mortalidade entre os operados. As operações são feitas na própria enfermaria. Arranjei um biombo para as amputações, pois quando um pobre soldado que deve ser operado vê seu companheiro morrer no ato operatório, fica impressionado e isso diminui suas probabilidades de êxito”

Durante a guerra, Florence foi responsável por dois hospitais em Scutari: O Hospital Geral e o “Barrack Hospital”. Para o primeiro, mandou 10 enfermeiras e, no segundo, instalou seu quartel general. Organizou ambos e orientava todas as suas enfermeiras que até o final da guerra eram um total de 120 entre leigas e religiosas. (PAIXÃO, 1963).

Nas pesquisas realizadas, pôde-se observar, que ela demonstrava uma importante preocupação com a higiene, referente ao ambiente, aos pacientes e às pessoas que os atendiam, bem como, sobressaía-se o seu trabalho na organização e na coordenação do trabalho das demais voluntárias.

Ao final da guerra, foi consagrada como heroína nacional, recebeu um prêmio do governo inglês o qual foi destinado à fundação de uma escola de enfermeiras junto ao Hospital St. Thomas, em Londres. A escola de Florence transformou-se em modelo para outras instituições da Inglaterra, difundindo-se posteriormente no Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Estados Unidos.

Suas metas eram, o preparo de Nurses, moças que vinham de famílias mais pobres e que, em geral, não tinham condições de custear seus estudos. Elas eram preparadas para exercer os serviços usuais da enfermagem hospitalar e domiciliar,

enquanto, as Laides-nurses, provenientes de famílias mais abastadas eram formadas para as atividades de supervisão, administração e ensino.

Este fato, daria origem à divisão do trabalho da enfermagem: o trabalho manual e o trabalho intelectual; a assistência e a administração de enfermagem; o papel da enfermeira e dos auxiliares de enfermagem de hoje.

Segundo os vários autores consultados, a seleção das candidatas era extremamente rigorosa e dependia de uma avaliação durante um período probatório. . O curso básico tinha um ano de duração, período em que as alunas aprendiam anatomia, química, culinária e enfermagem. Após este período, as nurses, cursavam três anos e as ladies-nurses dois anos com dedicação exclusiva às atividades práticas no hospital.

Durante o curso, as estudantes viviam em regime de internato, submetidas a uma disciplina rigorosa com a finalidade de desenvolver nelas os traços de caráter considerados desejáveis a uma boa enfermeira: sobriedade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância (CARVALHO⁵, 1972 apud SILVA, 1986, p. 53).

Florence, imprime na formação das enfermeiras muitos dos seus traços de personalidade, caráter e educação, bem como das experiências vivenciadas em suas viagens, principalmente daquelas obtidas por ocasião de sua atuação durante a guerra da Criméia, conforme ressalta ABEL-SMITH ⁶(1960) citado por AIMEIDA e ROCHA (1986, p. 53)

O zelo religioso do Instituto das Diaconisas de Kaiserswerth, a disciplina militar dos hospitais de Scutari, o estilo de vida aristocrática da família nightingale, tudo isso foi amalgamado e imposto às primeiras alunas da Escola do Hospital São Thomas. As alunas ficavam sob

⁵ CARVALHO, Amália, C. Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico. São Paulo, USP/Escola de Enfermagem, 1972. Tese de doutoramento

⁶ ABEL-SMITH, B. A history of the nursing profession. Londres, Heineman, 1960.

supervisão contínua durante dez horas de trabalho nas enfermarias e eram obrigadas a ter um diário e reportar tudo semanalmente. Qualquer lapso na sobriedade ou honestidade significava dispensa. (...) Morar no lar Nightingale fazia parte do treinamento. Miss Nightingale achava isso essencial para o treinamento moral e do caráter.

Muitas das ladies-nurses formadas em St. Thomas assumiram a responsabilidade de difundir o sistema Nightingale, constituindo novas escolas que deveriam obedecer, os mesmos princípios de St. Thomas: 1º) A escola deveria ser dirigida por uma enfermeira, e não médico como se fizera até então nos pequenos e raros cursos ministrados nos hospitais. 2º) Mais ensino metódico, em vez de apenas ocasional através da prática. 3º) Seleção das candidatas sob o ponto de vista físico, moral intelectual e de aptidão profissional.

Os primeiros anos da escola St. Thomas foram de grandes lutas.. “Pouquíssimos eram os que compreendiam a necessidade de enfermeiras cultas e de elevados dotes morais. Mais raros ainda os que entendiam a necessidade de estudos e especial preparação para essas funções. Os médicos reprovavam muita coisa adotada pela escola, e o público duvidava seriamente que uma “lady” pudesse tornar-se enfermeira” (PAIXÃO, 1963, p.51).

Observa-se que estes aspectos, ainda estão muito presentes nos dias de hoje, tanto no que se refere à questão disciplinar, moral, quanto ainda na forma com que a Enfermagem é interpretada, não só pela população leiga mas também pela própria equipe multidisciplinar.

1.4 A ENFERMAGEM NO BRASIL

No Brasil, há poucas referências, sobre a enfermagem no período do descobrimento. As que se têm, são da própria história da colonização brasileira.

Segundo os autores consultados, quando os portugueses aqui chegaram, se depararam com os indígenas, os quais intuitivamente realizavam a cura mediante a utilização do conhecimento empírico de produtos extraídos da flora e fauna. O cuidado aos enfermos era prestado pelos pajés e feiticeiros da tribo, bem como pelas mulheres. Assim como em outras sociedades primitivas elas eram responsáveis pelos cuidados às crianças e velhos.

Pelos relatos históricos, os jesuítas vieram para o Brasil com a missão de catequizar os índios. Ao entrar em contato com a cultura indígena, impuseram-lhes os hábitos da cultura branca, os quais foram responsáveis pela introdução e disseminação de doenças entre as tribos.

À medida que avança o processo de colonização com a chegada do colonizador europeu e dos negros africanos, agravam-se as epidemias de tuberculose, febre amarela, varíola, lepra e outras doenças infectocontagiosas que foram responsáveis pela dizimação de grande parte dos nativos.

Inicia-se no Brasil a fundação das Santas Casas de Misericórdia. Aos moldes das que funcionavam na Europa, tinham por finalidade abrigar os pobres, os órfãos e também os doentes. A primeira Santa Casa, foi fundada em 1543, em Santos, seguindo-se a do Rio de Janeiro, Vitória e posteriormente, propagaram-se pelas principais capitanias brasileiras. O cuidado aos doentes era prestado por leigos voluntários, religiosos, escravos e tinha um cunho essencialmente prático, doméstico, baseado no empirismo.

Em meados do século XVIII, surgem os primeiros hospitais militares, cujo objetivo era o de preservação da vida dos soldados. Segundo Germano "... muitos deles eram mantidos com verbas oriundas dos próprios salários dos soldados (...). Toda a assistência prestada aos enfermos provinha da iniciativa privada, chegando

algumas dessas Santas Casas a serem construídas à base de esmolas”. (GERMANO,1985, p.24).

Aliás, observa-se que esta prática persiste até os dias de hoje, não só na manutenção das Santas Casas, como para uma grande parte das instituições filantrópicas existentes no país.

A administração institucional, a supervisão dos trabalhos daqueles que prestavam os cuidados era realizado por religiosos que vieram em missão para o Brasil.

Segundo Paixão, “havia senhores que alugavam escravos peritos em enfermagem para servirem a doentes particulares. Qualquer pessoa podia iniciar-se no cuidado aos doentes”. (PAIXÃO 1963, p.78).

As primeiras escolas de medicina mencionadas foram criadas a partir da vinda do príncipe regente para o Brasil. Até então, os cuidados médicos eram muito precários, realizados por um grupo muito restrito de médicos portugueses, pois “...raros eram os brasileiros que podiam estudar na Europa”. (PAIXÃO 1963, p.79)

Em 1830, iniciam-se os cursos para parteiras na Bahia, com a preocupação de reduzir o grande número de óbitos entre as parturientes. Porém, na enfermagem a primeira iniciativa, data de 1890 com a criação de uma escola, cujo objetivo, de acordo com Geovanini (1995) era para atender os hospitais civis e militares. Assim, pelo Decreto Federal n.º 791, de 27 de setembro de 1890 nasce a primeira escola de enfermagem no Hospício D. Pedro II, chamado de Hospital Nacional de Alienados, posteriormente, denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto que pertence à Universidade do Rio de Janeiro UNI-RIO.

O propósito de iniciar pela área da Psiquiatria, diverge, segundo os autores. Há os que afirmam que a iniciativa se deu devido à situação dramática vivenciada

nos hospitais psiquiátricos. Porém, Germano afirma que, “o motivo maior da fundação dessa escola deveu-se ao fato de terem as irmãs de caridade, responsáveis pela enfermagem, deixado o hospital por incompatibilidade com a nova direção interina que passou a cercear muitas de suas atribuições”. (GERMANO 1985, p.27).

A escola foi criada aos moldes das Escolas de Salpêtrière na França. O curso tinha dois anos de duração, e o currículo estava voltado basicamente à assistência curativa, sendo pré-requisitos para o ingresso: idade mínima de 18 anos, ler, escrever e contar, saber aritmética elementar e um atestado de bons costumes. Segundo Paixão (1963) se na época tivesse sido observado o que já ocorria na Europa, e a criação da Escola Alfredo Pinto houvesse se espelhado no modelo preconizado por Florence, a enfermagem brasileira teria tomado outros caminhos. Lamenta, portanto, que a escola estabelecida pelos médicos tivesse um caráter muito rudimentar.

O final do século XIX, e início do século XX foram marcados por um importante crescimento populacional, decorrente da vinda de imigrantes atraídos pela perspectiva de mercado de trabalho que se iniciava no Brasil com o processo de industrialização.

O crescimento desordenado das grandes cidades, principalmente portuárias como o Rio de Janeiro, São Paulo e Santos, propiciou, a disseminação de grandes epidemias, doenças como a peste, a malária, a tuberculose, a lepra entre outras. Conta-se que nesta época a febre amarela chegou a matar mais de quatro mil pessoas.

Iniciam-se as primeiras medidas de controle das epidemias que já ameaçavam a política de imigração, bem como as relações econômicas internacionais, conforme observado em GERMANO (1985, p.28):

Os navios estrangeiros que atracavam no porto do Rio de Janeiro, tinham seus tripulantes constantemente acometido pelas doenças, acarretando inclusive, a morte de muitos deles. Em consequência, surge a ameaça dos países que negociavam com o Brasil, no sentido de cortarem as relações comerciais, caso o governo brasileiro, de imediato não saneasse seus portos.

Diante da situação estabelecida, com o risco de um colapso econômico-social, empreenderam-se campanhas no combate à peste bubônica, varíola, malária e febre amarela, originando as primeiras medidas legais, tornando obrigatória a notificação das doenças, a imunização antivariólica dentre outras medidas de vigilância sanitária.

Neste período, destaca-se o sanitarista Oswaldo Cruz que convidado pelo governo, aceita o desafio de controlar a febre amarela no Rio de Janeiro. Após uma incansável batalha, consegue em quatro anos controlar a doença.

Ainda neste início de século, já na eminência da 1ª Guerra Mundial, o Governo da República regulou a existência das associações da Cruz Vermelha que se fundassem no Brasil, de acordo com as Convenções de Genebra de 1864 a 1906 (...), em 1912 a Cruz Vermelha Brasileira foi reconhecida oficialmente pelo Comitê Internacional. (PAIXÃO, 1963, p.85).

Em 1916, foi fundada a Escola da Cruz Vermelha Brasileira, no intuito de treinar enfermeiras para períodos de guerra. Em tempos de paz, destinava-se ao treinamento de visitadoras sanitárias para atuarem junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública, oficializado em 1920, dirigido por Carlos Chagas.

Diante da necessidade da organização do serviço de enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, Carlos Chagas sob o patrocínio da Fundação Rockfeller, negocia a vinda de um grupo de enfermeiras americanas. Lideradas por Ethel Parsons e Clara Louise Kienninger organizaram uma escola profissional para enfermeiras.

Em 1922, é criada pelo Decreto Federal n.º 15.799/22 a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Seu funcionamento deu-se em 1923, com um grupo de quatorze alunas. (PAIXÃO, 1962, p.92). Em 1926, passa a denominar-se Escola Ana Néri, atual Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A criação desta escola representa o início da profissionalização da enfermagem no Brasil.

Para Germano “É nesse quadro que emerge o ensino sistematizado da enfermagem, tendo no seu bojo, o propósito de formar profissionais que contribuíssem no sentido de garantir o saneamento dos portos, principalmente o do Rio de Janeiro”.(GERMANO, 1985, p.28)

Contudo, o modelo de ensino de enfermagem implantado no Brasil, segue o modelo norte-americano que, por outro lado, já apresentava modificações, sendo considerado por alguns autores distorções do modelo nightingaleano.

Neste aspecto, Silva relata que “as Escolas de Enfermagem dos Estados Unidos da América, fundadas nas décadas finais do século, estavam diretamente vinculadas a hospitais particulares, servindo a seus interesses imediatos de mão de obra e de diminuição de custos, o que redundava na hipertrofia das atividades práticas dos alunos...” (SILVA, 1986, p.77)

Para ingresso no curso, exigia-se que a candidata tivesse o curso normal ou equivalente. Caso não preenchessem este pré requisito, eram autorizadas a

ingressar no curso, desde que, comprovassem devida capacitação, “o curso inicialmente tinha a duração de três anos acadêmicos (ou 28 meses letivos), passando já na segunda turma para quatro anos acadêmicos (ou 36 meses letivos)”. (SILVA 1986, p.77).

A mesma autora afirma também que as alunas eram obrigadas a manter oito horas diárias de estágios no Hospital São Francisco de Assis, com direito à residência, pequena remuneração mensal e duas meias folgas por semana, o que correspondia a 48 horas semanais de atividades, excluídas as horas de instrução teórica e de estudos.

Observa-se, portanto, que embora segundo a maioria dos autores, a enfermagem no Brasil tenha surgido no contexto da saúde pública, desde o seu início foi marcado por paradoxos, conforme enunciados por SILVA (1986, p. 78):

- Primeiramente buscou-se atingir o objetivo de atender a problemas imediatos de saúde pública de país pobre implantando-se um modelo de escolarização de país rico.
- Enquanto que o modelo americano visava o atendimento, a baixo custo para as instituições privadas, no Brasil, a sua finalidade básica foi responder a interesses governamentais.
- Se a escola nasceu de uma necessidade emergente na área de saúde pública, como se explica o tempo destinado pelas alunas no estágio hospitalar.

Estes fatos também são questionados por RIZZOTTO (1999) que após estudar minuciosamente a história da enfermagem e sua relação com a saúde pública, se opõe à idéia de que a Enfermagem no Brasil tenha surgido no contexto da saúde pública, segundo a autora, a Enfermagem que se instalou no Brasil, esteve sim, muito mais voltada a atender os interesses do desenvolvimento capitalista, à visão liberal e aos rumos tomados pela medicina.

Esse período é marcado ainda por estímulo fomentado pelo governo àquelas interessadas em cursar enfermagem, mediante a oferta de bolsas de estudo tanto

para o curso de enfermagem, aqui, no Brasil, como também para cursos de aperfeiçoamento nos Estados Unidos e Canadá. Um grande número de enfermeiras que construíram a nossa história se especializaram fora do país. Outro aspecto importante diz respeito ao salário da enfermeira, na época. Segundo o que consta, era muito superior aos salários oferecidos às mulheres em outras profissões liberais. (SILVA, 1986).

A pesquisa bibliográfica permitiu constatar que as candidatas ao curso de enfermagem eram provenientes de uma classe social privilegiada, visto que, na época somente elas preenchiam os requisitos de escolaridade.

Observa-se, portanto, uma grande diferença dos tempos atuais, em que uma grande parte das alunas são provenientes de classes sociais menos favorecidas, determinando inclusive a necessidade de trabalhar, em alguns casos em até dois empregos para conseguir manter os estudos.

Cabe, também, ressaltar em 1926 a criação da Associação das Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, posteriormente, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), constituindo-se em importante conquista para o desenvolvimento científico cultural e de defesa dos interesses profissionais.

Geovanini afirma que a Escola Ana Néri, “tornou-se tradicional no contexto educacional brasileiro; e suas enfermeiras, consideradas padrão, durante muito tempo personificaram a imagem da verdadeira enfermeira brasileira.” (GEOVANINI1995, p.24)

Em 1931, a escola passa a ser considerada escola oficial padrão, o que foi fixado pelo Decreto n.º 20.109 de 15/06/31, passando-se a partir desta fase a obrigatoriedade de incorporação pelas demais escolas que nesta época já começavam a surgir no país.

Curiosamente até hoje existe uma correlação do curso superior de enfermagem com a formação do “enfermeiro padrão”. Em geral, as pessoas leigas, tem muita dificuldade em diferenciar os níveis existentes na profissão. Por isso, quando se referem ao enfermeiro formado em “nível superior” chamam-no a este “enfermeiro padrão”.

Vale lembrar, ainda, que a escola Ana Néri funcionou até 1931 sob a direção das enfermeiras americanas. Somente a partir desta data, a escola passa a ser dirigida por enfermeira brasileira.

Para SILVA (1986, p.80), “as décadas de 20 e 30 marcaram a implantação da enfermagem profissional na sociedade brasileira e as de 40 e 50, a sua consolidação”.

GERMANO (1983), ao se referir ao currículo do curso de enfermagem, relata que a sua primeira reformulação data de 1949, conforme Decreto n.º 27.426 de 14 de novembro de 1949, após a promulgação da Lei 775 de 06 de agosto de 1949 do Governo Federal, que dispõe sobre o ensino de enfermagem no país, determinando que as escolas não mais poderiam receber candidatos que não tivessem concluído o curso secundário. Após a expiração do prazo, a Lei n.º 2.995/56, prorroga por mais cinco anos, extinguindo-se em 1961, que coincide com a reformulação do ensino.

Vale destacar, portanto, que “não houve a rigor mudança sensível entre o currículo de 1923, (...) e o de 1949, ambos privilegiavam as disciplinas de caráter preventivo, embora o mercado utilizador já apontasse forte tendência para o campo hospitalar” (GERMANO 1985, p.37). Todavia, não se pode deixar de considerar a importância desta legislação, uma vez que ela uniformiza o ensino de enfermagem no Brasil, desenvolvendo-se em duas modalidades: o curso de enfermagem com duração de 36 meses e outro curso com uma duração de 18 meses destinado à

formação do Auxiliar de Enfermagem. Com isso, oficializa-se portanto, a divisão entre o intelectual e o manual; o saber e o fazer, que em 1966 viria a ser reforçada com a criação de mais uma categoria profissional o Técnico de Enfermagem.

Saupe ao se referir sobre o modelo de ensino de enfermagem, estabelecido em 1949, afirma que o mesmo “orientou-se pelo currículum guide americano, de 1937, inclusive quanto à obrigatoriedade da escola oferecer residência às alunas, o que se tornou uma tradição na enfermagem, até o advento da reforma universitária, em 1968”. (SAUPE 1999, p.41)

A partir desta fase, acompanhando todo o movimento político, econômico e social, aliado aos avanços tecnológicos, começam a surgir no Brasil os hospitais públicos com fins educacionais: o Hospital das Clínicas de São Paulo, o Hospital São Paulo, que posteriormente passam a ser reproduzidos em outras capitais brasileiras. Este novo modelo de hospital implantado, baseado principalmente em alta tecnologia, redireciona totalmente os cursos de enfermagem.

Uma observação importante também dentro deste contexto é o fato de que os Hospitais de Clínicas, implantados no início da década de 60, organizam-se por especialidades. Portanto, neste período, a medicina passa para um enfoque ultraespecializado, fragmentando o ensino e o indivíduo em partes cada vez menores. A enfermagem acompanha o modelo médico neste processo e se insere também no processo da especialização.

