

LÍDIA DALGALLO ZARPELLON

**A PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL
ENFERMEIRO PARA ATUAR EM SAÚDE PÚBLICA**

**MESTRADO EM EDUCAÇÃO
PUCPR**

CURITIBA

2006

LÍDIA DALGALLO ZARPELLON

**A PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL
ENFERMEIRO PARA ATUAR EM SAÚDE PÚBLICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação no Programa de Pós-Graduação em Educação, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Joana Paulin Romanowski

CURITIBA

2006



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Teologia e Ciências Humanas

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE DISSERTAÇÃO N.º 406
DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

Lídia Dalgallo Zarpellon

Aos quatro dias do mês de julho do ano de dois mil e seis, reuniu-se no Auditório Thomas Morus - 2.º andar, do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, a Banca Examinadora constituída pelos professores: Prof.ª Dr.ª Joana Paulin Romanowski, Prof.ª Dr.ª Iolanda Bueno de Camargo Cortelazzo e Prof.ª Dr.ª Maria Lourdes Gisi para examinar a Dissertação da candidata Lídia Dalgallo Zarpellon, ano de ingresso 2005, do Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado, Linha de Pesquisa Teoria e Prática Pedagógica na Formação de Professores. A mestranda apresentou a dissertação intitulada “A PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA ATUAR EM SAÚDE PÚBLICA”, que, após a defesa foi aprovada pela Banca Examinadora. A sessão encerrou-se às 12h:40min. Para constar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Observações: a banca recomenda a divulgação da pesquisa em forma de artigos e palestras e dar continuidade ao estudo.

Presidente:

Prof.ª Dr.ª Joana Paulin Romanowski

Convidado Externo:

Prof.ª Dr.ª Iolanda Bueno de Camargo Cortelazzo

Convidado Interno:

Prof.ª Dr.ª Maria Lourdes Gisi

Prof.ª Dr.ª Marilda Aparecida Behrens

Diretora do Programa de Pós-Graduação em Educação
PPGE/PUCPR

*Dedico este trabalho ao meu esposo **Luiz Carlos**, que me apoiou nesta caminhada, me incentivando e acreditando incansavelmente em minha capacidade de buscar o melhor e aos meus filhos, **André Luiz e Vinícius Henrique**, pelas minhas ausências como mãe, mas que sempre souberam entender a necessidade de ir à busca de novos conhecimentos.*

AGRADECIMENTOS

À **Prof.^a Dr.^a Joana Paulin Romanowski**, minha orientadora, pela força que me deu, ao mostrar que eu era capaz de conseguir o que parecia intransponível e me fez perceber que quando se quer aprender, o estresse e a impaciência são inúteis na caminhada.

As **Professoras: Dr.^a Iolanda Bueno de Camargo Cortelazzo e Dr.^a Maria Lourdes Gisi**, pela participação na Banca Examinadora e pelas ricas contribuições ao meu trabalho.

As minhas amigas de Mestrado, **Maria Dagmar da Rocha Gaspar e Marlene H. Zimermann**, agradeço os ensinamentos com os quais abriremos horizontes, rumo à satisfação plena de nossos ideais profissionais e humanos.

Aos **Docentes do Departamento de Biologia Geral**, em especial, aos do **Colegiado de Enfermagem** pelo incentivo recebido e confiança depositada.

Aos **professores e acadêmicos** que participaram dessa pesquisa, pelas valiosas contribuições.

Aos **meus colegas de trabalho**, que direta ou indiretamente colaboraram para que este sonho se tornasse realidade.

O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

FERNANDO PESSOA

RESUMO

Esta pesquisa propõe como tema de estudo a prática pedagógica na formação do profissional enfermeiro para atuar na Saúde Pública. A questão norteadora da investigação direciona-se para como os acadêmicos e professores do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) percebem a formação para atuar em Saúde Pública? O objetivo da investigação é analisar a prática pedagógica na percepção dos acadêmicos e professores do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa quanto a conhecimentos para atuar em Saúde Pública. Tendo em vista a natureza do objeto em estudo, abordagem metodológica é a pesquisa qualitativa. Utilizou-se o grupo focal, entrevista semi-estruturada e a análise documental. As questões direcionadoras deste levantamento junto aos acadêmicos e professores procuram examinar a prática pedagógica realizada no referido curso. Foi feito um levantamento bibliográfico sobre a formação deste profissional, considerando as políticas de saúde, no Brasil. As questões direcionadoras no grupo focal focalizaram os aspectos da prática pedagógica vivenciada pelos acadêmicos e professores no decorrer do curso. Para analisar as falas, foram escolhidas as análises de conteúdo de Bardin, os referências em Saúde Pública de Rizzotto, Mendes e quanto à prática pedagógica os estudos realizados por Cunha, Bordenave e Berbel. Pôde-se inferir que a prática pedagógica realizada valoriza a contextualização dos conhecimentos trabalhados no curso de enfermagem procurando o que fazer para integrar a comunidade, e que há um forte direcionamento das ações do enfermeiro para a assistência de enfermagem ao paciente. A pesquisa revelou que este parece ser o desafio para a enfermagem na Saúde Pública: a (re) construção da prática assistencial de modo a contribuir para a integralização da assistência à saúde. Ainda, as falas sugerem que os conhecimentos de Saúde Pública na formação do enfermeiro podem desenvolver sua capacidade de gerenciar, de compreender a realidade de sua organização e de exercer um processo de gerenciamento voltado para as expectativas da comunidade.

Palavras-chave: Formação Profissional, Saúde Pública, Políticas de Saúde, Ensino de Enfermagem.

ABSTRACT

This research shows the study of the pedagogical practice of Nurse in formation to work in the Public Health. The main question of this research is focused in how the students and teachers of nursing graduation course of the Ponta Grossa State University (UEPG) perceive the formation to act in Public Health? The main purpose of this investigation is to analyse the perception of teachers and students of Nursing Graduation Course of Ponta Grossa State University about the pedagogical practice and verify their knowledge to work in the Public Health. The nature of this study claims to qualitative research approach. Focused group, half-structuralized interview and documents analysis were required. The guided questions of this survey in relation to students and professors try to examine the pedagogical practice perceived in the related course. A bibliographical survey on the formation of this professional was made, considering the health policies in Brazil. The guided questions in the focalized group brought aspects of the pedagogical practice lived deeply by the students and professors in the course. To analyse the speeches, the Bardin content analysis was chosen, the references about Rizzotto Public Health, Mendes and considering the pedagogical practice the studies about Cunha, Bordenave and Berbel. The research showed that the content contextualization is prized in the pedagogical practice of nursing course and it can integrate the community and that there is a strong action direction to work in nursing assistance to the patient. The research showed that the challenge for Nursing in Public Health has been: the (re)construction of the assistant practice in order to contribute for the health assistance integration. The speeches also suggest that the Public Health knowledge in nursing formation can develop the capacity to manage, understand the reality of its organization and to practice a management process directed toward the community expectations.