Portanto, se as alterações curriculares ocorridas em 1949, não tinham sido significativas, o mesmo não podemos dizer das que se estabeleceram a partir do Parecer 271/62 do CFE como observa GERMANO(1985, p. 39)

o primeiro surge numa fase em que prevalecia um espírito político supostamente liberal, com um capitalismo que ainda não comportava a privatização da saúde de forma empresarial,

privilegiando, por conseguinte, o estudo das doenças de massas, através das disciplinas ditas de área preventiva. O segundo emerge num momento em que a economia brasileira começa a tender para um processo excludente e concentrador da renda e, dessa forma, coincidentemente a preocupação primordial do currículo de enfermagem incide agora sobre as clínicas especializadas, de carácter curativo. **A saúde pública, antes considerada tão básica, já não aparece como disciplina obrigatória do currículo mínimo,(grifos nossos)** mas como **especialização**, caso pretenda o aluno continuar os estudos após graduar-se.

Neste sentido, ainda, SILVA ,(1986, p. 82,83) afirma que:

as contradições do processo de capitalização na área da saúde na sociedade brasileira da segunda metade do século XX, contribuem para a configuração de um quadro nosológico também contraditório, caracterizado, de um lado, pelo controle das doenças pestilenciais e, de outro, pelo aumento das degenerativas, simultaneamente à forte presença de enfermidades de massa (evitáveis e de elevadas taxas de mortalidade infantil).

O novo currículo, além dos aspectos já descritos, foi muito contestado pelas autoridades de enfermagem brasileira.

Ao se referir a este currículo, SAUPE (1998), chama atenção para o fato de que este não incluía disciplinas básicas e de cultura geral. A autora ainda destaca dentre outros aspectos que a carga horária destinada ao curso era de 2430 horas para o curso geral e 3240 horas com as especializações, obrigando a computar somente 10% das horas fixadas para o curso como estágios. Este assunto segundo a autora, foi amplamente discutido com a Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem, em relatório apresentado por ocasião do XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem (Rio de Janeiro, 1965). Continuando, a autora relata que, em reunião com as diretoras de escolas, esta questão foi amplamente debatida e foram alertadas sobre a necessidade de registrar as horas de estágio como “*ensino clínico*”, ou com outras denominações, contanto que não deixassem de ser computadas como tempo útil.

O impedimento de se computar além de 10% da carga de estágios, traz uma outra repercussão na profissão. Neste contexto, BAPTISTA⁷ apud SAUPE (1998, p.44) cita um estudo realizado junto a 33 escolas de enfermagem, relatando que 20, ou seja 66% , dessas instituições de ensino, a diretoras dos cursos, mantinham também, a direção dos serviços de enfermagem do hospital utilizado como campo de estágio.

Com o impedimento criado, impossibilitando o cômputo das horas de estágio, além de 10% da carga horária total do curso, esta situação foi se tornando insustentável e começa a ocorrer a separação das duas funções: assistência e docência. (SAUPE, 1998, p.44), e conforme salienta SILVA (1986, p. 92):

As docentes enfermeiras, ao passarem a se dedicar quase que exclusivamente ao ensino e à pesquisa, perderam espaço nos hospitais-escola para as enfermeiras de serviço, o que acabou redundando em prejuízo, criando(...) fossos intransponíveis entre ensino e prática e entre pesquisa e prática que se refletem na relação ensino-prática-pesquisa, empobrecida pela compartimentalização.

Outro aspecto marcante deste período é o fato que, em 1962, o Curso de Enfermagem passa a ser considerado curso superior.

Curiosamente hoje também, embora tenham se passado quarenta anos, ainda se debate sobre os mesmos assuntos, frente às Novas Diretrizes aprovadas pelo MEC, cujas alterações terão que ser realizadas e implantadas a partir de 2003. Espera-se que se possa resolver parte do ônus que ainda se paga pelas perdas sofridas neste período de transição, pois ao mesmo tempo em que confirmava a enfermagem como curso universitário, de “*status*” superior, procedia-se ao “enxugamento de importantes áreas do conhecimento como as ciências biológicas e a saúde pública, ao mesmo tempo em que centrava a formação nas disciplinas

⁷ BAPTISTA, Wanda Alves. Relação escola-campo de estágio. Rev. Brás. Enf.: v.19, n.4, p.318-322, Ago, 1966.

práticas orientadas para a ação, “enxugava” a carga horária destinada ao desenvolvimento das habilidades técnicas”. (SAUPE, 1998, p.44).

Com a reforma universitária implantada a partir de 1968, uma nova crise viria a se interpor no caminho da enfermagem. Sendo a enfermagem em nível superior uma profissão recente, e como consequência a não existência de profissionais titulados, as enfermeiras que haviam garantido o direito legal à direção das escolas de enfermagem, desde 1931, enquanto princípio básico preconizado por Florence Nightingale, perdem este direito, sendo destituídas de seus cargos que passaram a ocupados por outros profissionais. Inicia-se uma corrida para que as enfermeiras se titulassem. É importante ressaltar que se houve perdas, também houve ganhos, pois a partir deste momento, inicia-se o processo de cientificação, constituindo-se em indiscutível marco na história da enfermagem brasileira.

Guardadas as devidas proporções, ao se fazer uma analogia com que hoje se processa na educação brasileira e, portanto, também na educação em enfermagem, observa-se que a crise não passou, haja vista, a crescente preocupação com a titulação dos professores. Trava-se, com isso, uma dura batalha contra o tempo, cada vez mais curto, exigindo que os mestrados e doutorados passem a ser concluídos em um tempo nem sempre compatível com as necessidades e possibilidades dos profissionais, podendo resultar apenas em titulação, nem sempre condizente com a verdadeira necessidade de capacitação docente, e consequente melhoria da qualidade de ensino e, por extensão, da assistência, que vem se perseguindo, desde o início da história.

Sob a influência da reforma universitária desencadeada a partir de 1968, e das necessidades emergentes de uma época em que se exige profissionais cada vez mais especializados, o currículo vigente é substituído por um novo aprovado

pelo Parecer 163 de 28 de Janeiro de 1972 e Resolução 04 de 25 de fevereiro do mesmo ano.

O Currículo implantado a partir de 1972 vigorou com poucas modificações até 1994, cuja carga horária mínima destinada à graduação de 2500 horas era organizado em três partes, conforme descrito por SAUPE (1998,p. 45,46)

1ª parte – Pré-profissional: ministrado em centros, departamentos ou institutos, possibilitando ao aluno de enfermagem o convívio direto com outros alunos de cursos vinculados à saúde. Incluía as seguintes matérias: biologia, ciências morfológicas; ciências fisiológicas, patologia; ciências do comportamento e introdução à saúde pública.

2ª parte – Tronco profissional comum, composto por oito grandes matérias do conhecimento, já tradicionais na enfermagem: introdução à enfermagem; enfermagem médico-cirúrgica; enfermagem materno-infantil; enfermagem psiquiátrica; enfermagem em doenças transmissíveis; exercício da enfermagem,; didática aplicada à enfermagem; e administração aplicada à enfermagem.

3ª parte – Habilitações em: enfermagem obstétrica; saúde pública; médico-cirúrgica
A carga horária mínima exigida de 2500 horas era distribuída nas duas primeiras partes, e 500 horas destinadas à cada habilitação ou 600 horas quando da oferta da licenciatura. Às escolas era facultado o direito de optar pela oferta de uma ou mais habilitações e ou licenciatura. O tempo mínimo para a conclusão do curso era de três anos para a conclusão da graduação excluindo-se daí o tempo destinado às habilitações.

Saupe ao se referir ao levantamento realizado pelo DAU/MEC (Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura), em 1977, revela que as habilitações não representavam uma orientação geral seguida pelos cursos, que na sua maioria funcionavam sem habilitação.

Cabe ressaltar que este currículo foi e continua sendo alvo de inúmeras críticas, principalmente, pela ênfase à assistência individual hospitalar, em detrimento da saúde pública, que assim como, ocorreu no currículo de 1962, continuou fora do contexto da formação, sendo agora contemplada apenas como habilitação.

GERMANO (1985, p. 40) ao se referir sobre o parecer que aprovou este currículo de afirma que ele:

... veio aprimorar o existente, em nada contribuindo para uma preocupação maior com os problemas básicos de saúde. Ao contrário, o mesmo foi antecedido por uma introdução cuidadosa, mostrando a necessidade do enfermeiro dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica. Assim a formação do enfermeiro tem servido muito bem à profissão médica que, por sua vez, necessita de uma enfermagem também especializada para juntos atuarem nos centros cirúrgicos sofisticados e nas clínicas médicas requintadas, no campo das cirurgias cardio-vasculares, doenças degenerativas cirurgias plásticas, enfim uma assistência curativa. Resta salientar que esse atendimento é praticamente restrito a uma minoria, às camadas privilegiadas da sociedade. Quanto ao aspecto da Saúde Pública, não houve mudança substancial; passou de especialização para habilitação, também de forma optativa; assim o estudante de enfermagem pode concluir seu curso legalmente sem que tenha estudado a Enfermagem de Saúde Pública.

Sendo assim, o novo currículo implantado mais uma vez, não atendia as aspirações da enfermagem, e, sim, de uma época, marcada pela ascensão do capitalismo, centrada no crescente processo de medicalização, evidenciado pela expansão das indústrias farmacêuticas e de produção de equipamentos médico hospitalar sofisticado, principalmente, multinacionais que viam nos países subdesenvolvidos um excelente mercado para os seus produtos.

Na época chegavam aos hospitais principalmente aos pertencentes ao sistema público, inúmeros equipamentos. A maioria importados, que permaneciam nas caixas, perdendo prazos de garantia, por falta de conhecimento técnico para operá-los.

Porém, considera-se que a culpa toda não pode ser atribuída à legislação, precisa ser dividida com as instituições que ao implantarem os seus currículos o fizeram de maneira acrítica, compactuando com a política vigente, não aproveitando ainda das possibilidades que se abriam, uma vez que, tratava-se de um currículo mínimo, portanto, com possibilidades para enriquecimento. No entanto, mais uma

vez por força do capital, vê-se que uma grande parte das escolas fizeram sua opção por ficar com o mínimo, até porque, a maioria delas eram particulares.

A expansão dos cursos de enfermagem na rede pública de ensino, particularmente federal ocorre a partir de 1975, por força de “um documento elaborado pelo Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura (DAU-MEC), que apontou para a insuficiência quantitativa de enfermeiras no país, levando à criação de cursos de graduação em enfermagem em todas as Instituições Federais de Ensino que ainda não os possuía”. (SILVA, 1986, p.89).

As décadas de 70/80 foram marcadas pela implantação do novo currículo bem como pelo aumento significativo do número de escolas de enfermagem que passa de 41 existentes, até 1974, para 79 no início dos anos 80, acompanhando a expansão generalizada do ensino universitário neste período.

A expansão do ensino de graduação neste período, se faz acompanhar da implantação do ensino de pós-graduação. “Este movimento, diretamente relacionado à graduação, é acompanhado pela implantação dos cursos de pós-graduação, com conseqüente desenvolvimento de pesquisas, produções técnico-científicas e publicações, que vão finalmente, fazer germinar os aspectos científicos incubados por longos anos”.(SAUPE1998, p.47)

Considera-se que as décadas de 70/80, representaram, um marco na história da enfermagem brasileira. O impulso gerado com a pós graduação, inicia todo um movimento de reflexão e crítica, denotando uma preocupação com o ser humano, a saúde, a economia, a política e sociedade de maneira geral.

Estes aspectos são evidenciados por diferentes autores que se dedicaram à pesquisa das publicações, temas dos congressos e outros eventos, analisando as discussões e posicionamentos da categoria nos diferentes períodos históricos.

Ainda, neste período, ressalta-se a criação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Lei n.º 5.905 em 1973, e dos respectivos Conselhos Regionais (CORENs) que se instalam definitivamente a partir de 1975. Para a categoria, foi motivo de grande satisfação visto que há muito vinha lutando por um conselho próprio, que investisse na fiscalização do exercício profissional, assim como forma de se afirmar enquanto profissão liberal e de garantir maior autonomia profissional. A partir da instalação do COFEN e dos respectivos CORENs, uma outra luta passa a ser travada, ou seja a da substituição da lei n.º 2.604 de 1955,(portanto anterior a enfermagem de nível superior), o que ocorreu apenas em 1986 com a aprovação da Lei n.º 7498, em julho de 86, em que se reconhece as categorias de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e de parteira, delimitando as funções específicas de cada categoria profissional.

Embora as décadas de 70/80 tenham representado inegáveis avanços e um importante crescimento do número de enfermeiros em todo o país, estes não se traduziram em mudanças significativas na prática da enfermagem. Isto se deu porque esta prática continuou a reproduzir o modelo de enfermagem pautado no fazer e na subordinação médica, como resultado de uma formação baseada no tecnicismo ainda com forte influência da pedagogia tradicional, que visava muito mais atender uma demanda de mercado do que a conquista por novos espaços.

A crise política econômica e social que se estabelece no Brasil ao final da década de 70, agrava-se no início dos anos 80, com o empobrecimento progressivo da população e a piora das condições de vida. Crescem as dificuldades no setor saúde, cujo modelo centrado na tecnologia de alto custo e fundamentado na assistência individual e curativa, privilegiando uma minoria da população, mostra-se ineficiente para resolver os problemas de uma maioria que não tem acesso aos

serviços de saúde. Ao se referir sobre estes aspectos, BORGES (1981, p.48)

relata que:

Em 1978, foi promovida, pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, a Conferência Internacional de ALMA-ATA (URSS), que reuniu 134 nações, com o propósito de encontrar uma estratégia de assistência que proporcione Saúde para Todos. Os delegados das 134 nações participantes adotaram unanimemente uma Declaração com 22 recomendações, reconhecendo **a assistência primária de saúde** como sendo a **estratégia viável** para vencer o maior desafio do fim do século – Saúde para Todos até o ano 2000”

A Conferência de ALMA-ATA, é amplamente discutida na 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980) cujos debates resultam em uma proposta para a reordenação do sistema de saúde, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde onde foi aprovada a criação de um sistema único de saúde, regionalizado, hierarquizado, igualitário e de acesso universal a toda população, conforme descreve FERNANDES (1985, p. 43):

No bojo dessas transformações, a enfermagem é também englobada pelas reformulações sociais que lhe impõe a necessidade de reformas visando a atualização de suas funções políticas, ideológicas e econômicas; redefine e reorganiza o modelo de assistência de enfermagem, propondo adoção de uma prática voltada para a realidade de saúde do país, com ênfase no processo saúde-enfermidade, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (...) A enfermagem passa, portanto a intervir não apenas sobre os doentes, os incapazes para o trabalho, os improdutivos, mas também sobre os sadios, os produtivos.

Neste contexto, iniciaram-se as discussões sobre a necessidade de reformulação do currículo do curso de enfermagem, visando formar agora, um **enfermeiro generalista**, com capacidade para atuar e intervir neste sistema de saúde.

O processo de reformulação do novo currículo, iniciado em meados da década de 80, culminou com o envio ao MEC, em setembro de 1992, de uma proposta de Currículo Mínimo para o Curso Superior de Enfermagem.

Saupe afirma que “nunca antes na enfermagem brasileira uma proposta curricular foi construída de maneira tão participativa”, SAUPE 1998, p. 61), surgindo como resultado de um exaustivo trabalho e mobilização de toda a comunidade de enfermagem sob a coordenação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Havia uma necessidade de mudanças, apoiadas “numa série de argumentos que analisam a situação de saúde do país, as mudanças no seu perfil demográfico e epidemiológico; as transformações da profissão e do papel do enfermeiro; os descompassos entre o modelo de formação e as demandas do mercado de trabalho entre outros....” (SAUPE1998, p.62).

Apesar da proposta enviada pela ABEn Nacional não ter sido aprovada na íntegra e de terem surgido questionamentos a respeito do currículo aprovado, percebe-se que foi extremamente importante, visto que mobilizou a categoria no sentido de ampliar as discussões reunindo profissionais e especialistas em diferentes oportunidades, abrindo-se um canal para discussão e reflexão permanente, cujas propostas/sugestões foram levadas à Comissão de Especialistas com o intuito de compor as Novas Diretrizes Curriculares.

As Novas Diretrizes Curriculares aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação pela Resolução n.º 3 de 7 de novembro de 2001 trazem aspectos importantes para a formação, desse novo profissional, conforme pode-se observar abaixo.

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

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 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.

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 do seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

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 confiabilidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais e o público em geral. A comunicação envolve a 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 devem ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

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, a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e com o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais de serviço, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais.

Observe-se que as competências gerais, estabelecidas no art. 4º, são comuns a outros cursos da área da saúde.

O artigo 5º trata das competências específicas e o art. 6º dos conteúdos essenciais para o curso de graduação.

A cada escola, cabe decidir e implementar o conteúdo dessa Resolução. Não é tarefa fácil, sabe-se, que não basta simplesmente reorganizar conteúdos, ou reunir disciplinas. A construção e re-construção dos seus projetos políticos pedagógicos com certeza, constituir-se-ão em desafio permanente para as instituições formadoras.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA

A metodologia tem por finalidade descrever a seqüência das etapas propostas para alcançar os objetivos deste estudo. A investigação valeu-se de uma amostra de enfermeiros formados nos últimos 5 anos e das informações fornecidas pelas direções, gerências e coordenações de enfermagem de diferentes locais onde os enfermeiros trabalham. Procurou-se, com os dados coletados, evidenciar as dificuldades percebidas no desempenho profissional dos enfermeiros que possam estar relacionadas à formação inicial.

Valendo-se de uma abordagem qualitativa, a pesquisa configura-se como um estudo de caso voltado para a melhoria da qualidade da formação inicial do Enfermeiro.

A presente investigação compreende como unidade de estudo de caso o grupo de enfermeiros considerados no contexto de sua prática social, ou seja, na dinâmica de seu processo profissional, configurando-se, portanto, como unidade em ação.

Dentre as características dessa abordagem qualitativa de pesquisa, BOGDAN, R; BIKLEN (1994, .47 -50) destacam cinco características:

- a) os problemas são estudados no ambiente em que eles ocorrem naturalmente;
- b) os dados recolhidos são apresentados em forma descritiva, mais em forma de palavras ou imagens do que de números;
- c) há uma preocupação do pesquisador em fazer uma descrição densa do processo do que simplesmente os resultados ou produtos;
- d) a análise tende a produzir um diálogo entre a indução e a dedução, evitando-se confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente, ao invés disso, as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando, estabelecem estratégias e procedimentos que lhes permitam tomar em consideração as experiências do ponto de vista informador;

e) o significado dos sujeitos é de importância vital nessa abordagem. Procura-se questionar os sujeitos de investigação com o objetivo de perceber “aquilo que eles experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem”

Os resultados escritos na investigação contém citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação. A palavra escrita assume particular importância na abordagem qualitativa, tanto para o registro quanto para a disseminação dos resultados. A abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a idéia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo.

Segundo GOODE, HATT (1968) citado por LÜDKE, ANDRÉ, (1978, p.18) “o caso se destaca por se constituir numa unidade dentro de um sistema mais amplo. O interesse, portanto, incide naquilo que ele tem de único, de particular, mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações”.

A situação estudada, refere-se às dificuldades encontradas pelos enfermeiros, formados nos últimos cinco anos, e relacionadas com a formação desenvolvida na Universidade. Trata-se, portanto, de uma situação própria de um determinado grupo de enfermeiros, específica dentro da enfermagem, observada pela autora deste estudo, na sua trajetória enquanto enfermeira e docente do curso de enfermagem.

A pesquisa foi desenvolvida em três fases. A primeira constitui-se de uma revisão bibliográfica em livros, periódicos e documentação oficial sobre a história da enfermagem e o desenvolvimento do ensino da enfermagem no Brasil, buscando fundamentação teórica para situar o alcance dos limites e possibilidades da

universidade em relação à formação do enfermeiro frente às profundas mudanças sociais presentes nas relações do mundo do trabalho.

Na segunda fase, procurou-se inicialmente levantar junto ao Conselho Regional de Enfermagem do Paraná o número de enfermeiros inscritos em Curitiba nos últimos 5 anos para que se pudesse constituir a amostra. Esta fase teve que ser alterada, em virtude de dificuldades para se disponibilizar estes dados em tempo hábil. Portanto, para se constituir a amostra considerou-se os dados obtidos juntos às instituições formadoras de Curitiba, as quais apontaram que neste período foram formados aproximadamente 517 enfermeiros.

Na terceira fase iniciou-se a investigação junto aos sujeitos envolvidos. Inicialmente se pretendia investigar os egressos das universidades de Curitiba, entretanto, durante o processo investigativo foram encontrados egressos de outras universidades do Paraná, São Paulo e Santa Catarina. Por se tratar de uma situação específica relacionada ao enfermeiro formado nos últimos 5 anos e não uma situação relacionada à universidade, justificava-se ampliar o processo de pesquisa no sentido de investigar o enfermeiro, independente da instituição formadora.

Quando se iniciou o processo investigativo, percebeu-se que seria de vital importância para a pesquisa, investigar também um segundo grupo, os enfermeiros responsáveis pela gerência, direção ou coordenação de enfermagem dos locais onde eles trabalham, porque se percebeu a necessidade de se visualizar o outro lado, o lado do mercado empregador destes profissionais, portanto a investigação se deu junto a dois grupos distintos.

O primeiro grupo, o qual nessa pesquisa está denominado de Grupo A, foi constituído por 68 enfermeiros, com até 5 anos de formados. O segundo grupo,

Grupo B, foi constituído por 11 enfermeiros responsáveis pela direção, gerência e ou coordenação de enfermagem dos locais de trabalho destes enfermeiros.

A seleção dos locais para a pesquisa foi realizada a partir da preocupação com a atuação dos enfermeiros nos diferentes cenários da prática profissional. Para tanto foram selecionados hospitais de grande, médio e pequeno porte, alta, média e baixa complexidade de ações, públicos e privados, especialidades como obstetrícia, pediatria, psiquiatria e saúde coletiva.

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos aleatoriamente, tendo como única preocupação o tempo de formado. Isto porque a intenção era a de apreender as manifestações ainda recentes acerca da formação profissional, levando-se em conta que é nos primeiros anos que surgem os mais importantes questionamentos sobre a formação, ainda num momento de transição entre a universidade e a prática profissional. Outro fator que contribuiu para essa opção foi o fato de que se estaria constituindo uma amostragem abrangendo dois currículos de enfermagem, o primeiro que vem de uma formação baseada no Parecer 163/72 e do segundo amparado pelo Parecer 314 e na Portaria 1721/94 do MEC dentro de um período de transição para da Lei nº 9.394/96.

Para acesso aos campos da prática, foi necessário um contato prévio com a direção de enfermagem e ou direção administrativa desses locais, e uma solicitação formal na qual foram explicitados os objetivos e o compromisso com a preservação dos aspectos éticos, não divulgar os nomes dos profissionais bem como das instituições que serviriam de campo para esta pesquisa.

As informações obtidas foram reunidas em grandes categorias de acordo com o instrumento de coleta de dados e as afinidades existentes entre elas. Para a análise dos dados, procurou-se considerar os aspectos mais importantes que

possibilitariam atender os objetivos propostos e a construção de solução para a problemática levantada no presente trabalho.

2.1 A COLETA DE DADOS

A investigação junto a enfermeiros formados nos últimos 5 anos, Grupo A, foi realizada mediante a aplicação de um questionário constituído de questões fechadas e abertas (Anexo 4). As questões fechadas referem-se à idade, sexo, universidade de origem, tempo de conclusão do curso, tempo decorrido entre a formação e o início do exercício profissional, função que exerce, local de trabalho, tempo de trabalho no emprego atual, pós-graduação, se já trabalhava na enfermagem antes da graduação e se a universidade o preparou para o exercício profissional. As questões abertas foram elaboradas em função das experiências iniciais do desempenho profissional; a formação recebida na Universidade; os aspectos considerados importantes e que não foram contemplados na graduação; sugestões para a melhoria da formação universitária dos enfermeiros.

A aplicação dos questionários foi realizada de acordo com a disponibilidade das instituições, procurando não interferir no processo de trabalho do enfermeiro. Na maioria delas, após o contato pessoal com a direção, gerência ou coordenação de enfermagem, optou-se por deixar os instrumentos em um envelope individualizado, junto ao qual foi anexado uma carta explicativa e o termo de consentimento para que fossem distribuídos aos enfermeiros. Combinou-se uma data para que se pudesse passar a fim de recolher os envelopes. Em outras, conversou-se pessoalmente com os enfermeiros para explicar os propósitos deste estudo. O instrumento foi entregue

foi combinado uma data para a coleta. No total, foram distribuídos 85 questionários, dos quais se obteve o retorno de 68 (80%). A pesquisa de campo foi realizada nos meses de abril, maio e junho de 2002.

A investigação junto ao grupo B, constituído por diretoras, gerentes ou coordenadoras de enfermagem, foi realizada no próprio local de trabalho, em horário previamente agendado mediante a realização de uma entrevista semi-estruturada. Em 8 do total das 11 entrevistas realizadas, obteve-se o consentimento para grava-las. Nas outras 3, os enfermeiros não autorizaram a gravação, justificando que ficariam pouco a vontade para conversar. Neste caso, foi realizado o registro dos dados, esquematicamente, os quais foram desenvolvidos imediatamente após a entrevista para evitar a descaracterização dos dados.

Para a realização da entrevista, utilizou-se de um roteiro contendo dados acerca da sua percepção sobre o profissional recém formado, das atividades realizadas pelos enfermeiros naquela instituição, condições de trabalho, processo de contratação e de adaptação no local de atuação e sobre as dificuldades do enfermeiro no início das suas atividades profissionais. Nas entrevistas procurou-se levantar, também, sugestões dos entrevistados para uma formação universitária de melhor qualidade.

Os dados obtidos pelas gravações em fita cassete foram em sua maioria transcritos pela autora desta pesquisa.

CAPÍTULO 3

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos, inicialmente foram agrupados de acordo com as áreas de atuação do enfermeiro na Administração; Assistência; Ensino e Pesquisa e na seqüência foram organizados segundo categorias presentes nos instrumentos a saber:

- O Perfil dos participantes;
- Pontos fortes da graduação;
- Desafios a serem vencidos;
- Dificuldades sentidas/percebidas;
- Fatores apontados como geradores de dificuldades;
- Aspectos pouco contemplados no curso de enfermagem;
- Aspectos não contemplados;
- Sugestões para a melhoria do currículo no curso de graduação em enfermagem.

3.1 O PERFIL DOS PARTICIPANTES

O grupo A, formado por 68 enfermeiros, dentre os quais, 19 (27,9%) têm entre 22 e 24 anos; 26 (38,2%) entre 25 e 27 anos; 14 (20,6%) entre 28 e 30 anos e 9 (13,2%) entre 31 e 37 anos. Trata-se, portanto, de um grupo jovem, em sua maioria se formados entre 22 e 25 anos de idade.

Do total de participantes, 64 (94,1%) são do sexo feminino enquanto que apenas 4 (5,9%) do sexo masculino. Confirmando-se o que historicamente já se tinha constatado na enfermagem. Vale lembrar que mesmo com o aumento do ingresso de indivíduos do sexo masculino nos últimos anos, a enfermagem permanece como uma profissão eminentemente feminina.

Quanto à formação, verificou-se que do total de respondentes, 58 (85,3%) foram formados em Curitiba, 7 (10,3%) são provenientes de outras instituições do Paraná e 3 (4,4%) de outros Estados. Deste total 46 (67,6%) são oriundos de instituições particulares e 22 (32,4%) de instituições públicas federais e estaduais.

Dos participantes, 13 (19,1%) afirmaram já trabalhar na enfermagem antes de ingressar no curso superior.

Com relação ao tempo de conclusão do curso, 16 (23,5%) estão formados há menos de 1 ano, 22 (32,4%) tem entre 1 e 2 anos de formados e 30 (44,1%) estão formados entre 3 e 5 anos.

Ao se perguntar sobre o tempo decorrido entre a formatura e o início das atividades profissionais, constatou-se que 48 (70,6%) iniciaram as atividades imediatamente após a formatura; 17 (25%) começaram a trabalhar entre 6 meses e 1 ano após a conclusão do curso e apenas 3 (4,4%) responderam que demoraram 1 ano ou mais para conseguir o primeiro emprego. Com base nestes dados, confirma-se um fato importante relacionado ao mercado de trabalho, embora as questões salariais e as condições de trabalho nem sempre sejam satisfatórias, a grande maioria dos enfermeiros consegue facilmente ingressar no mercado de trabalho.

Do total de respondentes, 28 (41,1%) afirmaram estar no primeiro emprego, enquanto que 39 (57,4%) afirmaram que não e 1 (1,5%) não respondeu. Ainda,

quanto ao trabalho, 14 (20,6%) confirmaram ter mais de um emprego. Embora esta pergunta não tivesse sido realizada, e este dado não refletir a situação real do grupo, torna-se pertinente, tendo em vista que hoje, a questão da dupla e até tripla jornada de trabalho tem surgido como medida paliativa para contornar os problemas salariais, que não são específicos da enfermagem, mas da grande maioria dos trabalhadores brasileiros. Na enfermagem, este fator torna-se relevante quando se soma este dado ao fato de que sendo a maioria mulheres elas terão em casa uma terceira ou quarta jornada de trabalho.

Ao se perguntar sobre a função desempenhada, 26 (38,2%) responderam que exercem atividades predominantemente ligadas à área administrativa, tais como: chefia de unidade, chefia de serviço, administração, gerência, coordenação de enfermagem e auditoria; 19 (24,1%) afirmaram desempenhar atividades predominantemente assistenciais; 17 (21,5%) trabalham em Unidades de Saúde, onde desenvolvem atividades assistenciais e de coordenação da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde; 03 (4,4%) trabalham em Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH); 02 (2,9%) são docentes de nível superior e 1 (1,5%) realiza um trabalho na coordenação de qualidade de um hospital universitário.

Quanto a pós-graduação, vale destacar que 23 (33,8%) afirmaram ter concluído a especialização e 9 (13,2%) ainda estão cursando. Dos que afirmaram ter concluído, 12 (52,2%) cursaram mais de uma especialização.

Entre as áreas escolhidas para a pós graduação, observa-se que há uma maior procura nas áreas relacionadas à Gestão 13 (37,1%); 4 (11,4%) em Pediatria e UTI Pediátrica; 3 (8,6%) na área de Emergência; 3 (8,6%) em CCIH; 3 (8,6%) em Obstetrícia; 2 (5,7%) em Enfermagem do trabalho; 1 (2,9%) em Sistematização do

Ensino e da Assistência de Enfermagem; 2 (5,7%) na área de Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família; e 1 (2,9%) na área Pedagógica e 2 (5,7%) estão cursando mestrado.

No que diz respeito ao investimento na formação continuada, verifica-se que a escolha pela área está muito relacionada com as áreas de atuação.

O Grupo B, constituiu-se de enfermeiras responsáveis pela direção, gerência ou coordenação de enfermagem. A idade média das entrevistadas, ficou entre 35 e 45 anos. Do total das 11 enfermeiras, 9 (81,8%) possuem pós graduação, das quais, 06 cursaram mais de uma especialização; uma está cursando e apenas 1 alegou ainda não ter tido oportunidade, pretendendo iniciar assim que possível.

Quanto à área de especialização, verifica-se que 5 possuem especialização em áreas relacionadas à administração hospitalar ou de serviços saúde; 3 em Saúde Pública; 3 em Emergência; e 1 em Obstetrícia; 1 em Epidemiologia; 1 em Enfermagem do Trabalho; 1 em Didática do Ensino Superior; uma das enfermeiras, atualmente, está cursando um MBA em Administração.

3.2 PONTOS FORTES DA GRADUAÇÃO

Ao se manifestarem sobre os pontos fortes relacionados à graduação, foram encontradas as seguintes sub-categorias: formação curricular (27); bons professores (20); relação teoria/prática (18); infra-estrutura da universidade (15); estágios (10); incentivo à pesquisa (5); saúde coletiva (2).

No que se refere à formação curricular, pode-se observar a valorização dos aspectos relacionados à administração se comparada com as demais áreas do

currículo. Nessa área, os respondentes enfatizaram como aspectos positivos de sua formação:

“O estágio de administração foi um estágio transformador” (A3)

“A universidade através do internato, deu uma amostra do que eu iria assumir após a minha formatura, pois o estudante realmente assume uma unidade durante o período do internato, inclusive os problemas referentes a cada setor” (A8)

“O empenho de vários professores em mostrar que o enfermeiro tem o papel fundamental de coordenar e administrar sua equipe, deixando de lado a visão técnica”.

“No estágio de administração, passamos um longo período no setor e assumíamos literalmente a unidade como um todo, tendo a oportunidade de exercer as funções do enfermeiro numa equipe” (A67)

Pelas manifestações, percebe-se que o aluno durante o curso, passa a se sentir enfermeiro, a partir do momento em que adentra à área da administração. Isto se explica, quando se observa que a enfermagem que se desenvolveu no Brasil, desde o início se voltou para esta área. Os enfermeiros sempre procuraram justificar essa posição assumida, pela falta de profissionais. Porém, observa-se que mesmo hoje, quando se tem um grande contingente de profissionais formados, a maioria deles, continua desenvolvendo atividades predominantemente administrativo-burocráticas.

Na área da assistência/cuidado, os participantes referiram como pontos fortes, a ênfase dada em alguns currículos em cuidados integrais, dentro de uma abordagem holística, bem como a possibilidade de desenvolver trabalhos voltados para a assistência individual e coletiva conforme se observa em alguns depoimentos:

“Para mim, foi muito importante, reconhecer o cliente como uma pessoa e não como um número de leito ou patologia, ou seja, aprendi a respeitar os meus clientes e também a vê-los holisticamente, tentando suprir suas necessidades bio-psico-sociais”. (A26)

“A visão holística do paciente e poder assim trabalhar dentro de uma teoria de enfermagem adequada para ele” (A40)

“Assistência integral ao paciente, proporcionando uma melhor percepção no geral, exigência de fundamentação científica em tudo que é realizado” (A14)

Percebe-se no discurso dos respondentes, uma visão introduzida na enfermagem entre as décadas de 40 e 50, e que chega ao Brasil, principalmente na década de 70, quando a enfermagem numa tentativa de superar a visão empírica, procura nas demais ciências, fundamentação para o seu fazer, mediante a utilização de princípios científicos e das teorias de enfermagem.

Outro aspecto, considerado como importante no processo de formação universitária, por esse grupo, foi relacionado à importância que o professor assume na formação conforme se evidencia entre os relatos a seguir:

“Tivemos bons professores, isto foi muito importante”. (A1)

“Os professores procuravam dar aulas da melhor maneira possível, como estudos de caso, debates, notícias atuais.” (A19)

“Professores na sua maioria interessados em melhorar a qualidade de ensino”. A22)

“Incentivo à livre iniciativa (...) professores capacitados” A63)

Diante dos relatos, observa-se que os alunos percebem a importância do professor dentro do processo ensino-aprendizagem. Foi possível observar em alguns depoimentos, que o aluno valoriza o professor que instiga, que estimula a reflexão e à crítica da realidade:

“Tivemos bons professores, possibilitando a análise da realidade e seu reflexo na prática profissional capacitando para a geração de mudança no campo de trabalho (A56)

Fica evidente que parte dos alunos já tem a consciência de que o aprender, não se resume em decorar textos ou simplesmente reproduzir o que já existe, que muito mais do que isto, ele precisará mobilizar os conteúdos apreendidos no sentido de levar para a prática, pois só desta maneira poderá intervir sobre ela e transformá-la.

Nesse processo de construção do conhecimento, o professor não poderá mais ser visto como aquele que repassa conteúdos ou aquele que mostra apenas o que já é conhecido. Mas sim, como aquele, que irá junto com os alunos buscar soluções para o incerto, o desconhecido.

Ao se expressarem sobre a relação teoria prática, os sujeitos valorizaram a integração de conteúdos e de disciplinas, demonstrando a importância de se trabalhar em conjunto, buscando articular os diferentes saberes, conforme se observa no seguinte relato:

“Foi importante a parte teórica de conhecimentos de anatomia, fisiologia, farmacologia e outras que pude aplicar na prática com os pacientes” (A25)

Este relato, aponta a importância de se integrar as disciplinas do tronco pré-profissional e profissional, pois não faz o menor sentido trabalhar separado, visto que estes conteúdos só serão pertinentes quando integrados à prática profissional.

Quanto à infra-estrutura da universidade, os pontos fortes, foram evidenciados particularmente por egressos de instituições particulares, ao valorizarem as instalações físicas e os recursos materiais, como: salas de aula; equipamentos; laboratórios, salas de aula, recursos de informática e biblioteca.

Em relação aos estágios, foram valorizados: a diversidade de campos em especial para as instituições públicas, que segundo alguns informantes, gozam de maior prestígio junto à comunidade. Outros aspectos mencionados, referem-se à autonomia de alguns professores, o relacionamento da instituição com o campo de prática, o direcionamento e a cobrança por parte dos professores e o trabalho em equipe.

A pesquisa foi mencionada, apenas por 5 participantes. Este fato chama a atenção, pois uma das funções da universidade, é justamente estimular a pesquisa. Observa-se que as universidades, em especial as particulares, pouco tem investido em pesquisa no Brasil. Percebe-se que hoje por conta das avaliações institucionais, estão começando a “despertar” para esta necessidade. A enfermagem pouco tem se desenvolvido nessa área, principalmente na graduação.

Quanto à saúde coletiva, verificou-se que embora hoje, este campo de trabalho venha se apresentando como um dos mais promissores dentro do mercado, foi destacada apenas por 02 participantes demonstrando claramente o pouco investimento nesta área.

3.3 DESAFIOS A SEREM VENCIDOS

Concluir o curso, iniciar a carreira profissional, certamente é o sonho que começa no momento em que o aluno ingressa na universidade. Passada a euforia que se segue à aprovação no vestibular, começam a surgir as dificuldades, as dúvidas e as incertezas. Nas universidades públicas, que são a minoria, encontram-se problemas de horários, greves, falta de laboratórios, falta de professores e toda uma série de fatores que denunciam o sucateamento dessas instituições, tamanho é o descaso das autoridades com a Educação. Nas universidades particulares os problemas são, em sua maioria, de ordem econômica: como pagar a universidade? como se manter durante o curso? Como conciliar os horários de trabalho? No que diz respeito aos alunos do curso de Enfermagem, ainda Leopardi afirma que”...temos uma grande parcela de seu contingente oriundo de estratos sociais pobres, que em

geral estudam e trabalham durante a noite...”.(LEOPARDI 1994, p.51) Formar-se, portanto, significa uma possibilidade de melhoria e ascensão social, porém, implica em vencer a todos os desafios que vão surgindo até o final do curso.

Ao concluir o curso e iniciar a carreira profissional, vão surgindo novos desafios. Segundo os respondentes dos dois grupos investigados, muitos desses são decorrentes de uma formação inicial nem sempre condizente com a realidade, que constitui em obstáculos para o mundo do trabalho.

Ao se perguntar como ocorre a seleção e a contratação dos enfermeiros, foi possível constatar que nos hospitais, de uma forma geral, esse processo é muito semelhante. Os interessados, ao se inscreverem, preenchem uma ficha, deixam um currículo e posteriormente chamados para prestarem uma prova escrita. O critério estabelecido para que o candidato seja aprovado nesta prova é de que ele obtenha um grau mínimo de 7,0. Em um dos hospitais, também, há exigência do candidato se submeter a uma prova prática situacional. Os aprovados, posteriormente, são entrevistados pela direção, gerência ou coordenação de enfermagem e, na maioria das vezes também com um psicólogo.

Em um hospital maternidade, a enfermeira nos informou que se exige especialização e experiência comprovada na área. No serviço público, a contratação é realizada após a aprovação em concurso público. Os candidatos aprovados são chamados de acordo com a ordem de classificação e após a realização do exame admissional, escolhem entre as vagas disponíveis.