Key-words: Professional formation, Public Health, Health policies, Nursing Teaching.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1. OFERTA DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM POR REGIÃO GEOGRÁFICA, 1991 – 2004.....	60
TABELA – 2 OFERTA DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA, 1991 – 2004	61
TABELA 3 - CARGA HORÁRIA DAS DISCIPLINAS.....	87
GRÁFICO 1 – DIVISÃO DA CARGA HORÁRIA.....	88
TABELA 4 - DISCIPLINAS DE FORMAÇÃO BÁSICA GERAL	89
GRÁFICO 2 – FORMAÇÃO BÁSICA	90
TABELA 5 - DISCIPLINAS DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA PROFISSIONAL.....	91
GRÁFICO 3 – FORMAÇÃO ESPECÍFICA PROFISSIONAL.....	92
TABELA 6 - DISCIPLINAS DE DIVERSIFICAÇÃO OU APROFUNDAMENTO	93
GRÁFICO 4 – DISCIPLINAS DE DIVERSIFICAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO	94
FIGURA 1 – ARCO DE MAGUREZ.....	114
FIGURA 2 – EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA.....	115

LISTA DE SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

ANPED – Associação Nacional de Pós-graduação.

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CES – Centro de Ensino Superior

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COFEM – Conselho Federal de Enfermagem

CONASP – Conselho Administrativo da Saúde Previdenciária

DEAES – Diretrizes de Avaliação do Ensino Superior

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IES – Instituições de Ensino Superior

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

MEC – Ministério de Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

NESCO – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PP – Projeto Pedagógico

PSF – Programa da Saúde da Família

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENADens – Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem

SUS – Sistema Único de Saúde

UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA E DA ENFERMAGEM NO MUNDO.....	19
2.1 A ENFERMAGEM E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	28
2.2 SUS - MUDANÇAS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE	41
3. A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR	47
3.1 TENDÊNCIAS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL	59
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	63
4.1 CONSTITUIÇÃO E DESENVOLVIMENTO NA COLETA DOS DADOS PARA O GRUPO FOCAL	66
4.2 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	70
4.2.1 LIMITAÇÕES DO MÉTODO.....	73
5 A PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO	74
5.1 A FORMAÇÃO NO CURSO DE ENFERMAGEM; ÊNFASE NO PROJETO PEDAGÓGICO.....	75
5.2 OS CONHECIMENTOS INDICADOS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA ATUAR EM SAÚDE PÚBLICA.....	83
5.3 A RELAÇÃO TEORIA E PRÁTICA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	100
5.4 A AÇÃO DO DOCENTE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA SAÚDE PÚBLICA	110
5.5 A AÇÃO DO ENFERMEIRO E SUAS RELAÇÕES COM A PREVENÇÃO NUMA ABORDAGEM DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS	136

REFERÊNCIAS.....	140
ANEXOS 1 – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	150
ANEXOS 2 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	152
ANEXO 3 – TERMO LIVRE ESCLARECIDO (ACADÊMICOS E DOCENTES)	154
ANEXO 4 - LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL E REGULAMENTAÇÃO DA LEI Nº. 7.498/86	157
ANEXO 5 – DIRETRIZES CURRÍCULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	164
APÊNDICE 1 – PERGUNTAS NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL.....	169
APÊNDICE 2 – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	171
APÊNDICE 3 – ANÁLISE DOCUMENTAL.....	173
APÊNDICE 4 – PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL.....	175
APÊNDICE 5 - CONVITE	177

1 INTRODUÇÃO

O tema da presente dissertação delineou-se no cotidiano da minha vivência profissional, na busca de uma reflexão crítica sobre a docência na área de saúde no Curso de Graduação em Enfermagem. Essa experiência foi motivadora dessa pesquisa, ela salienta as possíveis contribuições da prática pedagógica, no envolvimento da formação do futuro enfermeiro para atuar em Saúde Pública. Ou seja, quais conhecimentos sobre Saúde Pública são enfatizados na prática pedagógica, para que o enfermeiro tenha uma formação que lhe permita atuar na citada área.

A necessidade e não a casualidade move esta construção de conhecimento. Seu marco inicial pode ser recuperado se retrocedermos quase duas décadas de minha formação acadêmica e carreira profissional.

Desde as primeiras aspirações, tão logo egressa de uma escola considerada competente na capacitação dos alunos para o exercício da enfermagem e, que, portanto, instrumentava seus futuros egressos para aplicarem na prática os conhecimentos teórico-práticos adquiridos em salas de aula e nos campos de estágio, percebeu-se a dificuldade em se trabalhar na Saúde Pública.

Minha atividade profissional na docência, iniciou-se em 1987, no Curso de Auxiliar de Enfermagem, no SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, o qual corresponde ao nível médio de formação profissionalizante, em que como docente desta Instituição ministrei aulas das disciplinas de Introdução a Enfermagem e Saúde Pública, aulas teóricas, aulas práticas e supervisão em campo de estágio. As dificuldades foram muitas, porém não desisti. Muitas horas foram dedicadas a leituras e preparo das aulas. Esta experiência foi de grande importância na minha profissão, pois me proporcionou atuar no exercício da docência, bem como na assistência direta aos pacientes principalmente em saúde pública.

Em 1989, prestei Concurso Público no Município de Ponta Grossa, e fui aprovada no cargo de Enfermeira para atuar na assistência a comunidade em

Unidades de Saúde¹. Em 1990, fui convidada a assumir a Chefia de Enfermagem², com atividades assistenciais e administrativas. O Município apresentava carência do profissional enfermeiro, sendo assim participei de várias Bancas Examinadoras de Concurso Público para a admissão e contratação de enfermeiros. Durante esta experiência, pude observar que os enfermeiros recém formados apresentavam grandes dificuldades na assistência de enfermagem³ em Saúde Pública, percebendo-se que a maioria deles, ainda, opta por atuar no âmbito hospitalar.

No ano de 2001, pela experiência adquirida em Saúde Pública fui convidada pela Coordenação do Departamento de Biologia Geral, da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), para participar da comissão de elaboração do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem, e foi com satisfação que fiz parte da equipe que traçou os primeiros passos para a concretização do ensino em enfermagem numa Instituição Pública no Município de Ponta Grossa.