No decorrer das entrevistas, procurou-se saber, também, como é que ocorria o processo de adaptação do novo enfermeiro ao ambiente de trabalho. Verificou-se que, praticamente, em todos os hospitais os enfermeiros novos passam por um processo de ambientação, cujo tempo varia de acordo com a instituição, mas em

média é de uma semana. É, neste período, que ele recebe todas as informações sobre, a filosofia, o processo de trabalho, os direitos, deveres, normas e rotinas da instituição. Em 02 hospitais, os enfermeiros passam por todos os setores até chegar ao seu local de trabalho.

Esse item da entrevista foi ampliado quando perguntado sobre o que ocorre quando o enfermeiro não se adapta ao setor que inicialmente foi lotado. A grande maioria, (09 = 80%) das 11 enfermeiras, respondeu que em se tratando de problema técnico, ou realmente de adaptação, procuram sempre que possível remaneja-lo de local. Se a dificuldade persiste, ou quando se trata de problema comportamental, ele é dispensado. Isto geralmente ocorre porque, na ansiedade de conseguir o trabalho, nem sempre a vaga disponível está de acordo com o perfil do candidato.

3.4 DIFICULDADES SENTIDAS/PERCEBIDAS

A formação universitária tem por finalidade, instrumentalizar o enfermeiro de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para um trabalho em equipe no sentido da promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva.

No âmbito da atuação, esta se desenvolve na área da assistência/cuidado, administração, ensino e pesquisa.

Os dados referentes às dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, no início da carreira profissional, sinalizaram que elas permeiam toda a iniciação profissional, independente da área para a qual eles dirigem após o término do curso.

No presente trabalho, procurou-se, identificar nas falas e depoimentos dos dois grupos envolvidos, os aspectos apontados como mais significativos dentro de cada uma das áreas de atuação do enfermeiro.

3.4.1 Dificuldades Sentidas/Percebidas na Área da Administração

As dificuldades sentidas/percebidas na área da administração, constituíram-se em 43,8% do total das dificuldades apontadas. Nesse âmbito, foram definidas as seguintes sub-categorias: coordenação/chefia, liderança da equipe de enfermagem (27); administração da unidade, normas e rotinas dos serviços (13); auditoria e custos (8); comunicação com a equipe (4); tomadas de decisões (4); legislação (4); sobrecarga de funções e responsabilidades (3); coordenação do cuidado (3); trabalhar com a equipe multidisciplinar (2).

Na coordenação/chefia, liderança da equipe de enfermagem, estas dificuldades foram manifestadas de forma significativa, pelos participantes, traduzindo os conflitos e tensões que permeiam o processo de trabalho no interior da equipe de enfermagem.

A equipe de enfermagem é constituída pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. Sendo o enfermeiro o profissional de nível superior, cabe a ele a gerência e a coordenação dos trabalhos, visando garantir a qualidade e a eficiência da assistência de enfermagem.

O trabalho em saúde não se faz de forma isolada. Ele é fruto do esforço e da união de múltiplos atores, onde, aspectos como: comunicação; relacionamento; liderança; e trabalho em equipe; são determinantes para o bom andamento das

atividades tendo em vista o alcance dos objetivos e metas traçadas pelo serviço, em relação à satisfação e crescimento de toda a equipe.

A liderança trata-se de uma atividade extremamente complexa, que envolve uma capacidade de mobilização e participação em todo o processo de trabalho. O líder, dentro das concepções atuais, precisa ter desenvolvido a capacidade de agir e interagir, de discernimento, autonomia, imparcialidade, coerência, justiça e responsabilidade.

As ações relacionadas com a coordenação/chefia e liderança da equipe de enfermagem foram apontadas pelos enfermeiros como as maiores dificuldades encontradas no âmbito da administração.

As razões para tais dificuldades nos parecem um tanto óbvias. Em se tratando de indivíduos jovens, com pouca ou quase nenhuma experiência profissional e de vida, e que imediatamente após a formatura, assumem a chefia de uma equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem, defrontam-se com a experiência dos subordinados, conforme observa-se nos depoimentos a seguir:

Senti dificuldades em lidar com a diferença de tempo de experiência dos meus funcionários, me sentia insegura perante os auxiliares mais experientes. (A.11)

Senti muita dificuldade em assumir o papel de liderança sendo recém formada e nova na profissão e tendo que trabalhar com muitos profissionais com muitos anos de experiência. (A.22)

A idade dificulta, pois as pessoas não confiam em jovens, principalmente se forem recém formados. (A.39)

Senti muita resistência por parte de toda equipe (enfermagem, médico, chefia) por ser inexperiente.(A.49)

As enfermeiras do grupo B, ao se manifestarem sobre este aspecto, reafirmam os sentimentos expressos pelos recém-formados:

Geralmente eles são muito testados pela equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem, por insegurança, dificuldade em assumir que não sabem, caem em descrédito junto à equipe. (B1)

De maneira geral ele é muito cobrado por parte do paciente, dos familiares e muito também pela equipe. (B2)

As dificuldades são tanto administrativas quanto assistenciais, mas predominam as administrativas e é muito óbvio também, pois o indivíduo jovem, inexperiente de tudo, então de repente ele sai da faculdade, acha um trabalho e é claro que essas coisas vão acontecer.(B.7)

Diante das contribuições destacadas, percebe-se uma grande preocupação por parte dos enfermeiros em sua relação com a equipe de enfermagem. TREVISAN (1993 p.43) ao se reportar ao significado do exercício de liderança pelo enfermeiro, faz uma citação de Pinheiro (1952) por ocasião do VI Congresso Brasileiro de Enfermagem reforçando este aspecto levantado e demonstra, também, que esta é uma preocupação antiga da enfermagem e ao que parece, longe de ser solucionada.

As nossas enfermeiras mal deixam os bancos escolares, assumem cargos de responsabilidade: ou vão tomar conta de uma enfermagem onde o cuidado de cabeceira é quase todo dado por auxiliares e atendentes, ou vão para a saúde pública, na maior parte das vezes fazer supervisão de visitadoras, ou vão para as escolas ensinar estudantes. Estarão elas apresentando uma eficiência satisfatória? Estarão produzindo como esperavam nos seus sonhos de estudantes? Sabemos nós e sabem elas que não: logo que começam a trabalhar estão inseguras e essa insegurança reflete no seu trabalho e na sua atitude (grifos nossos). Quantas vezes os mal-entendidos com os chefes de serviço, os médicos e outros elementos da equipe não provém dessa insegurança, ou em certos casos, da falsa segurança que é pior ainda. Queixamo-nos da falta de prestígio da enfermagem: ela é real e todas nós lhe sentimos os efeitos. Mas, não será uma das causas a ineficiência das nossas diplomadas? E a quem cabe a responsabilidade de mudar essa situação, senão a nós mesmas? A pessoa que é realmente competente no seu campo impõe-se aos seus companheiros de trabalho prestigiando desse modo a sua profissão. Preparemos, pois as nossas enfermeiras para exercerem não apenas aquelas funções que o currículo americano, ou o canadense, ou o inglês aconselhe; aquele preparo básico e indispensável para qualquer cargo que venham a ocupar, mas preparemos-las também para a nossa realidade brasileira, isto é, para a posição de liderança que elas irão assumir”

Observe-se que, embora tenham se passado cinco décadas, este continua sendo, um ponto nevrálgico, até porque não se tem conseguido a mobilização

necessária, no sentido de reverter esta situação, pois o poder econômico e a própria hegemonia do setor saúde sempre falaram mais alto.

Como consequência, observa-se que tanto os profissionais quanto as instituições empregadoras, apontam a falta da liderança como um fator que dificulta a relação do profissional com a equipe, interferindo no processo de trabalho, gerando insatisfação e insegurança, conforme confirma-se em alguns depoimentos:

Senti dificuldade no relacionamento com os funcionários (auxiliares de enfermagem), somos estagiários e repentinamente nos tornamos chefes(A38)
 Me sentia preparada para executar técnicas e não tinha a liderança desenvolvida (A48)
 Ele tem muita dificuldade no relacionamento interpessoal, falta liderança, como ele não sabe lidar com estas situações, ele se perde.... (B2)
 A maior dificuldade dele é o comando da equipe,(. ..) controlar os conflitos dentro da equipe. (B6)
 ...até o enfermeiro conseguir se adaptar e interagir com a equipe, eu acho que ele tem que se doar muito no começo para que a equipe o aceite. (B9)

Essa relação nem sempre é harmoniosa e, muitas vezes, até conflituosa entre enfermeiro e equipe de enfermagem, enfermeiro e equipe multiprofissional, e enfermeiro e instituição é permeada por uma relação de “poder” onde o enfermeiro inexperiente, ao confundir, autoridade com autoritarismo e ao utilizar-se do falso poder que lhe é outorgado, poderá estar escondendo suas próprias inseguranças, dificultando ainda mais o relacionamento com a equipe.

De acordo com os dados do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (2002), do total de trabalhadores na área de enfermagem temos apenas 13,0% de Enfermeiros, o restante da equipe constitui-se por Auxiliares de Enfermagem (76.1%), Técnicos em Enfermagem (7.7%). Conta-se ainda com um contingente de 3.2% de atendentes, que na realidade são considerados ocupacionais, por não terem recebido uma formação em escola. Muitos deles ingressaram nos serviços de saúde em outras áreas (cozinha, lavanderia, recepção dentre outras) e com o passar

do tempo foram assumindo funções de enfermagem, mediante um “treinamento” realizado nos próprios locais de trabalho. A situação destes “ocupacionais”, ainda preocupa a categoria, pois embora tenha expirado o prazo estabelecido pela Lei do Exercício Profissional a sua profissionalização, grande parte deste contingente que ainda não se profissionalizou não o fez por não ter a escolarização mínima exigida que é o primeiro grau completo.

Os enfermeiros que saem hoje da universidade, embora jovens na idade e na profissão, assim que começam a trabalhar, já são capazes de identificar os conflitos que há anos acompanham a profissão, como deixam transparecer em algumas colocações:

Senti muita dificuldade na adaptação às atribuições administrativas... (A.13)
 A minha dificuldade foi a de conciliar a parte administrativa com a parte assistencial ao mesmo tempo. (A.40)
 A dificuldade foi com a descaracterização do profissional enfermeiro.... (A. 60)

Os depoimentos, aqui relatados demonstram que existe uma dificuldade por parte do enfermeiro, em conciliar a assistência com a administração o que em muitos momentos foi sentido como sobrecarga, dupla-função, quanto mesmo em aceitar administração como função do enfermeiro. O depoimento a seguir confirma tal dificuldade:

É difícil para o enfermeiro entender a função dele enquanto administrador, gerente de sua unidade, parece que ele se sente menos enfermeiro quando está administrando.(B.5).

Embora saiba-se que a universidade não deve curvar-se ao mercado, entende-se também que não poderá negá-lo, caso contrário, estará incorrendo no risco de formar um indivíduo desnecessário àquele contexto. Na enfermagem

observa-se que pouco se considera a este respeito. Os dados revelaram que existe um descompasso entre a formação e as necessidades exigidas pelo mercado, conforme se pode confirmar pelos relatos dos participantes citados abaixo:

...não houve um equilíbrio entre a assistência e a parte administrativa, posso dizer que tive 80% de assistência e 20% da parte administrativa. (A.66)

Nos estágios vimos muito mais o que o Auxiliar de Enfermagem faz e não o que o enfermeiro faz. (A.50)

No curso tivemos pouca instrução em relação à parte administrativa de uma unidade hospitalar.(A.06)

Saí da universidade sem a correta visão do enfermeiro, principalmente na parte administrativa e de recursos humanos. (A.52)

Acho que a faculdade peca em nos ver hoje em dia simplesmente como um enfermeiro assistencial, acho que na realidade os hospitais procuram o enfermeiro com uma visão administrativa. (A.59)

Na universidade a formação é mais voltada para a parte assistencial, os enfermeiros de maneira geral preferem a assistência... (B.1)

A dificuldade se passa muito em como ele gerenciar a assistência do auxiliar de enfermagem quanto à assistência que ele tem que prestar , isso é uma questão de tempo para que ele entre no ritmo, então eu não vejo muita dificuldade na parte assistencial, é gerencial mesmo. (B4)

Ainda no contexto da administração, emergiram de forma significativa neste trabalho, as dificuldades em Auditoria e Custos e a visão do Hospital Empresa. A auditoria, na realidade, é uma ferramenta utilizada na administração cujo principal objetivo é o controle de custos.

No atual cenário sócio-econômico, o mercado de trabalho, em saúde, vem sofrendo mudanças significativas decorrentes de todo o processo de globalização, dos avanços da tecnologia, da complexidade dos métodos disponíveis para o diagnóstico e tratamento, aliados a importantes alterações como a maior sobrevivência da população e as modificações no perfil de morbimortalidade, resultando em aumento das doenças crônicas degenerativas, implicando em aumento no custo da assistência prestada.

Segundo Munhoz quando os profissionais de enfermagem têm condições de determinar, analisar, discutir e decidir sobre os custos do seu serviço, eles

estabelecem um diferencial na sua atuação administrativo-financeira. (MUNHOZ, 2002, p.5)

Neste sentido tanto os do grupo A quanto os enfermeiros do grupo B, deixaram transparecer um notório despreparo dos enfermeiros recém formados no que se refere à auditoria conforme pudemos confirmar em algumas falas.

...não houve um equilíbrio entre a assistência e a parte administrativa, posso dizer que tive 80% de assistência e 20% da parte administrativa. (A.66)

Nos estágios vimos muito mais o que o Auxiliar de Enfermagem faz e não o que o enfermeiro Faz.(A.50)

No curso tivemos pouca instrução em relação à parte administrativa de uma unidade hospitalar.(A.06)

Saí da universidade sem a correta visão do enfermeiro, principalmente na parte administrativa e de recursos humanos. (A.52)

Acho que a faculdade peca em nos ver hoje em dia simplesmente como um enfermeiro assistencial, acho que na realidade os hospitais procuram o enfermeiro com uma visão administrativa. (A.59)

Na universidade a formação é mais voltada para a parte assistencial, os enfermeiros de maneira geral preferem a assistência... (B.1)

A dificuldade se passa muito em como ele gerenciar a assistência do auxiliar de enfermagem quanto à assistência que ele tem que prestar , isso é uma questão de tempo para que ele entre no ritmo, então eu não vejo muita dificuldade na parte assistencial, é gerencial mesmo. (B4)

Para os recém formados, percebe-se que também, estas situações foram difíceis de serem entendidas e trabalhadas conforme explicitados em seus depoimentos:

A dificuldade é de colocar em prática toda a teoria e o idealismo que saímos da faculdade com ele. No mercado de trabalho você precisa se movimentar conforme onde você trabalha e não como você quer.(A.24)

Na prática percebemos o distanciamento da vida acadêmica com o dia a dia nos hospitais. (A 61)

Ao se tentar explicar as origens destas dificuldades, precisa-se entender o que motiva o aluno a buscar pelo curso de enfermagem. Constata-se que uma

grande parte dos alunos que ingressam no curso, chegam na universidade com uma visão de enfermagem muito diferente da realidade da prática profissional.

Em um trabalho realizado por Rodrigues (2001) na primeira semana de aula de um curso de graduação, pesquisando sobre o significado da enfermagem e porque haviam optado pelo curso, constata que 48,6% deles atribuíam à enfermagem as características de ajuda, de valorização do contato com o ser humano como forma de satisfazer uma necessidade pessoal de ajudar os outros. Segundo a autora, estes traços coincidem em muitos momentos, com aqueles valores inculcados pelo modelo religioso vocacional que se estabeleceu desde o final do século XVIII e que se continuou com Florence Nightingale, persistindo até os dias atuais.

Quanto às dificuldades relacionadas com a Legislação, no âmbito da administração, estas se traduziram principalmente em não conseguir entender a legislação trabalhista. O conhecimento desta legislação é importante, pois o enfermeiro, é geralmente responsável por fazer as escalas de trabalho de sua equipe, decidindo sobre folgas, férias, licenças, bem como em tomar decisões em caso de acidentes de trabalho e ainda no esclarecimento e orientações sobre outros direitos previstos em lei. O desconhecimento da legislação, em determinados aspectos pode levar à perda de direitos pelos trabalhadores e em consequência gerar processos trabalhistas contra as instituições. Neste sentido, podemos observar algumas colocações feitas pelos enfermeiros:

A dificuldade é de colocar em prática toda a teoria e o idealismo que saímos da faculdade com ele. No mercado de trabalho você precisa se movimentar conforme onde você trabalha e não como você quer.(A.24)

Na prática percebemos o distanciamento da vida acadêmica com o dia a dia nos hospitais.
(A 61)

Observa-se pela fala da enfermeira que até reconhece que estes assuntos foram trabalhados, porém ao chegar na prática ele não consegue aplicá-los, reforçando o que vem sendo constatado ao longo dos anos, que é a dicotomia entre a teoria e a prática, bem como a polarização entre o cuidar/administrar.

As ações de enfermagem no decorrer de sua trajetória histórica se polarizaram em dois sentidos, o da Administração e da Assistência. No que se refere à administração, cada vez mais os enfermeiros têm assumido funções gerenciais e administrativas ligadas à coordenação da assistência, gerência de recursos humanos, físicos e materiais. Se por um lado a administração confere ao enfermeiro um certo “status profissional” por outro lado tem se questionado o seu envolvimento excessivo com os aspectos burocráticos com vistas ao atendimento das necessidades institucionais em detrimento das necessidades assistenciais dos clientes/pacientes.

3.4.2 Dificuldades Relacionadas à Assistência/Cuidado de Enfermagem

As dificuldades relacionadas com a assistência/cuidado representaram 42% de todas já apontadas, demonstrando que o enfermeiro recém-formado não se sente seguro para assistir/cuidar.

Nesta área, foram encontradas as seguintes sub-categorias: dificuldades com o cuidado ao paciente crítico – Emergência e Unidade de Terapia Intensiva - UTI (20); falta de habilidades técnicas (18); falta de conhecimento para desenvolver procedimentos de maior complexidade (6); falta de conhecimentos sobre a Lei do Exercício Profissional (5); ética profissional (2); dificuldade em lidar com o doente

terminal e com a morte (2); leitura e interpretação de exames de diagnóstico (3); cuidar do cuidador (2); desenvolver cuidados integrais (2).

No que se refere aos Cuidados ao paciente crítico – Emergência e UTI. A Lei do exercício profissional n.º 7498/86, em seu art. 11, define como atribuições privativas do enfermeiro o cuidado direto à pacientes graves com risco de vida, bem como os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos de base científica, e capacidade de tomar decisões imediatas.

Pelos depoimentos dos enfermeiros, constata-se a insegurança em prestar cuidados à pacientes graves em situação de risco de vida. Esta insegurança foi sentida/ percebida tanto no aspecto técnico, para a realização de procedimentos de maior complexidade, manuseio de equipamentos, como no âmbito maior, o da assistência integral, conforme se confirmam em suas queixas:

Como o meu primeiro emprego foi em UTI, tive dificuldades em algumas práticas emergenciais, pois tive apenas 15 dias de estágio em UTI na graduação. (A64)

Na instituição na qual me formei não foram dadas nem noções básicas de Unidade de Terapia Intensiva (na qual trabalho há 4 anos) tive que aprender tudo com o Auxiliar de Enfermagem e literatura, não sabia nem ao menos como funcionava uma bomba infusora . (A64)

Em nosso currículo não houve enfoque para a assistência direta de enfermagem ao paciente grave, emergência e UTI.(A27)

Sai da universidade e o meu primeiro emprego foi na UTI e eu não sabia quase nada, tive muita dificuldade no início. (A30)

Dificuldade nos estágios em Pronto Socorro e UTI, na época não contemplava nada na grade curricular, havendo necessidade de participação como bolsista em projetos neta área (A67)

Eu vejo que o enfermeiro por insegurança ele foge das atividades mais complexas, pois na hora em que ocorre uma parada, eu tenho visto que ele foge...deixa para o auxiliar de enfermagem começar a massagem ou seja lá o que deva ser feito, quando penso que ele deveria tomar a iniciativa, mas ele não sabe, nunca viu, daí ele foge mesmo. (B5)

Pode se perceber a necessidade manifestada pelos enfermeiros do contato com o paciente grave, principalmente na UTI. Observa-se que no currículo do curso até então vigente, não havia a obrigatoriedade de garantir que estes aspectos

fossem contemplados na graduação, por julgar se tratar de uma área altamente especializada, eles deveriam ser deixados para a pós graduação.

Constata-se, também, que quando ofertados, o período de estágio era muito curto não propiciando ao aluno o desenvolvimento necessário de habilidades, tendo em vista a sofisticação dos equipamentos e a complexidade do manuseio dos mesmos. Porém, quando indagados sobre as áreas mais procuradas pelo enfermeiro recém formado, constata-se que, paradoxalmente, estas eram as áreas mais disputadas por eles. Dentre as explicações possíveis, encontra-se a de Mendes ao afirmar que:

A mesma autora faz uma crítica à instituição hospitalar afirmando que

A unidade de terapia intensiva possibilita ao enfermeiro assistir com mais proximidade aos enfermos, contribuindo desta forma, decisivamente, para satisfazê-lo em seus anseios e valores ideológicos e vocacionais. Por outro lado, sabe-se também que esta unidade outorga prestígio e status à sua equipe de trabalho, em virtude da gravidade dos pacientes, da classe social de onde procede, do poder e mistificação que a organização impõe à unidade através de determinação de normas; circunscrição do conhecimento; sofisticação da tecnologia e detenção de informações”. .(MENDES, 1985, p.262)

Outros autores também mostram-se preocupados conforme observa-se na citação abaixo:

Na enfermagem, temos tentado resistir ao modelo “flexineriano” que impregna este ensino nas profissões de saúde, porque entendemos, embora limitados a uma prática imposta pelos serviços de saúde superespecializados, que a saúde tem, por essência, (tanto quanto a vida) um conceito interdisciplinar. A visão especializada não dá conta da saúde em sua **equi-diversidade**, embora não possamos dizer que seja inadequada em toda a sua extensão e conseqüências. Sabemos de sua eficácia em determinados aspectos das condições de adoecimento da população (LEOPARDI, 1994, p.97)

Ainda no que diz respeito ao paciente grave, outra manifestação muito importante foi o sentimento experimentado por uma enfermeira recém-formada que ao iniciar a carreira profissional, foi trabalhar em uma UTI neonatal, área ultraespecializada, por se tratar de atendimento à criança recém-nascida.

Entre as dificuldades que eu tive, além da idade por ser muito jovem e as pessoas olharem para mim desconfiadas, ... eu acho que eu tinha muita dificuldade de trabalhar com a questão do óbito. A formação(...)acho que faltou contribuir um pouco nessa área de **como lidar com a morte também, não só com a vida como é muito focado na universidade**. (grifos nossos) Então para mim era bem difícil, embora eu já tivesse tido experiência com adultos, mas com a criança era bem diferente. Quando acontecia o óbito, daí me davam a roupinha, e eu tinha que vestir a criança e coloca-la no caixãozinho e entregar para a família, sem saber o que falar. Eu tinha que fazer aquilo, porque se eu cuidei da criança até ali, eu tinha que cuidar até o final. (A34)

O depoimento desta enfermeira, leva a refletir sobre os níveis de ansiedade, estresse e sofrimento gerados pela insegurança, pela falta de experiência e pela falta de preparo universitário. Embora se saiba que nenhum trabalho estará totalmente isento de sofrimento, sabe-se também que o grau deste sofrimento está relacionado às condições em que ele se realiza, bem como com o preparo que se tem para enfrentá-lo.

A enfermagem, assim como todas as profissões da área da saúde, tem como metas a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde, o que pode explicar em parte o sentimento de derrota, fracasso e de insucesso experimentado frente à morte de um paciente: “a morte do homem, a morte de cada homem, sendo um acontecimento natural, não é um acontecimento trivial” SERRÃO⁸, apud SAPETA (1997, p. 29)

As situações que envolvem a morte nos remetem à consciência de que somos seres finitos. Quando se trata da morte de crianças, estes aspectos ainda são

⁸ SERRÃO, Daniel. O doente terminal. Rev. Portuguesa de Medicina Geriátrica 28 vol.III: p.35-38, 1990.

mais difíceis de serem trabalhados, pois sendo a maioria mulheres, freqüentemente associa-se a morte daquela criança, como de um filho, e, até porque culturalmente também é mais fácil aceitar a morte enquanto desfecho natural na velhice do que na criança e nos jovens.

Visualiza-se que existe um impulso de negar a morte e que durante a formação, embora este seja um assunto abordado em vários momentos do curso, há uma forte tendência a restringir-se às dimensões fisiopatológicas em detrimento das dimensões emocionais e espirituais que envolvem o cuidado com o paciente terminal e com a morte.

Quanto ao ensino, acredita-se que não existam fórmulas para se ensinar a lidar com a morte. Porém não se pode negar a sua existência, é preciso antes de tudo uma compreensão de que o homem não é somente corpo, mas que é dotado de um espírito: “a morte não vem de fora mas se processa dentro da vida...” (BOFF,1999, p.152) e que para tal, acredita-se também na necessidade de um trabalho inter e transdisciplinar no sentido de dar conta de uma formação capaz de minimizar o sofrimento e auxiliar o futuro profissional a suportar as tensões e os próprios medos, bem como estar melhor preparado para assistir ao paciente e a família daquele que está morrendo.

Diante destes dados, permite-se afirmar que pelo grau de complexidade realmente estes aspectos deveriam ser reservados para a pós-graduação, embora a prática revele a importância de se trabalhar estes aspectos também na graduação. Não só tendo em vista o desenvolvimento da competência técnica, mas também de competências humanas, sociais e políticas em busca de uma reflexão e crítica que levem à construção de propostas no sentido de mudar a condução desse processo.

Portanto, mesmo que não se concorde com a política de mercado, quando contratam profissionais recém-formados, sem o devido preparo para funções de alta complexidade, deve-se assumir que a universidade, enquanto instituição formadora, de uma certa forma é responsável pela manutenção e reprodução das relações que se estabelecem com este mercado.

Outro aspecto apontado de forma importante neste trabalho foi a falta de habilidades técnicas. Hoje, segundo as novas concepções, a habilidade técnica, tem sido conceituada como sendo uma habilidade psicomotora, uma vez que necessita-se da cognição no sentido de levar à compreensão e a possibilitar transformação além de um desenvolvimento motor, que com o refinamento e a repetição poderá resultar em destreza. A destreza costuma ser muito valorizada tanto pela equipe quanto pelos usuários que ao utilizarem-se dos serviços de saúde, freqüentemente, associam-na com o conceito de competência profissional. Para Delors et al “aprender a conhecer e aprender a fazer, são em larga medida indissociáveis”, o autor ainda afirma que a partir do modelo desenvolvido ao longo do século XX:

a substituição do trabalho humano pelas máquinas tornou-o cada vez mais imaterial e acentuou o caráter cognitivo das tarefas ele afirma ainda que o futuro destas economias depende da sua capacidade de transformar o progresso dos conhecimentos em inovações (...) Como consequência as aprendizagens devem evoluir e não podem mais ser consideradas como simples transmissão de práticas mais ou menos rotineiras, embora estas continuem a ter um valor formativo que não é de desprezar. (DELORS et. al , 1999, p.93)

As habilidades psicomotoras enquanto o saber-fazer na enfermagem, constituem-se em seus instrumentos básicos indispensáveis na “execução das ações cuidativas como meio e não como fim em si mesmo, uma vez que o desempenho com competência, dos procedimentos que as envolvem, implica

diretamente a qualidade dos resultados da assistência prestada”. (DUARTE, 2000, p.139).

Segundo os dados obtidos, uma grande parte dos enfermeiros ao saírem da universidade não tem o domínio deste saber-fazer, mesmo em procedimentos considerados simples e rotineiros. Embora se concorde que ele não pode ser utilizado como termômetro para medir a competência profissional, levam o enfermeiro recém formado diante da insegurança a enfrentar situações constrangedoras perante a equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem, que em decorrência da experiência no trabalho, mesmo que não dominem completamente o saber, dominam fazer.

Ainda neste contexto, as enfermeiras do grupo B, ao se referirem sobre estas dificuldades, informaram que a falta de domínio técnico, até pelo medo de demonstrar que não sabe, leva o enfermeiro a se afastar mais ainda do paciente e a se "esconder" atrás das atividades burocráticas, as quais em grande parte poderiam ser realizadas por um funcionário administrativo ou qualquer outro, não necessitando de um profissional de nível superior.

Pode-se constatar, a supervalorização das habilidades psicomotoras, tanto por parte dos recém-formados, quanto das instituições nas quais eles trabalham como se verifica em algumas falas dos participantes deste trabalho:

...me sentia insegura em realizar alguns procedimentos perante os auxiliares mais experientes. (A11)

Eu tinha pouca habilidade em alguns procedimentos e ter de fazê-los quando os funcionários não conseguem me causava muita insegurança. (A32)

No meu primeiro emprego era muito exigido as habilidades técnicas (A52)

Dificuldade relacionadas principalmente às técnicas já que durante a graduação não há como adquirir experiência mas sim o aprendizado. (A67)

Eles saem da universidade sem o domínio da técnica (...) observei o quanto ela ficava ansiosa, pois não tinha o domínio técnico e a equipe cobrava este domínio, muitos procedimentos até mesmo muito básicos ela não sabia porque na universidade não tinha tido a oportunidade de fazer. (B6)

Tem muitas vezes que o enfermeiro chega aqui e nunca viu um microfix, nunca fez uma sondagem durante o estágio (...) quando ele chega aqui ele tem que fazer, tem que demonstrar e tem que cobrar, isso é desmotivante (...) outra coisa que eu percebo é que muitas vêm sem experiência e que lá na ponta em algumas circunstâncias tendo que aprender com o funcionário que vai ser ou é seu subordinado ela acaba se aliando a esse funcionário e depois sendo quase igual a ele, esta é uma preocupação que eu tenho e para muitas eu falo. (B3)

Na parte técnica com certeza ele não tem segurança, até o enfermeiro conseguir se adaptar (...) eu acho que ele tem que botar a mão na massa, porque eu vejo que o enfermeiro fica meio esquivado, só tentando resolver a parte burocrática, aí fica difícil. (B9)

O aluno que tem saído da universidade é muito cru, ele durante o curso não teve ou não aproveitou as oportunidades e quando chega no mercado de trabalho ele não sabe, não enxerga, ele não desenvolve, acaba preferindo as atividades burocráticas, mas não as administrativas, as burocráticas mesmo, fica envolvido o tempo todo com o papel e não sai do lugar. (B11)

É importante ressaltar que embora estes aspectos sejam contemplados tanto na teoria quanto na prática e ocupem um razoável espaço no currículo dos cursos de graduação, não se tem conseguido formar um indivíduo com uma fundamentação teórico prática suficiente, para enfrentar o mercado de trabalho. Todavia, é preciso se ter em mente, que escola em tempo algum, dará conta de tudo, principalmente hoje, quando se observa a velocidade das transformações que vem se processando no mundo.

Outro fato que foi possível evidenciar nos dados, foi a observação de que no grupo dos 18 enfermeiros que referiram dificuldades com as habilidades técnicas, apenas 02, haviam cursado o técnico de enfermagem, porém nunca trabalharam na área. Isto se explica, porque a destreza no desempenho técnico, somente será adquirida com o tempo e a repetição do procedimento.

Diante do exposto pelos respondentes, cabe ainda ressaltar que o fato dele em muitos momentos, ter que aprender com o auxiliar e o técnico de enfermagem. É um fato real, perfeitamente compreensível, eles tem o *saber da experiência* que não pode ser desconsiderado, pelo contrário, faz-se necessário estabelecer parcerias e aprender junto com eles.

Ao se reportarem às suas dificuldades, afirmam terem o conhecimento teórico, no entanto não conseguem mobilizá-lo, o que permite mais uma vez a visualização da dissociação teoria/prática. Acredita-se que as origens para tais dificuldades possam estar relacionadas a uma prática pedagógica fortemente influenciada pela escola tecnicista em que os saberes são compartimentalizados, onde a teoria e a prática assumem um caráter linear em que há “a demarcação dos saberes, com todas as técnicas que os acompanham e que delimitam a esfera científica do trabalho como diferente da esfera da prática cotidiana” (LEOPARDI, 1994, p.85), conforme confirmam-se nos relatos dos sujeitos dessa pesquisa:

A parte prática, pois durante o curso foi enfatizado mais a parte teórica, mesmo durante os estágios, as oportunidades de realizar procedimentos eram poucas ... (A19)

...algumas habilidades técnicas que na fundamentação teórica estão bem definidas, mas não temos prática. (A24)

Eu acredito que ele possa sair da universidade com um preparo teórico muito bom, mas posso falar com certeza que tecnicamente ele não está preparado para enfrentar o mercado de trabalho, muitas vezes até nas técnicas básicas ele tem dificuldade (...) eu poderia dizer que ele acaba aprendendo mesmo ao lado do auxiliar ou do técnico de enfermagem (...) eu já vi as chefias algumas vezes dizerem, eu contratei um profissional e não um estagiário. (B5)

Os dados demonstraram a importância da competência técnica na formação do enfermeiro, porém FREIRE (1992, p.134) nos esclarece afirmando que: “... não é possível formar engenheiros ou pedreiros, físicos ou enfermeiros, dentistas ou torneiros (...) sem uma compreensão de nós mesmos e de como a sociedade funciona. E isto o *treinamento* supostamente técnico não dá”

Ainda nesse contexto, Demo refere que: “indispensável é ser técnico competente, como é indispensável ser cidadão atuante e organizado, trazendo para o bojo dessa cidadania a instrumentação científica adequada.” (DEMO1996, p.100).

Fica evidente que embora, as habilidades técnicas sejam necessárias ao enfermeiro, não se podem, nem se deve, concentrar o curso em técnicas. O aluno deve ser estimulado para buscar essas habilidades, a exemplo do que se observa em outras profissões, mesmo na área da saúde.

Portanto, para que se possa ultrapassar o paradigma dominante na enfermagem pautado na técnica e em muitas vezes na pura execução de tarefas prescritas, precisa-se lançar um novo olhar para o ensino na busca por alternativas metodológicas que promovam a articulação entre os saberes em prol de uma maior autonomia profissional.

O exercício profissional envolve um conhecimento profundo sobre o ser humano, pois, fundamenta-se em uma estreita relação entre indivíduos. Para um desenvolvimento harmônico e efetivo deste exercício, estas relações precisam ser permeadas pela ética, considerada, fundamental em todas as relações humanas.

Os enfermeiros ao se manifestarem sobre as suas dificuldades frente às questões relacionadas à Ética Profissional, demonstraram que elas dizem respeito, principalmente, ao relacionamento interpessoal: enfermeiro/enfermeiro; enfermeiro/equipe de enfermagem. Pelos depoimentos, não foi possível perceber indícios de problemas ou dificuldades na relação enfermeiro/cliente.

De acordo com os participantes as principais dificuldades foram sentidas/percebidas como:

Existe uma “rivalidade” uma “competição” muito grande e no meu ponto de vista, desnecessário entre os profissionais enfermeiros. (A1)

Existe uma competitividade profissional não coerente, baseada em “maus feitos”. (A18)

Falta de comprometimento no trabalho. (B1)

Dificuldade na tomada de decisão junto à equipe, eles preferem fazer de conta que não viram a ter que tomar uma posição. (B1)

Me preocupa muito a pessoa que está saindo hoje da universidade (...) Falta postura profissional. (B7)

Falta de conhecimento ético, falta de postura ética, tem pessoas que não tem respeito pelos colegas, pela chefia (...) você precisa se cuidar, sempre tem alguém tentando puxar o

seu tapete (...) ele acaba fazendo muitas atividades que não são da competência dele e deixam de fazer o que é deles. (B10)

Quanto à lei do exercício profissional, os participantes, apenas citaram como dificuldade a interpretação da legislação, principalmente no que se refere às funções do enfermeiro dentro da equipe de enfermagem, não foi possível neste momento aprofundar as particularidades destas dificuldades.

Precisamos de maior tempo para o conhecimento e estudo do exercício profissional e código de ética da categoria, pois hoje vejo que uma grande maioria desconhece ou não lembra mais. (A40)

O ser humano, sujeito de sua história, é livre para dialogar com o mundo que o cerca, enquanto portador de uma capacidade para com ele se relacionar e com tudo o que mais nele se encontra. É, ao mesmo tempo individual, pois é livre para se conduzir e conduzir, e coletivo no sentido de que vive uma relação de interdependência com os outros seres com os quais divide um mesmo espaço, é dotado da capacidade de influenciar, de conquistar, de construir e de transformar, características estas que o diferenciam dos demais seres do planeta. A sua realização enquanto pessoa humana depende de um convívio harmônico, com os outros seres humanos e com a natureza da qual depende para garantir a sua própria subsistência, convívio este que é mediado pelo poder, pelo desejo, pela razão e pela emoção. Porém, enquanto sujeito capaz de lutar pela sua própria realização é também responsável pela realização do outro. Para tanto, “vem dotado de sacralidade porque é sujeito de direito e de deveres inalienáveis e se mostra como um projeto infinito”. (BOFF, 1999, p.35)

Esta relação estabelecida entre o homem e os demais seres humanos, o homem e a natureza, é traduzida por condutas, ou seja, o modo de ser, de agir e de pensar no outro e com o outro que embora existentes num meio individual, singular, é coletivo e plural, implicando em Ética, Moral e Deontologia.

A origem etimológica da palavra Ética, procede do termo grego *êthos*, que significa “caráter, modo de ser” e *ethos* “ hábito, costume”, enquanto que a palavra Moral vem do latim, *moris* que também quer dizer “costume” e Deontologia vem do grego *deon*, *deontos* que significa “dever”. GELAIN (1983, p.5,6) afirma que:

não há grandes diferenças entre as palavras Ética, Moral e Deontologia, pois todas se referem diretamente ao comportamento humano (...) Assim atribuiu-se à Ética uma conotação mais filosófica na análise dos problemas (...) diretamente relacionados com a honestidade, justiça, lealdade, prudência e outros. À moral atribui-se, às vezes, conotação sobrenatural, sendo freqüentemente confundida com religião. À Deontologia atribui-se a preocupação mais direta com os deveres de um grupo profissional em relação às suas atribuições e responsabilidades profissionais.

O ser humano, enquanto um ser social, desde os primórdios de sua existência precisou estabelecer normas de conduta, fundamentadas em seus valores e suas crenças para garantir o seu convívio em sociedade. Entretanto, mesmo sendo portadores de uma individualidade, onde cada um tem as suas próprias crenças, valores e interesses, precisam respeitar os outros no sentido do bem comum, adotando um comportamento ético. Embora este comportamento seja modificado no decorrer da história, é legitimado pela sociedade vigente. “Assim sendo o objetivo da Ética é educar o indivíduo autônomo, ou seja, capaz de orientar-se por si mesmo, capaz de interpretar sua realidade e discernir qual a atitude mais adequada a ser tomada numa dada circunstância”. (RAMOS, 2001, p.4)

A enfermagem surgiu diante da necessidade do homem e, portanto, só existe em função dele. No decorrer de sua evolução, estabeleceu normas de conduta para todos os profissionais que nela atuam, normas estas que foram sendo modificadas de acordo com as necessidades advindas da própria evolução humana e da profissão.

O Código de Ética de Enfermagem, assim como para todas as profissões liberais, traz no seu bojo um código moral que prescreve normas, direitos, deveres e sanções, determinadas pela profissão, que orientam os profissionais para o agir corretamente na profissão, como também na sua relação com as demais pessoas, o que vai influenciar na sua relação com o cliente/paciente, com os colegas de profissão, com a equipe a ele subordinado e com a equipe multidisciplinar.