Toda a comissão envolvida tinha percepção do despreparo do enfermeiro recém formado para atuar em saúde pública, pois anteriormente o enfoque na formação era direcionado ao cuidado curativo. Assim, o curso desde seu início foi pensado e organizado com ênfase na formação do aluno para a saúde pública. O Curso foi criado pela Resolução N^o2, no dia 05 de dezembro de 2001, com previsão de início da 1^a turma em março de 2002.

Em fevereiro de 2002, a UEPG, realizou um teste seletivo para contratar professores colaboradores, com formação em enfermagem, para atuar como docente no curso recém criado. Diante desta oportunidade não exitei em tentar a vaga, pois tinha clareza da inexperiência obtida ao longo dos 12 anos de atuação como docente na área de ensino médio profissionalizante “Auxiliar e

¹ - Unidade de Saúde – É um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médico-sanitária a uma população em área geográfica definida, sem internação de pacientes, podendo, como atividade complementar, prestar assistência médica.

² - Chefia de Enfermagem – Função de responsabilidade pela equipe de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa.

³ - Assistência de Enfermagem – Podemos conceituar como um conjunto de ações de natureza diversa que se articulam e se complementam entre si, na consecução da finalidade do trabalho em saúde. A garantia do cumprimento desta finalidade requer a continuidade e a oportunidade dessa assistência.

Técnico de Enfermagem”⁴, os quais trouxeram conhecimentos e subsídios para que pudesse ser aprovada.

Desta forma, iniciei as atividades na Docência do Ensino Superior deste curso, venho acompanhando o processo de formação dos acadêmicos em enfermagem, desde seu início, em março de 2002 até a conclusão da 1ª. Turma, em dezembro de 2005.

O processo de formação desta 1ª turma de enfermagem, é que me levou a buscar novos conhecimentos, motivo pelo qual iniciei o Mestrado em Educação na Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Um dos focos abordados nesta pesquisa é a ação docente no processo de formação do profissional enfermeiro para atuar na saúde pública.

Veiga (1996, p.111) aponta para a formação do enfermeiro como um profissional reflexivo que busca do caminho da teoria o da prática e empreende esforços na busca de um ideal maior, que compartilha com os pares as conquistas, os desafios, os acertos e os desacertos.

O caminho proposto por Veiga, aponta a necessidade da reflexão, como modelo de formação, no âmbito individual e coletivo, visando intervenções que se tornam possíveis, tanto a nível teórico como prático, um novo modo de olhar para a saúde pública, perceber e atuar no processo de formação do profissional enfermeiro. Levando-se em conta essas afirmações, levantaram-se as seguintes questões:

Os acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa consideram que estão sendo formados para atuar em saúde pública? Qual a concepção de Saúde Pública que é priorizada pelos docentes na formação dos futuros enfermeiros?

Durante a atuação pedagógica no processo de formação do enfermeiro, percebi como é decisiva a atuação do docente na formação inicial do profissional de enfermagem enquanto acadêmico, para a construção de

⁴ - “Auxiliar e Técnico de Enfermagem” – Profissionais de nível médio integrantes da equipe de enfermagem, sob supervisão do Enfermeiro.

conhecimentos, que venham ao encontro para garantir um profissional com uma ação crítico-reflexiva na assistência em saúde pública.

É neste sentido e sob essa ótica que a presente pesquisa delimitou como objeto de estudo “A Prática Pedagógica na Formação do Profissional Enfermeiro para atuar em Saúde Pública”, objetivando analisar a prática pedagógica na percepção dos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa quanto a conhecimentos para atuar em saúde pública, já que a proposta do Projeto Pedagógico (PP) do curso tem como perfil do egresso o delineamento com ênfase na formação em Saúde Pública.

Ainda investigar a concepção em saúde pública, junto aos acadêmicos e professores do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPG. Além disso, examinar o processo de formação dos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, suas tendências e perspectivas em saúde pública e também analisar se o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPG contempla os conhecimentos em saúde pública.

Para que esta pretensão fosse alcançada, desenvolveu-se a pesquisa da seguinte maneira: Solicitou-se à Universidade Estadual de Ponta Grossa, a autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa (Anexo 1), que foi enviado para análise e aprovação do comitê de ética de Pesquisa da Universidade Pontifícia Católica do Paraná - PUCPR.

Objetivando melhor clareza na exposição das reflexões teóricas e análises de dados levantados elencaram-se cinco categorias que norteiam a análise:

- A formação no curso de enfermagem; ênfase do projeto pedagógico.
- Os conhecimentos indicados na formação do profissional enfermeiro para atuar em saúde pública.
- A relação teoria e prática no processo de formação do enfermeiro.
- A ação do professor na formação do enfermeiro para Saúde Pública.
- A ação do enfermeiro e suas relações com a prevenção numa abordagem das políticas de saúde.

No segundo capítulo busca-se sistematizar sob a forma de síntese, os principais acontecimentos na trajetória da Saúde Pública e da Enfermagem no mundo e no Brasil.

Levando em conta que o sistema de saúde pública se relaciona com atitudes preventivas e educativas, procurou-se desenvolver na seqüência da pesquisa uma reflexão da Enfermagem no contexto da Educação Superior.

Na quarta parte, trata-se dos procedimentos metodológicos que incluem o conceito de pesquisa qualitativa, a explanação sobre trabalho desenvolvido no grupo focal (Apêndice 1) e a entrevista semi-estruturada (Apêndice 2) além da análise documental (Apêndice 3) e tratamento e análise dos dados obtidos.

Ainda seguindo as concepções educacionais, o quinto capítulo analisa, a partir dos dados obtidos junto aos sujeitos pesquisados, a ação docente no processo de formação do enfermeiro.

Está constituído pela investigação e análise dos dados teórico-práticos arrolados nesta dissertação que em sua diversidade e recorrência ampliam e aprofundam o presente estudo, considerando-se que a análise realizada dos registros dos docentes e acadêmicos, identifica e situam os procedimentos dos envolvidos na pesquisa frente ao curso de enfermagem.

2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA E DA ENFERMAGEM NO MUNDO

Esta pesquisa é fundamentada nos pressupostos teóricos da origem da Saúde Pública⁵ no mundo bem como na história da enfermagem⁶ os quais são de suma importância para que a partir deste se possa compreender como estes processos ocorreram e estão ocorrendo no Brasil. Será focado o saber em saúde pública com ênfase na formação do profissional enfermeiro⁷.

O estudo da saúde/doença iniciou muito cedo quando ainda no século V a.C., Hipócrates decidiu estudar separadamente os males físicos dos psicológicos e com isso buscar observar, entender e dar respostas aos males físicos.