Cabe salientar que a preocupação pelas questões éticas relacionadas à prática profissional sempre existiu. Começou a ser tratada com maior seriedade a partir do 3º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1949. Sendo tema relevante, a Associação Brasileira de Enfermagem em 1958 aprova o 1º Código de Ética de Enfermagem.

Ainda no que diz respeito ao exercício profissional, outra consideração importante a ser feita refere-se à regulamentação da profissão pelo Decreto n.º 20.931/32, cuja fiscalização era feita em conjunto com as várias profissões ligadas à saúde. Em 1941, a fiscalização passa para o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina. A lei do exercício profissional instituída em 1955 vigorou até 1986 quando da promulgação da atual Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987 a qual dispõe sobre as questões legais do exercício profissional, porém a fiscalização a partir de 1973 com a criação do

Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais, passou a ser realizada pelos respectivos órgãos consultivos.

A lei determina as atribuições de cada profissional, porém em muitos aspectos como já citado anteriormente, ela não é muito clara, dificultando o seu entendimento, dando margem a interpretações, nem sempre condizentes com a realidade. Por outro lado, a fiscalização, por mais que tenha sido incrementada nos últimos anos, ainda não consegue dar conta de todas as necessidades, haja vista o grande número de instituições de saúde, bem como a diversidade de profissionais atuando em uma mesma área. Porém, o conhecimento detalhado da legislação profissional, acredita-se ser imprescindível para o enfermeiro no que se refere às suas funções tanto no âmbito da administração quanto no cuidado/assistência.

Dando continuidade à interpretação dos dados, estes revelaram a dificuldade com a leitura e interpretação de exames.

A leitura e interpretação de exames, utilizados para diagnóstico, é de responsabilidade do médico. Porém, o enfermeiro precisa saber reconhecer as principais alterações presentes em exames que possam exigir uma tomada de decisão imediata, pois é o profissional de enfermagem que permanece 24 horas com o cliente/paciente. Portanto, é de competência do enfermeiro o reconhecimento de sinais de alerta, não com o intuito de diagnóstico, mas, como guia para a tomada de decisão.

Durante o curso, os alunos de enfermagem recebem toda uma formação básica de anatomia, fisiologia, bioquímica, microbiologia, parasitologia, patologia, que visam a sua instrumentalização para a prática profissional. Porém, percebe-se que estas disciplinas eram departamentalizadas e desvinculadas do contexto da

prática, conforme pudemos perceber em algumas afirmações realizadas pelos informantes deste trabalho.

As disciplinas básicas são desarticuladas da prática assistencial, não oferecem subsídio algum para a prática. (A 31)
... as disciplinas básicas são completamente desarticuladas das profissionalizantes. (A 34)
... disciplinas básicas: fisiologia, anatomia, bioquímica não foram enquadradas dentro da nossa realidade e acabam fazendo muita falta. (A 39)
não tivemos uma visão clínica laboratorial para interpretação de exames e hoje eu sinto falta. (A 40)
... eu tive estas disciplinas no curso, mas tive que aprender depois por conta própria, pois na época eu não entendi nada ... (A 46)

As críticas referidas às disciplinas básicas levam à reflexão sobre a importância da articulação dos saberes, tendo em vista que “os saberes separados”, descontextualizados, não fazem sentido, pois, “todo conhecimento para ser pertinente, deve contextualizar seu objeto”. (MORIN, 2001, p.37).

Outro aspecto revelado nos dados foi a dificuldade em cuidar do cuidador. Embora tenha se manifestado como uma questão pontual, a abordagem se faz necessária, porque, cuidar daquele que cuida, faz parte da assistência de enfermagem, uma vez que, o cuidado se desenvolve em várias dimensões.

Quando se refere ao cuidado na enfermagem, na maioria das vezes costuma-se ter como referência apenas o que se faz pelo cliente/paciente. De maneira geral se esquece de si próprio e daquele que trabalha junto. Dificilmente se permite, ser também humano, dotado de um corpo, de sentimentos, que pode padecer de dor, de desconforto e de sofrimento. Dentre as razões que explicam estas dificuldades, encontram-se a falta de experiência, de vivência e também a falta de preparo universitário como manifestadas pelos respondentes:

Na minha equipe, tinha pessoal cheio de problemas (...) eu não sabia trabalhar com estas questões...(A 34)

Às vezes você percebe que tem alguém na tua equipe que está com problemas, mas a gente fica meio sem saber o que fazer, por uma lado você até quer ajudar, mas é difícil ... (A 68)

Acredita-se que o fato do recém-formado ser muito jovem ao se inserir no mercado de trabalho inseguro, imaturo para assumir tantas responsabilidades e preocupado com as próprias dificuldades, dificilmente terá condições em prestar atenção aos problemas dos outros. Quando isto chega a acontecer, acaba gerando ansiedade, pois não se sente preparado para trabalhar com eles.

Para Boff, Cuidar é mais que um *ato*: é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF,1999, p.33).

Ainda dentro deste contexto, foi manifestada a dificuldade em prestar um cuidado integral/cuidado holístico. Observa-se que a abordagem holística nas últimas décadas vem sendo discutida dentro da enfermagem numa tentativa de resgatar o conceito de unidade do ser humano enquanto ser bio-psico-social, perdida no decorrer de sua evolução fortemente influenciada pelo paradigma cartesiano.

O paradigma cartesiano dissecou o mundo e o homem, deteve o domínio absoluto nas ciências e nas artes nos últimos séculos sendo responsável pelas grandes descobertas científicas e pela modelação de toda a cultura de uma grande parte do mundo. A separação entre a mente e a matéria, a ênfase na técnica, na tecnologia, nas ultraespecializações, na racionalidade, se por um lado foram responsáveis por muitas das grandes conquistas humanas, por outro, à medida que

conduziram para um pensamento reducionista, linear e de poder foram responsáveis por muitos dos conflitos que perduram até os dias atuais.

No ensino, sentiu-se o grande peso deste paradigma, o qual determinou a fragmentação do saber, conforme ressalta Morin, "os desenvolvimentos disciplinares das ciências não só trouxeram as vantagens da divisão do trabalho, mas também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento e do despedaçamento do saber. Não só produziram o conhecimento e a elucidação, mas também a ignorância e a cegueira". O mesmo autor afirma que "a inteligência que só sabe separar fragmenta o complexo mundo em pedaços (...) atrofia as possibilidades de compreensão e de reflexão" (MORIN, 2001, p.14, 15).

Portanto, a forma com que o ensino da enfermagem vem sendo desenvolvido em disciplinas departamentalizadas, com grande enfoque na técnica e na tecnologia, desvinculado da realidade social e de mundo, contribuem para que o enfermeiro ao sair da universidade apresente dificuldades em atender o indivíduo como um todo, bem como em se firmar enquanto profissional, pois não consegue reunir os conhecimentos e empregá-los na sua prática.

A prática assistencial oportuniza ao enfermeiro a possibilidade de estabelecer uma relação direta com o seu objeto de trabalho, ou seja, o indivíduo sadio ou doente, tanto no âmbito individual quanto coletivo, no sentido de promoção, proteção e recuperação da saúde. Porém, como já discutido anteriormente, esta prática não é desenvolvida exclusivamente pelo enfermeiro, e sim, por uma equipe de trabalhadores da área de enfermagem com diferentes níveis de escolaridade, sendo que o enfermeiro envolve-se muito mais com a supervisão e a coordenação das atividades desempenhadas pelos demais profissionais, do que na prestação de cuidados diretos.

O afastamento do enfermeiro dos cuidados diretos, tem sido motivo de reflexão e questionamento dentro da categoria perante as pesadas críticas emanadas por outros profissionais, conforme evidenciado por SAUPE (1998, p.53) ao manifestar sua indignação às críticas que:

denunciam comprometimentos da profissão com sistemas de dominação e exploração; acusam os enfermeiros de classe subalterna a serviço do “status quo”, profissionais alienados que pactuam com a classe dominante, ingênuos úteis usados pelo sistema. O nosso saber, tão duramente conquistado, é classificado de parcial, fragmentado, histórico ... A decantada neutralidade que orientava nosso conhecimento e a nossa prática é colocada em discussão ... A autoridade que pensávamos exercer recebe outras interpretações.

Desta forma, com o resgate do “cuidado direto” a categoria vem buscando se reencontrar e se afirmar enquanto profissão de nível superior.

Embora a assistência de enfermagem constitua o foco central da maioria dos currículos dos cursos, a prática tem demonstrado que o enfermeiro ao sair da universidade não tem claro a definição de suas funções, bem como não consegue visualizar a diferença entre as práticas de cuidado e a execução de técnicas.

3.4.3 As Dificuldades na Área de Ensino

As dificuldades relacionadas à área de ensino representaram 11,6% do total das dificuldades apresentadas pelos informantes. Dentre as sub-categorias que emergiram desta prática pode-se citar: dificuldade em trabalhar a educação do funcionário (04); dificuldades em trabalhar com grupos (04); falta de vivência e experiência profissional (03); dificuldade na educação para a Saúde (03).

O ensino formal de enfermagem, embora já houvessem algumas iniciativas anteriores, ele se legitima a partir de Florence Nightingale com a criação da escola de enfermagem no hospital St. Thomas, em Londres, quando ela se preocupa, não só em preparar a enfermeira para o trabalho hospitalar, mas também para o ensino. No Brasil, da mesma forma, a partir da criação da Escola Anna Nery, as diplomadas passaram a atuar no ensino aos moldes do que já ocorria na Inglaterra e nos Estados Unidos.

Porém, o enfermeiro independente da sua área de atuação, desempenha um papel educativo, na área assistencial junto aos clientes/pacientes, famílias e comunidades em que atua. Na área gerencial, é de sua competência o aprimoramento e a educação continuada dos demais membros da equipe, em especial dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Este estudo, não tinha por objetivo, investigar a área de atuação do enfermeiro na educação formal, por se tratar de uma área muito específica. No entanto, os dados revelaram que hoje, em decorrência de um projeto do Ministério da Saúde o PROFAE, que visa a profissionalização do atendente de enfermagem, e em uma segunda fase do auxiliar propiciando uma formação para técnico de enfermagem, as escolas vinculadas ao PROFAE têm recrutado um grande número de enfermeiros da rede hospitalar e de saúde coletiva, para a área de ensino.

Verificou-se que um número significativo de enfermeiros, afirmaram, ter mais de um emprego, dedicando-se ao ensino especialmente nos cursos de auxiliar e técnico de enfermagem.

Neste aspecto, a grande queixa dos enfermeiros participantes deste estudo foi relacionada à falta de licenciatura nos cursos de graduação.

Nos currículos de enfermagem, após a reforma universitária, a Licenciatura em enfermagem que habilitava o enfermeiro para lecionar em nível de primeiro e segundo grau, era oferecida por muitas escolas inserida no próprio currículo da graduação. Após as modificações curriculares, instituídas a partir do currículo em 1996, mesmo que não fosse de consenso da categoria, muitas escolas deixaram de oferecer a licenciatura, entendendo que esta deveria ser implantada em nível de pós graduação e não mais incorporar o currículo normal do curso.

A retirada da licenciatura do curso foi considerada uma grande perda, por se acreditar que ela contribuí na formação de habilidades, atitudes e valores para uma prática que vai além de uma habilitação legal à atividade docente. Mesmo que o enfermeiro não tenha a intenção de se dedicar à carreira docente, no dia-a-dia precisará destes conhecimentos para trabalhar a educação de seus pacientes e da sua equipe.

3.4.4 As Dificuldades Sentidas/Percebidas em Relação à Pesquisa

Neste estudo, constatou-se a não existência de dificuldades nesta área. O tema pesquisa apareceu apenas como aspectos considerados falhos na graduação, pelos participantes, quando eles apontam a falta de metodologia científica, de estímulo à pesquisa e publicações, de incentivo para atividades extra-curriculares. Sugerem a união da assistência à pesquisa, dando-lhe maior incentivo à pesquisa, publicações e um melhor aproveitamento dos projetos de monografias realizadas ao final do curso conforme foram explicitados em alguns depoimentos.

Precisamos de Maior incentivo à pesquisas e publicações ... (A65)

Acho que o projeto de monografia deveria ser mais valorizado e aproveitado pela universidade para ensinar outros colegas, visto que no momento serve apenas para critério de aprovação e depois ser “encaixotado” isso é frustrante. (A62)

Quanto à monografia, cabe ressaltar que não era obrigatória nos cursos de enfermagem, embora algumas universidades já vinham tendo esta prática, a exigência do trabalho de conclusão de curso torna-se obrigatória a partir da implantação do currículo em 1996.

A pesquisa em enfermagem no Brasil é uma atividade recente, pois como já enfocado em vários momentos deste trabalho, a enfermagem que tradicionalmente se desenvolveu no Brasil esteve sempre muito mais ligada no fazer, enquanto profissão eminentemente técnica. É importante ressaltar que o curso de enfermagem no Brasil passou a ser considerado um curso de nível superior somente a partir de 1962, quando o Parecer nº 271/62 estabelece o novo currículo mínimo para os cursos de enfermagem.

Com a reforma universitária instaurada a partir de 1968, as enfermeiras que até então ocupavam os cargos de direção das escolas de enfermagem, mantendo uma tradição histórica advinda do sistema Nightingale, perderam os seus cargos em decorrência da falta de titulação, pois a nova lei exigia que eles fossem ocupados por professores titulares. Neste aspecto, SILVA (1986, p.92, 93) afirma que:

A nova legislação alijou, temporariamente, as enfermeiras da função de dirigir as escolas, pois, sendo recente a passagem desta categoria a nível superior e ainda mais recente a constituição dos cursos pós-graduados na área, é necessário algum tempo para que elas atinjam a titulação máxima exigida. Entretanto se a lei em vigor veio a contrariar um dos princípios básicos estabelecidos pelo sistema Nightingale e incorporado, em nosso país, pelo decreto federal de 1931, por outro lado se constituiu na mola propulsora do processo de cientificação da enfermagem brasileira.)

Como conseqüência, a partir da década de 70, surgem os cursos de pós-graduação em enfermagem, com a “finalidade de preparar docentes e pesquisadores. Em 1972, surge o primeiro curso, em nível de mestrado, na Escola Ana Néri (...) e em 1982 surge o nível de pós-graduação em doutorado através da participação de duas escolas de enfermagem no Estado de São Paulo.” (ALMEIDA, 1989, p.85)

Como a pesquisa no Brasil sempre esteve ligada à pós-graduação, a inserção tardia tanto na graduação quanto na pós-graduação, justificam a curta história da pesquisa na enfermagem. Embora se tenha verificado que nos últimos anos houve um aumento significativo do número de trabalhos apresentados e divulgados em congressos e outros eventos científicos, observa-se, ainda, que esta permanece no meio acadêmico.

A pesquisa é importante para a enfermagem não só porque legitima o fazer, e possibilita encontrar novas formas de cuidar, de administrar, de ensinar, mas principalmente por que poderá propiciar uma maior integração entre a teoria e a prática, o fazer e o conhecer, gerando reflexão e crítica para que se possa levar a um novo encaminhamento no projeto de construção e reconstrução da profissão.

3.5 FATORES APONTADOS COMO GERADORES DE DIFICULDADES

Quanto aos fatores considerados pelos participantes como fontes para as dificuldades enfrentadas no início da carreira profissional, emergiram como sub-categorias: estágios (53); professores (19); infraestrutura da universidade (7); mercado de trabalho (4); seleção no vestibular (2). Ao colocarem sobre estes

aspectos, percebe-se uma crítica tanto à instituição universitária quanto ao mercado de trabalho.

3.5.1 Estágios

Em relação aos estágios, as principais críticas se referiram ao pouco tempo de estágio em áreas críticas (21); pouco tempo destinado para os estágios de maneira geral (12); falta de oportunidades para a realização de procedimentos (07); não visualização do trabalho do enfermeiro (6); turmas muito grandes (4); poucas opções para campo de estágio (1); CCIH (3); estágios muito fracos (1).

No ensino de enfermagem teoria e a prática precisam estar associadas para contextualizar e pôr em ação o aprendizado ao longo do curso.

O Estágio Supervisionado se constitui em elemento indispensável à formação do profissional Enfermeiro. É nele que o estudante se defronta com a realidade de sua área profissional, passando a refletir e compreender as relações do trabalho, para que no futuro possa atuar sobre esta realidade com capacidade para produzir mudanças.

O Estágio proporciona aos alunos oportunidades para conhecer a realidade do trabalho do enfermeiro, possibilitando a organização dos conhecimentos a seleção de seus pontos de vista, fazendo com que deixem de ser meros expectadores, para se transformarem em atores de todo este processo.

Quanto ao tempo destinado aos estágios, verifica-se que ele tem se constituído em preocupação dos enfermeiros praticamente desde a implantação dos cursos de enfermagem no Brasil. Em todas as discussões curriculares, o tempo

sempre foi um tema polêmico. No entanto, percebe-se que nas discussões sempre houve uma preocupação maior com a carga horária do que com a metodologia utilizada para sua realização, resultando em um ensino fragmentado, onde teoria e prática estão dissociadas gerando uma série de dificuldades conforme já explicitadas neste estudo.

Nas falas dos participantes, foi possível identificar que além da carga horária existe também a preocupação com a forma com que os estágios são realizados: a falta de oportunidade em estagiar em áreas críticas, a pouca oportunidade para fazer, bem como, da necessidade de contextualizar a prática, conforme se confirma nos depoimentos abaixo:

No curso foi dado muita ênfase na teoria e pouco na prática, deveriam enfatizar mais a prática, tentando ser o mais parecido com as realidades encontradas no mercado de trabalho, pois no papel tudo parece ser bem simples, mas na realidade a nossa profissão é muitíssimo complexa. (A.26)

Algumas disciplinas são desvinculadas da prática assistencial e administrativa, não oferecem subsídio algum para a prática. (A31)

Deve-se trabalhar melhor a integração dos conteúdos. (A31)

A teoria precisa da prática, acho que os estudos deveriam ser mais práticos. (A2)

Deveria existir maior relação entre a teoria e a prática. (A17)

Estágios muito curtos e em algumas disciplinas nem existe (...) Nos estágios muitas vezes era só observação, não havia possibilidade de prática. (A38)

DEMO (2001, p.131) ao se referir sobre a relação teoria/prática, revela que existe uma relação de interdependência entre elas, ao afirmar que:

... toda teoria precisa confrontar-se com a prática, porque, isto fazendo, tem que mudar, pois é impossível coincidência completa entre ambas. Vale o reverso: toda prática precisa voltar para a teoria, para poder ser revista e por vezes superada. A prática tem suas virtudes, a começar por ser concreta, fazer parte da realidade, acontecer de verdade. Mas tem limitações: tende a converter-se em rotina, girando em torno de si mesma. Para evitar isso, é necessário propor, permanentemente, um banho de crítica.

Nesta mesma linha, Perrenoud, discorre sobre a importância que representa a integração entre a teoria e a prática na formação profissional para um agir que vai além da mera reprodução, mas que busca acima de tudo a compreensão e a transformação.

todos os saberes que um profissional utiliza são, por *definição*, saberes de ação, seja qual for sua origem. (...) Para se apropriar da ferramenta teórica, para que ela se torne saber de ação, o profissional precisa superar alguns obstáculos: a abstração e a aridez do propósito teórico exigem uma formação; da compreensão ao uso em situação, há um importante trabalho de integração para unir a formação científica e uma prática racional e reflexiva. (PERRENOUD, 2001, p.186, 187).

A realidade dos estágios em alguns momentos foi percebida como sendo fictícia, onde os alunos, não tem oportunidade de se defrontar com os problemas da profissão e do profissional, em geral eles são poupados durante o curso, recebem as soluções prontas do professor e ao se formar não sabem como enfrenta-las, conforme se percebe em seus depoimentos:

Deveríamos ser colocados em campo frente às dificuldades, sair do padrão de enfermagem inexistente, irreal. (A59)
Muitas vezes não é passado ao aluno a realidade dos serviços (...) não imaginamos o quanto difícil é ser enfermeiro. (A67)

O grupo demonstrou preocupação pelo fato de que durante os estágios, não foi oportunizado estagiar em áreas que estão surgindo como novos espaços de trabalho para o enfermeiro, dentre elas: home-care, CCIH, ambulatórios especializados e outras.