O feudalismo tem início por volta do século IV. Neste período, as ações de saúde eram predominantemente práticas, caseiras ou populares. Não foram encontradas referências pelos historiadores sobre a enfermagem no período. Por analogia, pode-se dizer que a mulher, a mãe, encarregava-se das práticas de

⁵ - Saúde Pública - Compreendida como prática de saúde preventiva e de atenção primária, realizadas fora do campo hospitalar e vinculadas ao Estado Federal, Estadual e Municipal. (RIZZOTTO, 1999 - p. 1).

⁶ Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde. Há cinquenta anos aproximadamente a enfermagem vem revisando seu conhecimento e prática, reconstruindo muitas teorias e modelos de intervenção. Em que pesem as diferenças decorrentes do contexto e clientela para os quais foram propostas, todas as modalidades de assistência referem-se ao ambiente e seu impacto no ser humano, ao receptor do cuidado, isto é, o indivíduo, os grupos, a família e à definição de saúde em que se pauta. A enfermagem é descrita como um processo que pode integrar a relação entre estes componentes. (ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y.1986, p.23).

⁷ - Enfermeiro – Nesta pesquisa far-se-á uso do termo enfermeiro, gênero masculino, por opção própria tendo em vista a profissão ser exercida por homens e mulheres com predomínio destas em relação ao número de enfermeiros atualmente no Brasil.

enfermagem no lar. As mulheres mais experimentadas realizavam os cuidados no parto e das crianças. As cirurgias eram praticadas por aqueles que melhor manejassem os instrumentos.

A ignorância era fator comum. O mais importante era manter os preparativos para as guerras presentes ou futuras. Só nos mosteiros, os monges dedicavam-se aos estudos. Eram considerados como depositários e preservadores do conhecimento e da memória, desenvolvendo crenças nos poderes miraculosos das relíquias, dos amuletos, da água-benta, dos santos-óleos, das esconjurações e do exorcismo.

As regras dos mosteiros e conventos exigiam a prática da caridade e da hospitalidade, sendo o cuidado dos enfermos uma das primeiras tarefas que o cristianismo propôs. Os doentes eram hospedados nos conventos ou recebiam a visita dos monges em suas residências.

O trabalho com os enfermos, e as atividades específicas dos mosteiros, porém, acumulavam-se, sendo então instituídos os diáconos e as diaconisas, entre as atribuições estaria à assistência aos pobres, aos desvalidos e aos doentes.

Nesse período, os conhecimentos eram transmitidos de maneira informal, no contexto da vivência das práticas de saúde, sendo que algumas informações eram transmitidas ao povo.

Segundo Figueiredo (2003, p. 23) no mundo romano, o advento do cristianismo reforçou as idéias de bondade, caridade e cuidado aos semelhantes. Não havia um serviço de enfermagem sistematizado. O trabalho dos leigos se fazia de forma empírica e intuitiva, uma vez que a própria concepção da doença era mística.

A ascensão das idéias do Renascimento, nos séculos XVI e XVII, trouxe consigo o declínio da escolástica⁸ e da visão feudal de mundo, valorização e, mais tarde, a hipervalorização da razão e das ciências experimentais. Nascia a educação realista, a Época das Luzes e o longo e interminável tempo de desprezo

⁸ - Escolástica – Filosofia fundamentada em Aristóteles e São Tomás de Aquino, seguida oficialmente pela Igreja Católica. (BUENO, F. da S. Minidicionário da Língua Portuguesa, Ed. rev. e atual. por Helena Bonito C. Pereira, Rena Signer. São Paulo: FTD: LISA, 1996, p. 257)

pela fé, pela religião, pela filosofia e especialmente, pela metafísica. A ascensão das ciências experimentais, quanto ao cientista da física e da matemática, estava em relação direta com a decadência, desmoralização e retirada da filosofia e da escolástica clérica.

O Renascimento, porém não alterou significativamente os conceitos que as classes superiores tinham sobre as classes menos favorecidas. Evidencia-se a elitização do ensino: a alta burguesia freqüentava as universidades e a pequena burguesia procurava as escolas primárias. O camponês continua analfabeto.

Algumas medidas contribuíram para o reflorestamento do Ocidente, como a oficialização da língua latina, a tradução das obras hipocráticas, as determinações dos concílios para que cada bispo se empenhasse em fundar escolas e, no caso da saúde, as Regras de São Bento, estabelecendo o dever de prestação de cuidados aos enfermos:

Para esses irmãos doentes haja uma cela própria e também um servidor temente a Deus, prestimoso e atento. Os doentes poderão tomar banho sempre que preciso, porém aos que estão com boa saúde e principalmente aos jovens sejam concedidos com menor freqüência. Também seja permitido comer carne aos doentes mais enfraquecidos, para que se restabeleçam. Logo, porém, que tiverem melhorado, abstenham-se de carne como todos os outros, conforme o uso comum. (PENIDO, 1993, p. 68)

Paixão (1979, p. 32) se reporta a história e, relata que neste período surge o trabalho das abadessas, que eram senhoras da nobreza que se dedicavam ao cuidado aos enfermos, destacando-se Santa Radigunda, no século VI, que abandonou o trono da França e fundou um convento especialmente dedicado ao tratamento dos leprosos. No conselho de Towra, em 1163, o edito papal proibia a prática cirúrgica pelo clero.

As práticas da enfermagem, no Renascimento, careciam de conhecimento teórico que fundamentassem suas atividades, que eram meramente manuais e sem autonomia.

Rosen (1994, p. 31) afirma que:

Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade (...) o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida puras, em volume suficiente, a assistência médica, e o alívio da incapacidade e do desamparo (...). E de sua inter-relação se originou a Saúde Pública como a conhecemos hoje.

Para entender-se a história da saúde pública durante o período de transformação iniciado com a Renascença é preciso examinar suas duas faces, a teoria e a prática. Porém, apesar dos conhecimentos avançarem nesta época às práticas pouco acompanhou as teorias. Não obstante este conhecimento acumulou-se e mais tarde deu base à moderna Saúde Pública.

Nesse período, as instituições femininas distinguiam-se pelo cuidado dos enfermos. Destas, destaca-se o Instituto das Diaconisas de Kaisersweth, na Alemanha, e a Confraria das Filhas de Caridade de São Vicente de Paulo, na França. Nestas instituições, não era realizado o ensino sistematizado de enfermagem e, sim, um treinamento das jovens que tinham optado para uma vida de convento, tornando-as eficientes nas artes da enfermagem. O treinamento era essencialmente prático, e desenvolvido nos orfanatos, residências e nos primeiros hospitais. O modelo era “mestre-aprendiz”, ou seja, reprodução de conhecimento de acordo com o modelo. A preocupação estava voltada para a manutenção e o aprimoramento moral, o estímulo às virtudes, a imposição da disciplina, a pobreza, a caridade e o espírito de sacrifício.

Com os grupos religiosos a enfermagem apresentava-se como atividade e não como profissão. Assim, como as pessoas integrantes do grupo dedicado às tarefas de enfermagem, as práticas, igualmente, estavam impregnadas de valores místicos. Sua tônica era o apostolado e a caridade. As linhas filosóficas inspiradoras eram a filantropia e o amor ao próximo, verdades de vida conventual, compromissos firmados por pessoas que tinham optado por um modo de vida específico.

Na segunda metade do século XII, na França, ocorre à diminuição da lepra epidêmica, isto, conforme Foucault (1990, p. 80-90), em virtude do final das Cruzadas, aos dois mil hospitais criados para leprosos na França, são dados novos destinos: casas para as jovens, distribuição de patrimônio aos pobres, doações bens para outros hospitais.

A lepra passa a ser substituída por outras doenças, as venéreas, no final do século XV. Surge, o então Hotel de Dieu de (1443) (LIRA; BONFIM, 1989 p. 4-5) que acolhia os doentes de doenças venéreas, misturando-os aos outros. Já na Alemanha, foram construídos hospitais específicos para os portadores destas novas doenças. Com a diminuição da lepra e o conseqüente aumento de vagas nos

leprosários, passaram a ser encaminhado para lá os alienados e todos os que apresentavam comportamento desviante. Eram de início, denominados Hospitais Gerais. A Revolução Francesa transformaria esses hospitais em asilos exclusivos para loucos. É a égide⁹ do caráter humanístico. Quanto ao atendimento ao enfermo propriamente dito, desde o final da Idade Média organizaram-se os três tipos de assistência à saúde: para os poderosos, para os artesãos e burgueses e para os pobres.

Assim, os médicos graduados nas universidades, cuidavam da realeza e da nobreza em geral: para isto recebiam honorários polpidos e honrarias. Médicos e cirurgiões com formação técnica, tratavam a clientela burguesa com boa remuneração. A assistência aos pobres ficava ao encargo dos curandeiros e barbeiros, podendo tais doentes refugiar-se e morrer nos hospitais mantidos pelas instituições de caridade.

Segundo Almeida (1989, p. 84) no limiar da era capitalista, a atenção à saúde apresentava-se como reguladora da produtividade e da força de trabalho, tendo, então, importante papel na diminuição das tensões causadas pela desigualdade social.

A doença apresentava-se como um sinal de conflito do homem integral com a sociedade que o explora. Desnutrição, tuberculose, trabalho do menor, mortalidade infantil e trabalho feminino, enfim, a desigualdade sócio econômica e a situação de miséria associada à exploração subumana da classe trabalhadora, foram determinantes na disseminação de uma gama de patologias. A tuberculose, por exemplo, explodiu como fenômeno no final do século XIX, devido ao confinamento da população camponesa nas indústrias e em moradias insalubres.

As práticas de saúde absorviam a ideologia dominante e estavam dirigidas no sentido de manutenção/elevação da força de trabalho. O exercício dessas práticas legitimava a hegemonia de classe e das relações de dominação/subordinação.

A divisão de trabalho tornava nítidos os contornos da separação social entre as classes. Pensar e fazer, no capitalismo, apresentava-se distanciados

⁹ - Égide – Amparo; defesa; proteção. . (FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2ª ed. Nova Fronteira, 1999, p.226).

: de um lado, o trabalho manual, desempenhado pelo proletariado industrial, de outro, o trabalho intelectual, preocupação da burguesia.

Partindo destes pressupostos, os hospitais-albergues transformaram-se radicalmente. As primeiras mudanças ocorreram nos hospitais militares e marítimos, pois o objetivo era tratar o enfermo curável e devolvê-lo rapidamente às fileiras. Também, esta transformação dentro dos Hospitais Militares tinha conotação econômica.

Surgia em 1860, na Inglaterra, a enfermagem institucionalizada, considerada Moderna, contemporânea à ascensão capitalista e no mesmo cenário da Revolução Industrial.

A reforma transformara os serviços hospitalares, principalmente quanto à assistência de enfermagem. O grande número de religiosos católicos que se dedicavam aos enfermos foi banido dos hospitais. Assim tornava-se necessário o recrutamento rápido de pessoal para a substituição dos religiosos. Por falta de reserva, vários hospitais ingleses fecharam.

As pessoas que agora se apresentavam aos serviços hospitalares não tinham referências, ou experiência e, na maioria, eram pessoas de “moralidade duvidosa”¹⁰.

A Inglaterra de meados de 1800, que Florence Nightingale¹¹ encontrou, estava desprovida de enfermeiros treinados sistematicamente e os existentes eram recrutados sem seletividade. A assistência de saúde era precária com altos índices de mortalidade por infecção e com número de contágios elevados.

A enfermagem só conseguiu posicionar-se substantivamente no final do século XIX e no início do século XX com Florence Nightingale, figura que merece destaque.

¹⁰ Moralidade duvidosa – Gênero dramático, semi-religioso dos fins da Idade Média, aquilo que oferece dúvida, desconfiança: indecisão, ou seja, passaram a ser pessoas sem qualificação e preparo para o trabalho que executaria. (FERREIRA, ^a B. H. Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2^a ed. Nova Fronteira, 1996, p. 1158).

¹¹ - Florence Nightingale – Era filha de “Aristocratas”, recebeu uma educação clássica, igual à educação da maioria dos homens de sua época. Teve influência, também, diretamente de seu pai, que não teve filhos homens. Com isso sua educação tornou-se distante da educação recebida pelas demais senhoras dessa época, o papel passivo que a sociedade impunha à mulher de sua classe social, só lhe trazia descontentamento. Sentindo-se fútil e entediada, Florence aderiu à causa da participação da mulher no trabalho: “eu aconselharia a todas as jovens senhoras em qualquer vocação a se qualificarem como os homens para o trabalho”. (SILVA, 1983, p. 07).

Durante a Guerra da Criméia, em 1857, Nightingale teve a oportunidade de oferecer seus serviços em conjunto com 38 voluntárias religiosas, ou seja, aquelas que se mostravam aptas e capazes segundo a filosofia de Nightingale. O Hospital em Sartori onde foram, com 4.000 soldados feridos, era deficiente de todas as coisas, desde pessoal para os mais diversos trabalhos, como a lavanderia e a cozinha, até os que cuidavam dos feridos. A grande preocupação do então Ministro da Guerra Sidney Hebert era que 40% dos feridos morriam por abandono ou infecção. Nightingale e seu grupo de voluntárias trabalharam ativamente, prestando assistência a milhares de soldados feridos. Florence era chamada pelos soldados de "A Dama da Lâmpada"¹² Nesse trabalho pôde firmar-se a idéia de Florence: com cuidados básicos de higiene, o tratamento e a diminuição de infecções favorecem a diminuição do índice de mortalidade, que assolava as vítimas acometidas pela guerra naquele momento.