Considerando-se que o currículo do curso permaneceu com poucas modificações no período de 1972 a 1994, percebe-se que a universidade não acompanhou os avanços do mercado de trabalho.

Porém, com as constantes e rápidas transformações que hoje se processam no mundo e que se refletem no trabalho, ao se encontrar a solução para um problema, surgem outros para serem solucionados. Portanto, mais importante do que fornecer ao aluno as respostas é conseguir encorajá-lo para a busca das soluções, “a estratégia deve prevalecer sobre o programa.” (MORIN, 2001, p.90)

Ainda neste aspecto, MORIN (2001, p.84) afirma que “É preciso aprender a enfrentar a incerteza, já que vivemos em uma época de mudanças em que os valores são ambivalentes, em que tudo é ligado. É por isso que a educação do futuro deve-se voltar para as incertezas”. Isso demonstra que é preciso mais do que ensinar fórmulas, conceitos já estabelecidos, faz-se necessário levar o aluno a aprender a aprender, pois desta forma conseguirá vencer as incertezas que certamente irão se interpor em sua trajetória na profissão e na vida.

Os participantes deste estudo, ainda destacaram como elemento gerador de dificuldades a relação professor/aluno. De forma geral, as escolas dividem os grupos em uma proporção de 1:10, ou seja, um professor para cada grupo de até dez alunos, dependendo do local onde será realizado.

Neste sentido, cabe ressaltar mais uma vez a questão da metodologia, pois na enfermagem temos um ensino do tipo tutorial, onde, centraliza-se no professor todo o processo. Em muitos momentos realmente o professor não consegue dar conta de uma supervisão direta de todas as atividades realizadas pelos alunos. Será que não está na hora de revermos este tipo de ensino?

3.5.2 Professores

Quanto aos professores: referiram-se à dificuldade dos professores em repassar os conteúdos (6); Inexperiência dos professores(4); falta de vivência prática

(3); falta de integração docente-assistencial (2); prepotência, falta de abertura de alguns professores (2); Falta de professores (1); Greve de professores (1).

A educação hoje é entendida como um processo coletivo, decorrente da participação de múltiplos atores, onde, o professor não pode mais ser considerado o ator principal, mas um mediador e o aluno não mais um mero expectador, mas um sujeito ativo, responsável por seu aprendizado.

Nesta perspectiva, as aulas e os estágios devem se constituir em laboratórios, onde professor e aluno refletirão sobre a prática, cuja ênfase deve ser a busca de soluções criativas capazes de transformá-la. Este pensamento, pode ser observado no depoimento abaixo:

... análise da realidade e seu reflexo na prática profissional, capacita para a geração de mudança no campo de trabalho, visto que proporcional planejamento de ações e possibilidades de ação. (A.56)

Porém, como já citado anteriormente, o ensino de enfermagem foi fortemente influenciado pela metodologia tradicional e tecnicista, dificultando muitas vezes avançar em direção a uma postura mais crítica e reflexiva. Acredita-se que para superar esta visão, seja necessário um investimento no professor, caso contrário a história continuará se repetindo.

Neste tópico também surgiram críticas frente à postura do professor, quando os informantes citaram que muitas vezes os professores onde estes assumem uma posição de superioridade e muitas vezes até de prepotência.

FREIRE (1992, p.79) afirma que “qualquer que seja a qualidade da prática educativa, autoritária ou democrática, ela é sempre diretiva”, porém na continuidade de sua fala, ele explica que no momento “em que a diretividade do educador ou da

educadora, interfere na capacidade criadora, formuladora, indagadora do educando, de forma restritiva, então a diretividade necessária se converte em manipulação, em autoritarismo.” Mais uma vez, evidencia-se a necessidade de investimento no e com o professor. Assim como o aluno, hoje o professor necessita, adquirir novas competências para trabalhar nesse novo contexto.

Nas questões relacionadas à inexperiência e a falta de vivência prática, observa-se que uma grande parte do corpo docente das universidades, tem dedicação exclusiva à docência, face às exigências da própria carreira.

A dedicação exclusiva por um lado favorece o professor que dispõe de mais tempo para dedicar-se à pesquisa e ao seu aprimoramento profissional, por outro, ao afastar da prática corre o risco de ficar desatualizado, alheio ao contexto do trabalho. Este fato foi destacado em algumas falas dos sujeitos deste estudo:

A imaturidade dos professores e até certa inexperiência com relação às exigências do mercado de trabalho. (A.31)
... na universidade, os professores estão desatualizados em relação ao mercado ou seja, só docentes. (A.65)

Um outro aspecto que emergiu deste estudo, foi a falta de integração docente-assistencial. Enquanto os docentes, em geral, queixam-se da falta de colaboração dos enfermeiros de campo, estes ao se referirem sobre os docentes, queixam-se da falta de envolvimento destes e das instituições de ensino com os serviços.

Observa-se que embora este seja um assunto constante das pautas de grande parte das discussões em congressos, seminários e outros eventos, pouco se tem avançado, permanecendo um “fosso intransponível entre o ensino e prática”,

(SILVA, 1986, p.92) repercutindo no aluno que ao se inserir no campo, muitas vezes experimenta sentimentos de rejeição e exclusão por parte das equipes.

Cabe ressaltar, que referente ao professor, houve críticas pela falta de professores, greves e pela substituição de docentes com mestrado e doutorado por professores substitutos sem titulação, estes aspectos foram evidenciados pelos enfermeiros oriundos de instituições públicas.

3.5.3 Infra-Estrutura da Universidade

Ao se reportarem às instituições formadoras, os respondentes manifestaram seu descontentamento com a estrutura fornecida, principalmente no que se refere à laboratórios, equipamentos (2); falta de salas de aula (1); curso em período integral (1); quebra do vínculo com a universidade após a formatura (1); falta de avaliação docente (2).

Observou-se que as questões relacionadas à laboratórios e salas de aula, foram também apontados pelos enfermeiros formados em instituições públicas.

Quanto ao curso em período integral, este aspecto tem sido freqüentemente discutido, os alunos reivindicam junto às direções dos cursos, que estes sejam realizados em período único, pois como já citado, uma grande parte deles, precisam trabalhar para se manter no curso.

3.6 ASPECTOS POUCO CONTEMPLADOS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Dentre os aspectos pouco contemplados na área da administração, os dados revelaram: Pouca formação na área de Administração (12); Liderança (6); Auditoria; Aspectos financeiros, gestão de custos (5); Estratégias para o trabalho em equipe (3); Visão do trabalho do enfermeiro (3); Planejamento (2); Administração de recursos humanos (2). Percebe-se que todos estes aspectos levantados como falhos na graduação, estão intimamente relacionados, na realidade são ferramentas imprescindíveis para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro na área da administração.

Quanto à auditoria, aspectos financeiros, como já citado anteriormente, estão ligados à organização dos currículos e à ideologia até à própria indefinição no que se refere à função do enfermeiro. Acredita-se que a solução não é meramente curricular, é muito maior, trata-se de uma mudança de postura da própria categoria que necessita definir-se perante os desafios que têm sido colocados.

Na área do cuidado, os enfermeiros reclamaram de que durante o curso houve muito pouco tempo para estágios em áreas específicas como UTI, Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, Central de Material e de Esterilização, Pediatria e Neonatologia (21); pouco contato com a prática (12); pouca oportunidade para a realização de procedimentos (08); pouca oportunidade de visualizar o trabalho do enfermeiro (2); necessidade de visualização de diferentes realidades (2); humanização da assistência (2); e estomaterapia (1).

3.7 ASPECTOS NÃO CONTEMPLADOS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Dentre os aspectos apontados pelos recém formados como não contemplados durante o curso de graduação identificam-se: a falta de preparo para: trabalho em equipe, relações interpessoais (14); auditoria, consultoria, relacionar o hospital/empresa (12); liderança (06); administração de serviços de saúde/planos de saúde (4); condições para a tomada de decisões (3); projetos de qualidade (3); trabalho com indicadores (2); postura de chefia (2); avaliação funcional (1).

Na área da assistência/cuidado, foram relatadas a deficiência na formação quanto: ao atendimento em Emergência e UTI (20), a CCIH (6); assistência de enfermagem em Centro Cirúrgico (4); a Lei do exercício profissional (4); cuidado domiciliar (3); realização de procedimentos de maior complexidade técnica (3); central de material e esterilização (2); saúde mental e psiquiatria (2) leitura e interpretação de resultados de exames (2); cuidados paliativos (2), assistência de enfermagem em serviços especializados/diabetes, asma, quimioterapia (1); consulta de enfermagem (1); assistência de enfermagem em oncologia (1).

Constata-se que tanto os aspectos considerados pouco contemplados quanto não contemplados durante a formação, coincidem com aqueles onde eles afirmaram ter encontrado as maiores dificuldades no início das atividades profissionais.

Entretanto, percebe-se que praticamente todos os aspectos aqui apontados como não contemplados, fazem parte do currículo da maioria dos cursos e, portanto, acredita-se que sejam desenvolvidos. Porém, pela insatisfação constatada junto aos participantes, pode-se supor não que não se tem conseguido levar os alunos à verdadeira compreensão destes e da sua aplicação na prática profissional.

Partindo do pressuposto que “...a formação inicial deve fornecer a todos os alunos instrumentos, conceitos e referências resultantes dos avanços das ciências e dos paradigmas do nosso tempo” (UNESCO,1999 p.91) pergunta-se: O que a universidade pode oferecer para propiciar uma formação que vise atender tanto as expectativas dos enfermeiros quanto as do mercado de trabalho?

3.8 SUGESTÕES PARA A MELHORIA DO CURRÍCULO

Para a melhoria do currículo, foram sugeridas: aumento da carga horária das disciplinas relacionadas com a administração (8); trabalhar mais e melhor os aspectos relacionados à liderança (7); direcionar desde o início para as atividades do enfermeiro (6); abordagem das questões financeiras, auditoria em hospitais e operadoras de saúde (5); aumentar mais um ano na graduação (3); implantar internato para que o aluno possa conhecer melhor o seu trabalho como futuro enfermeiro (2); abordagem detalhada da Legislação Trabalhista e do Exercício Profissional (2); preparar o aluno para o enfrentamento, lidar com situações difíceis, resolução de problemas (2); iniciar a Administração desde o 4º período (1); capacitar o enfermeiro para prover e gerar recursos (1).

Abaixo, seguem alguns comentários realizados pelos enfermeiros:

O curso deve procurar proporcionar aos acadêmicos uma vivência maior do dia a dia de um Enfermeiro chefe de setor, de como conquistar a confiança de seus subordinados, constituindo uma equipe homogênea ... deve abordar com mais ênfase as questões financeiras como devem ser feitos os registros da assistência prestada para que os enfermeiros saiam como uma noção de como funciona a parte de Auditoria nos hospitais e nas operadoras de saúde. (A09)

Precisamos que a universidade dê mais ênfase em procedimentos de competência do enfermeiro, diminuindo um pouco da carga de “Auxiliar de enfermagem” que nos é imposta nos 3 anos e ½ de faculdade, já que quando nos formamos é cobrado muito a parte

administrativa, que no meu caso realizei somente em 2 meses de estágio no último ano, no restante era somente banhos, medicação e cuidados básicos ... (A14)

Devemos lembrar que seremos enfermeiros e não auxiliares de enfermagem com graduação, por isso considero a administração muito importante, claro que nunca esquecendo a parte assistencial. (A12)

Ainda, dentro das sugestões apresentadas no sentido de propor melhorias ao currículo da graduação, além de suprir os aspectos considerados pouco contemplados ou não contemplados, foi sugerido pelo grupo, que a universidade deveria promover uma maior ênfase nos procedimentos de competência do enfermeiro, evitando a perda de tempo com atividades consideradas como de menor complexidade e portanto da competência do auxiliar ou do técnico de enfermagem.

Outro aspecto levantado demonstra a necessidade de que durante o curso sejam abordados os novos campos que vêm se abrindo para as atividades do enfermeiro: A exemplo tem-se os cuidados domiciliares “Home Care” que hoje vêm se apresentando como uma grande possibilidade para a atuação do profissional no futuro, tendo em vista o aumento da longevidade da população. A tendência observada está na busca por alternativas que diminuam os custos e os riscos da internação hospitalar, onde a internação domiciliar aparece como uma proposta que já vem se viabilizando.

A universidade, portanto, deverá acompanhar as novas tendências que estão se desenhando na sociedade. Precisar investir mais em áreas que estão se apresentando, visando garantir tanto a manutenção quanto a conquista por novos espaços,

Diante da análise das dificuldades sentidas/percebidas, dos aspectos considerados como pouco contemplados e não contemplados e das sugestões

propostas, procurou-se confrontar com o projeto pedagógico que vem sendo desenvolvido pela PUCPR hoje e em particular pelo curso de enfermagem.

Observou-se que muitos destes aspectos já estão sendo considerados. Houve um aumento significativo na carga horária geral do curso. Quanto à administração, verifica-se que além do aumento da carga horária, houve uma distribuição no decorrer do curso, visando propiciar ao aluno uma visão ampliada da enfermagem, do enfermeiro, do mercado de trabalho, bem como, das suas potencialidades enquanto futuro profissional desde o início do curso. Outro aspecto importante a ser destacado em todo esse processo de discussão do projeto pedagógico do curso de enfermagem da PUCPR, foi a integração da pesquisa à prática acadêmica, o que dentro do contexto, acredita-se que possa se constituir em fonte geradora de conhecimento e mola propulsora para as mudanças necessárias à prática profissional, mudar comportamentos, frente às exigências prescritas pelo futuro.

Partimos da idéia de que o ensino não começa e nem termina na universidade. Portanto durante o curso deveremos aproveitar o máximo das experiências de cada um e ao final deixar claro para o aluno que a formação deverá ser contínua num mundo em constante mudança, se o aluno estiver motivado para “aprender”, continuará o seu aprendizado ao longo da vida, contemplando o trabalho e todas as realizações fora dele.

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise mostrou que a iniciação profissional é sempre um caminho de dificuldades, dúvidas e incertezas. Como afirma PERRENOUD (2001), a formação do profissional da enfermagem assemelha-se com a formação do professor, sendo ambas desafiadas pelo agir na urgência e decidir na incerteza.

Portanto, a formação, desses profissionais requer um trabalho integrado capaz de fornecer bons referenciais para o enfrentamento dos desafios colocados por uma sociedade em constante mudança. Superar a fragmentação do currículo de formação inicial é uma necessidade apontada pela análise dos dados.

Considerando-se, no universo da pesquisa, a idade da maioria dos recém-formados e quase a totalidade pertencer ao sexo feminino, esses fatores ocupam um lugar de destaque em uma sociedade regida por valores conservadores. O fato de muitos dos entrevistados destacarem o exercício de uma dupla ou tripla jornada aponta para uma desvalorização do trabalho e perdas salariais, apesar dos dados revelarem uma quase ausência de desemprego nessa área profissional. Isto também pode explicar, em parte, a baixa participação dos enfermeiros em atividades associativas, as dificuldades para a realização de cursos e a pouca expressão política da categoria.

Os dados revelaram também a predominância das funções administrativas sobre a assistencial e embora a área de saúde coletiva, tenha crescido muito nos últimos anos, verifica-se, que a maioria dos recém formados se dirige para o mercado hospitalar, confirmando os dados do IBGE (1999) os quais demonstram

que 68,8% dos enfermeiros brasileiros trabalham em Instituições de Saúde com intervenção (hospitalar). Em Curitiba, isto se explica também porque a contratação para a área de saúde coletiva depende de concurso público, sendo que o último ocorreu há 4 anos.

No que se refere à administração da unidade e diante das dificuldades, descritas pelos enfermeiros, observa-se a necessidade de se retomar aqui, algumas questões que permeiam a prática da enfermagem. Embora historicamente tenha surgido pela própria necessidade humana, a profissão afastou-se do seu objeto de trabalho: o cuidado direto ao cliente/paciente, dedicando-se, quase que exclusivamente para as questões relacionadas à administração da unidade, prestando um cuidado indireto, ou seja, o de gerir o cuidado que é prestado por outros. Esse fator tem sido considerado, como um dos grandes responsáveis, por uma prática fragmentada decorrente da divisão entre o saber e o fazer, onde, aquele que teoricamente domina o saber não cuida, e aquele que cuida, cuida mesmo sem saber.

Este talvez seja um dos aspectos mais contraditórios e conflitantes dentro da profissão e que tem sua origem ligada à própria história da enfermagem, pois, a partir do momento em que se instituiu o ensino formal na Enfermagem, se estabeleceu também, a divisão entre o trabalho manual e o intelectual.

Neste contexto, ALMEIDA (1989) quando se reporta à história da enfermagem no Brasil, afirma que o agravamento desta situação deu-se, principalmente, após as décadas de 50 e 60 quando “o ensino da enfermagem destinado às enfermeiras, estava voltado à formação de líderes em enfermagem, porque estas iriam, segundo o discurso vigente do pequeno número de egressos,

ocupar cargos de chefia nos serviços de saúde, treinamento e supervisão do pessoal auxiliar”. (ALMEIDA 1989, p.73).

A equipe de enfermagem é constituída por profissionais com diferentes níveis de escolaridade, que vai desde o nível superior onde se encontra o enfermeiro, até o nível primário com o atendente de enfermagem. Muitas iniciativas têm sido empreendidas, no sentido de delimitar as funções de cada integrante da equipe. Observa-se, entretanto, que a própria a Lei do Exercício Profissional não é muito clara, refletindo na prática a indefinição de funções. Sendo que mesmo as atividades descritas como privativas do enfermeiro, em sua maioria são executadas pelos outros componentes da equipe, cabendo ao enfermeiro apenas a supervisão destas atividades, e embora não as execute ele assume a responsabilidade pelos cuidados prestados.

Ficou evidente nesse estudo, que a maioria dos enfermeiros ao saírem da universidade, assumem cargos de chefia e liderança, embora não se sintam preparados para exercerem a função. Para a instituição empregadora torna-se muito mais econômico contratar pessoal de nível médio para prestar cuidados diretos ao paciente, do que contratar um profissional de nível superior.

Os avanços da medicina e da tecnologia sendo vertiginosamente incorporados aos hospitais nos últimos anos colaboraram, sobremaneira, para a perpetuação deste modelo, ficando o enfermeiro cada vez mais envolvido com as questões burocráticas e sem perceber cada vez mais afastado do seu objeto. Embora no dia a dia ele até se questione, não consegue mudar, pois a mudança de seu foco do trabalho também está relacionada às do contexto organizacional e político no qual está inserido. Estas questões são evidenciadas por LEOPARDI, (1994 p.52) quando se refere aos enfermeiros que:

... nostalgicamente, lançam seu olhar para um retorno à sua tarefa tradicional junto ao leito do enfermo, sem levar em conta a considerável mutação que ocorreu na sociedade industrial e, conseqüentemente, dentre os trabalhadores, com a emergência de novas atividades que, vem sendo assumidas historicamente diante das contingências (tal como ocorreu em relação à gerência dos serviços de saúde, que os enfermeiros acumulam) são portadoras de novas definições para esses novos trabalhadores.

Considerando-se os dados obtidos, bem como a evolução da enfermagem no Brasil, percebe-se a importância que vem se dando à Administração de Enfermagem, pois embora, hoje existam muitos movimentos dentro da profissão investindo no resgate do cuidado como a essência do trabalho do enfermeiro, não se pode negar o que está posto. Contudo, tanto na percepção dos enfermeiros recém formados, quanto das gerências e coordenações de enfermagem, a universidade hoje não vem conseguindo responder às estas necessidades da formação profissional.

Para que se possa compreender os motivos dessa problemática, torna-se imprescindível refletir sobre a formação inicial do profissional enfermeiro.