Ao final da guerra, Florence recebeu 45 mil libras, que investiu na fundação de uma escola com a proposta de preparar enfermeiras para o serviço hospitalar, visitas domiciliares a doentes pobres e para o ensino de enfermagem. (ALCÂNTARA, 1963, p. 54).

Esta primeira escola recebeu o nome de Escola de Enfermagem do Hospital Saint Thomas, que mais tarde receberia o nome de Escola de Enfermagem Nightingale. Lá foram criadas as bases do ensino de Enfermagem, com a preparação das primeiras enfermeiras diplomadas.

A escola Nightingaliana priorizava as qualidades morais, e primava pela disciplina do tipo militar. Os cursos tinham a duração de um ano, sendo que as aulas práticas diárias eram ministradas pelos médicos. O ensino de enfermagem era pautado no modelo médico. Nas primeiras escolas de Enfermagem, o médico foi de fato a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia então decidir qual das suas

¹² - A Dama da Lâmpada - A mortalidade decresce de 40% para 2%. Os soldados fazem dela o seu anjo da guarda e ela será imortalizada como a "Dama da Lâmpada" porque, de lanterna na mão, percorre as enfermarias, atendendo os doentes sem descanso, conduzindo a pequena lâmpada - o que lhe valeu o apelido de a Dama da Lâmpada - ela velava noites inteiras junto ao leito dos enfermos, conseguindo salvar numerosas vidas. Quando tudo terminou, a Inglaterra emocionou-se com o feito da verdadeira heroína que recebeu diferentes manifestações e honrarias. Falecendo em Londres aos 90 anos de idade, Florence Nightingale a Dama da Lâmpada, teve a felicidade de ver vitoriosa as idéias que defendera com tanta coragem e espírito de sacrifício. A enfermagem passou a ser de então por diante, uma realidade. (SILVA, 1983, p. 10).

funções poderia colocar nas mãos das enfermeiras. Florence morre em 13 de agosto de 1910, deixando florescente o ensino de Enfermagem. Assim, a Enfermagem surge não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica.

Sendo assim podemos considerar que a enfermagem tem três fases bem distintas, a primeira que foi o ponto de partida para todos os demais estudos totalmente empírica, a segunda que foi a chamada Idade de Florence quando se fundamentou a sistematização da enfermagem e posteriormente a fase de aprimoramento que segue até os dias de hoje. Pode-se considerar esta terceira etapa consequência dos conhecimentos acumulados por Florence Nightingale (2004) e a real valorização das atividades de enfermagem. Florence, devido ao seu talento e inteligência, é personagem marcante na elevação do *status* da atividade de Enfermagem. Durante cerca de cinco décadas (1854 a 1907), Nightingale lutou pelo reconhecimento desta tão desvalorizada profissão, com seu incomparável espírito de sacrifício e renúncia.

Foi com a “enfermagem moderna”¹³ que surgiu a finalidade principal de disciplinar os agentes e o espaço hospitalar, trazendo sistematização e organização das atividades, saberes e poderes. Segundo Medeiros e Tavares (1997, p. 279) tudo isso ocorreu num período em que a Inglaterra passava pelo marco da Revolução Industrial.

Neste cenário surge Florence Nightingale e a primeira escola de Enfermagem de caráter secular voltada para formação de alunas que exercessem práticas de enfermagem, como serviço hospitalar, visitas domiciliares e ensino de enfermagem, caracterizando o período com a divisão entre nurses e lady nurse. As primeiras pertenciam à classe social inferior e eram coordenadas pelas lady nurse que detinham o saber técnico e eram pertencentes a classes sociais mais elevadas.

Lunardi (1998, p. 39) afirma que Florence destacou-se por sua

¹³ - Enfermagem Moderna – O termo refere-se ao ensino de enfermagem sistematizado, com base em princípios científicos, iniciados por Florence Nightingale no século XIX (História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública. RIZZOTTO, 1999 p. 1).

capacidade administrativa e organizacional, além do conhecimento sobre medidas de higiene, nutricionais, de preocupação com o meio ambiente, a privacidade e o laser dos que estavam aos seus cuidados.

As alunas eram selecionadas de acordo com suas condições físicas, intelectuais e aptidões profissionais. A escola deveria ser dirigida por enfermeiras e não mais por médicos como era de costume. Florence acreditava que uma boa superiora constitui a chave para o êxito de um curso de enfermagem (LUNARDI, 1998).

Segundo Figueiredo (2003, p. 36) pontualidade, discricção, confiabilidade, aparência pessoal, higiene pessoal, administração de enfermagem e organização eram requisitos exigidos. Registro contínuo das atividades, proibição de namoro e de saírem sozinhas à rua também eram normas a serem seguidas rigorosamente.

Apesar de considerada rigorosa e ter enfrentado oposição e incompreensão de alguns o modelo de Nightingale foi sucesso e já nas décadas de 1870 e 1880 alcançava o Canadá, a Austrália e os Estados Unidos que puderam contar, inclusive, com auxílio indireto da própria Nightingale. E em 1879 a atividade de nurse como sinônimo de enfermeira qualificada foi reconhecida na Inglaterra, ficando a partir deste momento proibida a contratação de enfermeiras sem esta formação.

De acordo com Medeiros e Tavares (1997, p. 280 - 281) foi o modelo nightingaleano que influenciou as práticas de enfermagem no Brasil, sendo fundada a primeira escola nos moldes americanos. Em 1900, com o intuito de organizar a nova profissão surge o *Jornal of Nursing*, com isso a enfermagem ganha corpo e aporta no Brasil em 1923 sob o apoio da fundação Rockefeller trazida pelo cientista Carlos Chagas através da criação de uma escola de enfermagem no Rio de Janeiro.

Levando em conta esses acontecimentos na área da Saúde em nosso país, faz-se necessário uma análise sobre a Enfermagem no Brasil.

2.1 A ENFERMAGEM E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Com a chegada dos portugueses ao Brasil em 1500, os jesuítas assumem a missão de “catequizar” os índios brasileiros, de facilitar a dominação pelos europeus. Foram então introduzidos entre os índios alguns costumes, tais como o uso de roupas, imposto pela moral cristã, concentração dos índios em grandes aldeias, enfim, uma série de influências que contribuíram para a degradação da raça e da cultura indígena no Brasil. Destaca-se que nos cuidados com a saúde entre os indígenas continuaram as práticas através dos pajés. Além disso, os colonos que aqui chegavam possuídos de grande interesse econômico foram os primeiros agentes disgênicos entre os indígenas: alterando o seu sistema de alimentação e de trabalho, introduzindo doenças endêmicas e epidêmicas. Doenças, antes não existentes, passam a acometer a população: varíola, febre amarela, malária, lepra e tuberculose.

De acordo com Medeiros e Tavares (1997, p. 281) antes da colonização os cuidados aos doentes no Brasil eram realizados no âmbito familiar ou tribal pelos nativos indígenas. Com a colonização as doenças também vieram e os nativos passaram a ter os cuidados dos jesuítas que construíram enfermarias nas proximidades dos colégios por eles fundados.

No período colonial,

“[...] pelo que se tem notícia, deve-se aos padres e irmãos da Companhia de Jesus importante atuação nas primeiras atividades de enfermagem no Brasil. As Santas Casas de Misericórdia, fundadas em Portugal com essa finalidade, serviram de modelo ou incentivo para que fossem incluídos em qualquer programa de colonização”. (RESGATANDO..., 2001, p. 5).

Em 1543, é fundada a 1ª. Santa Casa de Misericórdia¹⁴, em Santos, nesta época não havia médico e o atendimento era realizado por religiosos,

¹⁴ - Santa Casa de Misericórdia – Tipo de casa de caridade comum em Portugal e, sob outros nomes diversos, em muitos outros países, que incluíam a elas hospitais e recolhimentos para pobres e órfãos. (HISTÓRIA DA ENFERMAGEM, 1979 – PAIXÃO – p. 103).

auxiliados por voluntários e escravos. A seguir são fundadas as Santas Casas do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda, Ilhéus, todas no século XVI. Estas Santas Casas funcionavam como hospitais, albergues e orfanatos.

Francisca de Sande foi a primeira voluntária de enfermagem. Em fins do século XVII, passa a dedicar-se aos doentes, improvisando um hospital em sua própria casa, na Bahia. Morreu em 1702.

Segundo registros do COFEM – Conselho Federal de Enfermagem, em 1830 na Escola de Medicina da Bahia, iniciou-se o primeiro curso para parteiras oficialmente registrado. Nela as enfermeiras aprendiam a fazer partos, sendo Ana Joaquina a primeira diplomada. Foi no século XIX, em 1865 que a voluntária de enfermagem Anna Nery, com 51 (cinquenta e um) anos de idade acompanhou seus filhos na Guerra do Paraguai e trabalhou com grande dedicação, sendo até condecorada com honrarias pelos seus esforços. Faleceu em 1880. (RESGATANDO..., 2001, p. 5).

No final do século XIX, após a Proclamação da República, a enfermagem passa a ser prática institucional. Os hospitais tinham como objetivo cuidar dos doentes vítimas das longas viagens por mar e dos militares, através de acordos das Santas Casas com o Governo.

Em 1890, o Hospital de Alienados do Rio de Janeiro, sai das mãos da irmandade da Santa Casa e passa para o controle do Governo Republicano. A partir daí, o médico é quem passa a mandar no hospital, e os religiosos têm seu poder diminuído. A falta de pessoal de enfermagem faz com que o Governo crie a Escola Alfredo Pinto para preparar pessoal de enfermagem através de um curso de dois anos, ministrado por médicos. Para frequentar esta escola se exigia como pré-requisito saber ler, escrever e conhecer os elementos de matemática (RESGATANDO..., 2001: p. 5).

Segundo Figueiredo (2005, p.72) a primeira organização nacional de Saúde Pública no Brasil deu-se em 1808, com a vinda da Família Real, e a nomeação de Manoel Vieira da Silva para o cargo de Físico-mor do Reino, centralizando toda a autoridade sanitária e ocupando o primeiro cargo de sanitarista no Brasil. Para ele as atividades de saúde pública, no século XIX, limitaram-se à delegação de atribuições sanitárias às juntas municipais e às atividades vacinadoras contra a varíola. Este problema foi o primeiro desafio a ser enfrentado, pois a

doença ocorria de forma desordenada e as medidas de controle precisavam ser rápidas e eficientes para conter a doença.

A nova era da Higiene Nacional foi aberta pelo sanitarista Oswaldo Cruz, em 1902, pelo combate à febre amarela e pela organização do Instituto da Pesquisa, no Rio de Janeiro.

A partir de 1914, I Guerra Mundial, a Cruz Vermelha Brasileira mantém um curso para voluntárias, mulheres da sociedade que desejavam fazer caridade e servir o país.

Em 1919, Fontanelle publicou um artigo sobre a Educação Sanitária Popular, que representa um marco no reconhecimento da necessidade de enfermeiras visitadoras, onde ele deixa claro que as mesmas deveriam exercer um papel de suma importância nas ações em saúde para o combate e controle das doenças. Em 1920 é criado um curso para Visitadoras Sanitárias. As alunas desse curso são as primeiras pessoas a serem preparadas para trabalhar com a Saúde Pública no Brasil.

Enquanto a economia brasileira esteve dominada, por um modelo agroexportador, assentado na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar as exportações. (Mendes, 1999).

O Estado continua com grande interesse em controlar as epidemias que afetavam o crescimento econômico do país. E nesta mesma época a enfermagem passa a ser profissão institucionalizada, como profissão importante para atender à nova visão de saúde que era cuidar do saneamento e habitação, principalmente nas grandes cidades e nos portos.

Porém, isso permanece como um relato, à ação não se concretiza. Ou seja, a assistência necessitada pela comunidade doente não se concretizou. Isso porque, mais uma vez a concretização de ação social da enfermagem esbarra justamente na coragem de agir socialmente, numa enfermagem integralizadora. Diante desse fato histórico faz-se necessário trazer a atualidade objetivando enfatizar as mudanças ocorridas.

Pode-se perceber que a Enfermagem, no Brasil, desde os seus primeiros passos necessitou de profissionais com consciência da questão humana que a profissão exige.

Sendo assim, a enfermagem propriamente dita surge no Brasil na década de 20 quando foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) sob os moldes de Nightingale. A continuidade à obra de Oswaldo Cruz, foi realizada por Carlos Chagas. Iniciou-se então um programa de preparação de visitadoras, para dinamizar a cobertura do combate à tuberculose, problema este que até hoje estamos enfrentando, com o aparecimento de novos casos a cada dia.