Analisando a evolução histórica dos currículos dos cursos de enfermagem, consta-se que em todos os tempos, a maior parte do curso, sempre esteve voltado para a assistência/cuidado. A disciplina e o estágio de administração quase sempre, eram ofertados apenas no final do curso, variando no que se refere à carga horária, e à forma de operacionalização dos conteúdos, constituindo-se, portanto, em controvérsia entre a escola e o mercado de trabalho.

REIBNITZ (1998 p.205) ao refletir sobre a formação do enfermeiro, ressalta que “existe uma indefinição sobre o tipo de profissional que deverá ser formado, o que leva à confusão de papéis e à insegurança no desempenho profissional”.

Ainda sobre a formação do profissional, a autora ainda afirma que “O ensino de enfermagem ainda é um sistema do tipo tutorial, processado em rotinas e

rigidamente controlado, tornando o profissional temeroso a inovações e levando-o a reproduzir o já estabelecido em sua prática”. (REIBNTIZ, 1998, p.207).

Esta afirmação leva à reflexão sobre as práticas desenvolvidas em nível universitário, pois se durante os quatro ou cinco anos do curso de graduação, os formadores conduzem e controlam todo o processo, não é de se estranhar que, ao terminar o curso ele se sinta literalmente perdido, pois, além de ter que caminhar sozinho, será responsável pela condução de outras pessoas que estarão sob sua orientação. Se ele não aprendeu isso durante o curso, como se exigir do formado que se transforme e passe a atuar segundo modelos teorizados e não vivenciados? Como afirmou um dos entrevistados, “ um dia a gente dorme acadêmico e no outro acorda enfermeiro” . A superação desse choque de realidade requer que a universidade repense seu projeto de formação, tornando transparentes seus princípios e as competências necessárias ao novo perfil profissional.

Os dados mostraram que atualmente o mercado exige novas competências, uma delas é o desempenho em auditoria. Ao mesmo tempo que anuncia um novo campo de trabalho, também coloca-se como desafio aos enfermeiros em exercício pelo fato de não possuírem as " ferramentas conceituais" para atender a nova demanda.

Um curso de formação universitária frente às rápidas mudanças contemporâneas não pode ser dimensionado a partir dos reclamos do mercado. Atender a todas as “novidades” do momento sugere um “contudismo exacerbado”. Como afirma MORIN (2001), mais vale uma cabeça bem feita do que uma cabeça cheia.

Historicamente, a enfermagem não tinha uma tradição de pesquisa em seus processos de formação, fato que pode ser constatado pela ausência de referência

nas falas dos entrevistados. Em se tratando de uma nova formação, considera-se que a pesquisa é um elemento-chave, na formação inicial, talvez o elo ausente capaz de gerar os referenciais mais significativos da formação frente a um mundo em constante transformação. Por favorecer a superação dos vários espaços fragmentários do curso de formação, quer seja articulando a teoria e a prática, a religação dos aspectos técnicos e humanísticos poderá propiciar uma formação generalista do profissional sem perder de vista sua dimensão específica. Por mobilizar conhecimentos e desenvolver habilidades de pensamento e ação contribui para a busca de soluções para os conflitos decorrentes do mundo profissional.

Em relação à dimensão ética, percebe-se que na formação do profissional do futuro, a universidade, deverá investir para que os alunos além de aprenderem a “conhecer” e a “fazer”, dimensões necessárias à competência técnica, precisará levá-los a aprender a “ser” e a “conviver” dimensões indispensáveis à competência humana. Para tanto necessita-se desenvolver a sensibilidade, o respeito à vida a capacidade para se comunicar, trabalhar em equipe, gerir e resolver conflitos que lhes permitam agir e intervir no sentido de conquistar a autonomia enquanto profissionais e cidadãos responsáveis pela construção de um mundo melhor.

Reibnitz ao discorrer sobre a importância da criatividade na enfermagem, afirma que: “há uma necessidade premente de modificar os comportamentos e acrescentar novas habilidades àquelas que já possuímos, a fim de responder com mais eficácia aos problemas que surgem e aos desafios”. (REIBINITZ, 1998, p.205). Esta afirmação pode ser completada com o pensamento de Delors quando afirma que: “À Educação cabe fornecer, de algum modo, os mapas de um mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele”. (DELORS et. al., 1999, p.89).

Estabelecer as relações entre os saberes necessários ao novo profissional de enfermagem é o maior desafio que a sociedade vem colocando para a universidade no início deste novo século.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo, a vida, a sociedade passam por um momento de grandes e rápidas transformações, traduzidas por mudanças nas formas de ver, pensar e sentir os problemas e à própria existência humana.

O desenvolvimento das ciências no século XX levou o homem a desvendar praticamente todos os mistérios que envolvem a vida, paradoxalmente, o desafio posto para o século XXI é justamente o de manter esta vida. Se por um lado, o desenvolvimento das ciências e da tecnologia, foram responsáveis pelas grandes descobertas que propiciaram melhoria das condições de vida, por outro, o mesmo desenvolvimento tem levado à destruição da vida, do homem e do planeta.

Pensar a formação de homens para enfrentar os problemas e as incertezas destes novos tempos, por certo é o desafio que hoje se impõe às universidades, pois acredita-se, que mais do que formar profissionais competentes, a universidade tem por missão formar cidadãos para pensar soluções para os problemas do homem e da humanidade, capazes de agir e interagir de forma ética, reflexiva e crítica.

Considerando-se a formação de profissionais para a área de saúde, faz-se necessário pensar em uma formação capaz de instrumentalizar os profissionais para cuidar do ser humano com competência e sensibilidade, capaz de lidar com a vida e com tudo ao que a ela se relaciona de forma ética e compromissada.

No que diz respeito à formação do enfermeiro, verifica-se que existe um descompasso entre o idealizado na universidade e a realidade do mundo do trabalho. Os dados obtidos neste estudo, permitiram visualizar o descontentamento

tanto por parte do enfermeiro recém formado, quanto por parte de quem contrata o profissional.

A universidade tem investido na formação de um profissional generalista, porém o mercado de trabalho demonstra a exigência por um profissional especialista, denotando que no trabalho em saúde, se mantém os princípios tayloristas/fordistas de organização, nem sempre visando o bem estar da população atendida.

O modelo taylorista/fordista se fundamenta no rompimento entre pensamento e ação, fato este evidenciado na formação do enfermeiro, quando se distingue as atividades intelectuais, das atividades manuais, separando-se o pensar do fazer, a teoria e da prática.

Pode-se perceber nas diferentes colocações, tanto dos enfermeiros recém-formados, quanto das gerências, coordenações de enfermagem que neste estudo representaram o mercado de trabalho, a visualização de outra das muitas contradições que persistem na profissão, enquanto a categoria vem se empenhando no resgate à função assistencial “o cuidado direto ao paciente”, tanto os enfermeiros quanto o mercado empregador, reforçam a importância dada às funções administrativas em detrimento das funções assistenciais.

Neste sentido também, percebe-se que em relação à assistência, a existência de uma preocupação muito mais direcionada para as técnicas e à utilização de tecnologia, como foi largamente destacado pelos participantes, principalmente quando teceram pesadas críticas à falta de conteúdos de UTI, Emergência dentre outras atividades altamente especializadas, não contempladas nos currículos vigentes do período em estudo, do que propriamente com a assistência integral do indivíduo.

A participação dos sujeitos deste estudo, trouxe uma importante contribuição da realidade social dos enfermeiros, revelando as suas dificuldades, evidenciando o direcionamento das escolas para um ensino com ênfase na técnica e no elenco de disciplinas estanques que reforçam o modelo biomédico, não propiciando condições para uma atuação diferenciada do profissional dentro da equipe, como seria de se esperar de um profissional de nível superior.

A história da enfermagem contada e desvelada principalmente nas últimas décadas, por alguns autores mais críticos, que se preocuparam não só em contar os fatos, mas principalmente em entender e explicar o que havia por trás deles, demonstra que a sua trajetória sofreu e sofre influências diretas dos movimentos e interesses sociais e políticos que marcaram a história da humanidade.

Quanto às origens da profissão no Brasil, observa-se que a enfermagem que aqui se desenvolveu, sofreu uma forte influência religiosa, deixando como herança o espírito de obediência, disciplina e submissão, que persistem, até os dias atuais imobilizando os enfermeiros.

Outro aspecto relevante a ser considerado na história da enfermagem brasileira, foi o fato de que a enfermagem que se estabelece a partir da Escola Anna Nery, e que se tornou referência para a maioria das escolas que se constituíram no Brasil, foi organizada a partir do modelo americano, tendo sido praticamente transplantado para o Brasil, sem se levar em conta a realidade política e social brasileira.

Esses dados revelam a necessidade de se repensar a formação, não com o objetivo de atender as exigências de mercado, mas principalmente de avançar em busca de uma formação capaz de agir sobre esta realidade, de forma a transformá-la. Para que a almejada transformação aconteça, as instituições formadoras

deverão procurar caminhos que guiem suas ações para a formação deste novo enfermeiro com vistas à produzir mudanças no contexto profissional e que possam se constituir em mudanças mais amplas no contexto da saúde.

Dentre os aspectos considerados importantes neste processo, acredita-se que durante a formação, esforços deverão ser empreendidos no sentido de que o profissional a ser formado tenha claro, as suas funções e responsabilidades, bem como esteja preparado para trabalhar com a diversidade a complexidade e a subjetividade dos aspectos que envolvem o mundo, a sociedade, o homem, a vida, a saúde, a doença e o cuidado.

Para dar conta da formação deste novo profissional, a escola precisará avançar no sentido de garantir a qualificação necessária do corpo docente, garantir a pesquisa, bem como manter um fórum de discussão permanente para que se possa, não só acompanhar as mudanças, mas para que a partir da universidade se possa desencadear as transformações necessárias, não só no interior da profissão, mas num âmbito maior que é a saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- BACKES, V. M. S. **Relação Estado, Sociedade e Educação**, In Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.
- BARROS, A. L. B. L. **Avaliação de Competências – Processo-Ensino Aprendizagem**. Anais do 5º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEN). ABEn/ABEn-Seção São Paulo, 2001.
- BEHRENS, M. A. **Formação Continuada dos professores e a prática pedagógica**. Curitiba, Paraná: Champagnat, 1996.
- _____. **O desafio da universidade frente ao novo século**. In Educação: Caminhos e Perspectivas. Curitiba: Champagnat, 1996.
- _____. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Curitiba, Paraná: Champagnat, 1999.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes 1999.
- BORGES, M. V. **A enfermagem e os serviços básicos de saúde**. Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Manaus, 2 a 7 de agosto de 1981.
- BUARQUE, C. **Na fronteira do futuro**. Brasília: Universidade de Brasília, 1989.
- _____. **A aventura da universidade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3ª ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1990.
- CAPRA, F.. **A teia da vida**. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1996.
- CIANCIARULLO, T. I. (organizadora) **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000
- COFEN. **Lei n.º 7498 de 25 de junho de 1986**. Regulamentação do Exercício da Enfermagem: Rio de Janeiro.
- DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 4.ed. São Paulo: Cortez.
- _____, **Saber pensar**. 2.ed.- São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, 2001.
- FERNANDES, J. D. **A enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã**. Rev.Bras. de Enf. Brasília, 38, jan./mar. 1985.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GEOVANINI, T. **História da Enfermagem**: Versões e Interpretações. Cap.1 O Desenvolvimento Histórico das Práticas de Saúde. Rio de Janeiro: RevinteR, 1995.

GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

GELAIN, I. **Deontologia e enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.

GISI, M.L.; ZAINKO M.A. S. **Universidade e Construção do Projeto Político-Pedagógico dos Cursos**. In Educação em Enfermagem. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

IBGE. **Estatísticas da Saúde**: assistência médica sanitária. Tabulações especiais. Brasília. MS: Datasus.1999.

IDE. M.C.C. **A Coordenação do Processo de Cuidar**. In:Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu, 2001.

KUENZER, A. Z. **As políticas de formação**: A constituição da identidade do professor sobrando. Rev.Educação & Sociedade,Campinas, n.68, ano XX, dez.1999, pp.p.163-182.

LEOPARDI, M. T. et al. **Tendências de Enfermagem no Brasil** – tecnologias do cuidado e valor da vida. Congresso Brasileiro de Enfermagem (mimeo) – ABEn Florianópolis, Santa Catarina, 03-07/09/99.

_____. **Entre a Moral e a Técnica**: Ambigüidades dos Cuidados de Enfermagem. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1994

_____. **Teorias em Enfermagem** – instrumentos para a prática. Florianópolis: Ed. PAPA-Livros, 1999.

LUNARDI, V.L.; BORBA, M.R. **O pensar e o fazer da prática pedagógica**: A busca de uma nova enfermeira. In Educação em Enfermagem. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

MAGALHÃES, L. M.T; IDE, M.C.C. **O Ensino Superior em Enfermagem e o Desafio da Mudança**: Os Referenciais de um Novo Processo de Formação. In. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu, 2001.

MARTINS, R. de C. T. **A inserção do recém-formado no mundo do trabalho**: os significados dessa experiência na enfermagem. São Paulo: USP, 1999. Tese (doutorado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MENDES, D. C. **Assistência de Enfermagem & Administração de Serviços de Enfermagem**: a ambigüidade funcional do enfermeiro. Rev.Bras.de Enf., Brasília, n.38 p.257-265. jul./dez.1985.

MEYER, D. E. et. al. **Marcas da Diversidade**: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MORIN, E. **Os sete saberes à educação do futuro**. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF, 2001

_____, **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. trad. Eloá Jacobina. 4ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MUNHOZ, S. **Participação em custos fortalece Enfermagem**. Rev.Nursing, n.51.p.5/6. São Paulo.

NAKAMAE, D. D. **Novos caminhos da Enfermagem**: por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo: Cortez, 1987.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; Ribeirão Preto: ABEN- CEPEN, 1989.

PAIM, R. **Um paradigma para a enfermagem**: Teoria sistêmico-ecológica. Rio de Janeiro, CBD, 1991.

PERRENOUD, P. **Ensinar**: agir na urgência, decidir na incerteza. Trad.Claudia Schilling. Porto Alegre: Artmed, 2001.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ. **Projeto pedagógico curso de enfermagem**. Curitiba: 2000 (mimeo)

_____, **Diretrizes para o ensino de graduação**: Projeto pedagógico. Curitiba: Champagnat, 2000.

PÜSCHEL, V .A. A; IDE, M.C.C. **A Enfermagem e o Futuro**: As Representações que Conformam um Novo Esboço da Profissão In: Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu, 2001.

REIBNITZ, K.S. **Enfermagem: Espaço Curricular e Processo Criativo** In.Educação em Enfermagem. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

RIZZOTTO, M.L.F. **História da Enfermagem e sua relação com a Saúde Pública**. Goiânia: AB, 1999.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1963.

RODRIGUES, R. M. **Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho**.Rev.Latino-Americana de Enfermagem. V.9, n.6, p.76-82, nov./dez.2001 - Ribeirão Preto-SP

SAPETA, P. **O doente terminal e a família**. Rev.Técnica de Enfermagem n.117, p 28-31-1997. Portugal.

SAUPE, R. **Ação e Reflexão na Formação do Enfermeiro através dos Tempos**. In: _____. Educação em Enfermagem. Florianópolis. Editora da UFSC.1998.

SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional**: Análise Crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, S. C. da. **A visão da Enfermagem frente a novos paradigmas** – Reflexão Teórica. Rev.Nursing, Revista Técnica de Enfermagem n. 13, p. 17 – 1999.

TREVIZAN, M. A. **Liderança do enfermeiro**: o ideal e o real no contexto hospitalar. São Paulo: Sarvier, 1993.

VEIGA, I. P. A ; CASTANHO, M.E.L.M. **Pedagogia Universitária**: a aula em foco. Campinas, SP: Papyrus 1998.

Solicitação de autorização para entrada no campo

Curitiba,.....de.....2002.

Sou enfermeira, professora da PUCPR, atualmente estou cursando o Mestrado em Educação na mesma Universidade. Neste momento estou realizando uma pesquisa de campo, a qual tem por objetivo levantar junto aos enfermeiros formados nos últimos 5 anos as principais dificuldades encontradas no início do exercício profissional e que possam estar relacionadas com a formação na Universidade, foco da minha dissertação.

Informo que serão respeitados os princípios éticos, sendo que nos comprometemos em não identificar as pessoas nem as instituições, estes dados serão de conhecimento exclusivo da pesquisadora.

A pesquisa é voluntária, ficando o (a) enfermeiro (a) livre para participar ou não da mesma.

A segunda parte da pesquisa, envolve uma entrevista com a gerência e ou coordenação de enfermagem, com a finalidade de conhecer a sua percepção sobre o recém formado no mercado de trabalho.

Solicito autorização para ter acesso aos colegas enfermeiros e entregar um questionário composto por questões fechadas e abertas sobre o acima exposto, e, se possível agendar um horário com a gerência e ou coordenação de enfermagem para a realização da entrevista.

Para maiores informações e esclarecimentos, nos colocamos à sua disposição pelo telefone: por email: rotília@bol.com.br.

Enf.^a Ana Rotília Erzinger

Apresentação

Prezado (a) colega

Sou Enfermeira, professora da PUCPR, estou cursando o Mestrado em Educação. Este instrumento faz parte da minha pesquisa de campo e será de extrema importância para a análise dos dados.

Sua participação se resumirá em preencher o instrumento de coleta de dados, do qual constam questões abertas e fechadas.

Informamos que em hipótese alguma o nome do participante ou da instituição a qual pertence será identificado, estes dados serão apenas de conhecimento da pesquisadora, a qual nada revelará por questões éticas, conforme Resolução 196/96.

O convidado é livre para participar ou não da pesquisa.

Desde já agradeço e me coloco à disposição para possíveis, dúvidas, sugestões pelo telefone.....ou por email: rotilia@bol.com.br.

Ana Rotilia Erzinger

Termo de consentimento

Eu _____ RG Nº _____

Declaro ter sido informado(a) a respeito da pesquisa e concordo espontaneamente em participar da mesma, preenchendo e devolvendo o Instrumento de Coleta de Dados anexo a este.

Curitiba, _____.

assinatura

ANEXO 4

Instrumento de coleta de dados

Nome(iniciais)_____

Formação universitária PUCPR UFPR UTP OUTRAS_____**Tempo de conclusão do curso** Menos de 1 ano 2 anos a 2 anos d 11 meses
 1 ano e 1 ano a 11 meses 3 anos a 5 anos**Tempo decorrido entre a formatura e o início do exercício profissional** Imediatamente após a conclusão do curso.
 até seis meses após.
 de seis meses a 1 ano.
 mais de 1 ano.**Local de trabalho atual**_____**Tipo de Empresa** Pública Privada**É o primeiro emprego?** Sim Não**Tempo de trabalho no atual emprego** Menos de 1 ano. 2 anos a 2 anos e 11 meses.
 1 ano a 1 ano e 11 meses. 3 anos a 5 anos.**Função que exerce** Enfermeiro assistencial. Chefia de serviço.
 Chefia de unidade. Docência.

Outras_____

Tempo de trabalho na função de Enfermeiro Menos de 1 ano 1 a 2 anos 3 a 4 anos 5 anos**Possui Pós Graduação?** Sim Não**Se a resposta for afirmativa, informe a área**_____**Quando você ingressou no Curso de Graduação você já trabalhava na área de Enfermagem?** Não Sim Auxiliar de Enfermagem Técnico em Enfermagem.

Você considera a iniciação profissional antes do término da graduação como um elemento:

Facilitador

Dificultador

Na sua opinião, o curso de graduação o preparou para o desempenho das atividades profissionais exigidas pelo mercado de trabalho?

Sim

Não

Quais as principais dificuldades que você encontrou no início da sua atividade profissional?

Considerando a formação recebida na Universidade, quais os pontos fortes que você poderia destacar?

Quais os pontos fracos?

Quais os aspectos que você considera importantes e que não foram contemplados em sua formação?

Hoje, com a experiência obtida na profissão, que sugestões você daria para a Universidade enquanto Instituição formadora de Enfermeiros?