Em virtude destes acontecimentos fica visível à necessidade de ajuda na organização dos serviços de saúde do País, e assim, entra-se em contato com a Fundação Rockefeller¹⁵ a qual prontamente viabiliza essa ajuda:

Surgiu [...] a idéia de Centro de Saúde como uma organização que forneceria, promoveria e coordenaria os serviços médicos e sociais relativos a uma realidade local específica. As atividades dos Centros de Saúde compreendiam a nível local serviços de enfermeiras visitadoras, inspeção escolar, laboratório, dispensário, censo de morbidade e investigações. (Costa, 1986).

A Fundação Rockefeller no intuito de criar condições sanitárias voltadas para o capitalismo apoiou e patrocinou a vinda das enfermeiras americanas que acabaram por fundar a Escola de Enfermagem Anna Nery e organizaram o Departamento de Saúde Pública. (GALLEGUILLLOS, et al. 2001, p. 467). A líder era Ethel Parsons, que contribuiu para o atendimento em saúde pública no Brasil e para toda a enfermagem brasileira. Por intermédio delas, foram criados o serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública e a Escola de Enfermagem, em 1922, exigindo das cursistas ginásio. Em 1926 esse grupo ampliou

¹⁵ Fundação Rockefeller - Foi um dos mais importantes acontecimentos que ocorreu no Brasil para o desenvolvimento dos campos científico e tecnológico. Ela financiava pesquisas de forma muito assídua, chegando até a pagar salário de professores. A Fundação permaneceu no Brasil de 1942 a 1962. Durante 20 anos, exerceu um papel fundamental no fomento à pesquisa. Quando decidiu encerrar suas atividades no país, muita gente ficou revoltada. Quando fui conversar com o presidente da Fundação, ele disse: “Nós, durante esses 20 anos, provamos que vocês são capazes de pesquisar com qualidade. Agora é com vocês”.

seu trabalho com ações de higiene e pré-natal e, em 1927, passou a visitar casos de doenças transmissíveis.

Cabe ressaltar o momento político e econômico vivido pelo Brasil nos arredores desta data, momento este que foi marcado por inúmeras transformações. Na política pode-se ressaltar a Proclamação da República em 1889, a primeira guerra mundial de 1914 a 1918 e a Revolução de 1930, no campo econômico conviveu-se com a crise do setor cafeeiro e a aceleração do processo industrial. Segundo Rizzotto (1999, p. 12) o processo de industrialização, a urbanização, a imigração, as oscilações na economia cafeeira junto à conjuntura internacional foram fatores decisivos na instauração de um novo quadro nacional.

A instituição escolar procurava formar enfermeiros com dotes intelectuais ligados ao domínio do conhecimento técnico-científico. Para Medeiros e Tavares (1997, p. 282) com o avanço do processo de industrialização, ocorreu um aumento na população urbana e no número de trabalhadores, com isso o Estado estrutura uma nova política de assistência social e cria os institutos de aposentadorias e pensões. A enfermagem continua atuando no ensino e nas práticas de saúde coletiva. Porém, ainda predominava nos hospitais um modelo religioso, onde seus representantes ainda não eram treinados sistematicamente.

Segundo Galleguillos et. al (2001, p. 467) o combate às epidemias tornara-se prioridade sanitária e política. O higienismo era caracterizado pelas campanhas baseadas no saneamento ambiental e o controle de doenças que afetavam a atividade econômica.

Este trabalho ocorreu de forma educativa, porém houve grande rejeição das atividades pela população que via nele mais uma forma de interferência na sua privacidade e individualidade e também por não mais impor uma política de saúde e limpeza, mas por tentar uma espécie de conscientização sanitária a uma população que ainda não era capaz de assimilar tais recomendações, pois antes de recomendações, orientações ou conselhos era preciso reestruturar a sociedade com mudanças consideradas até certo ponto bruscas para o momento vivido.

Para Rizzotto (1999, p. 25) apesar da história mostrar que as poucas enfermeiras eram absorvidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, diante da tendência predominante tornava-se difícil consolidar a proposta de incorporação da enfermagem à saúde pública.

O sanitarista Fontanelle, realizou um trabalho sobre Saúde Pública e constatou de forma frustrada que mais de 70% das enfermeiras formadas até o fim de 1929 desistiram de ser missionárias da saúde para dedicar-se a posições mais tranqüilas como enfermeiras particulares ou de hospitais, outras até deixando seu ofício.

O funcionamento da Saúde Pública e suas intervenções a cada época histórica estabelecem estreita ligação com os movimentos políticos, sociais e econômicos correspondentes. Observa-se que ela sempre acompanhou as tendências vigentes na sociedade, organizando-se de acordo com as necessidades e contextos específicos.

A Saúde Pública no Brasil vai se configurando como uma política nacional de saúde a partir do início do século XX com a sistematização das práticas sanitárias, emergindo no contexto sócio político do País, na configuração de capitalismo brasileiro. (Nunes, 2000).

Segundo Vasconcellos (2001), a Saúde Pública esta inserida no campo das políticas públicas de responsabilidade pública e como direito social, entendida como uma política social de proteção às pessoas. De acordo com a época e o funcionamento das cidades e de seus habitantes vai se definindo a organização do trabalho da Saúde Pública, surgindo da necessidade de compreender a vida comunitária, seus costumes, formas de sociabilidades, diversidades dos modos de vida, conformando-se assim nas suas formas de assistência e proteção à saúde.

“A Saúde Pública surge, então, como um saber específico, voltado às relações interpessoais, à vida familiar privada e à ocupação do espaço público nas cidades”. (Vasconcellos, 2001 , p. 29).

A expressão saúde pública pode dar margem a muitas discussões quanto a sua definição, seu campo de aplicação e eventuais correspondências com noções muitas vezes veiculadas de modo equivalente, como saúde coletiva, medicina social/preventiva/comunitária, higienismo, sanitarismo. Em geral, a conotação veiculada pela instância da Saúde Pública costuma fazer referência a formas de agenciamento político governamental no sentido de dirigir intervenções voltadas às necessidades sociais de saúde. (CASTIEL, 1981).

No início do século XX, época das grandes imigrações, a economia brasileira iniciava suas exportações, principalmente de café, e corria sérios riscos

nos portos, com a iminência de doenças como a peste, a febre amarela e, conseqüentemente, a possibilidade de proibição de aportar seus navios em outros países devido a essas endemias. A mobilização da Saúde Pública nessa época foi direcionada para a criação de grandes campanhas, como a vacinação em massa da população, com o objetivo de controle da salubridade local.

Nesse momento histórico, a preocupação com a assistência à saúde estava voltada para o controle dessas endemias, com o intuito de potencializar as exportações brasileiras. Segundo (COHN, 1999), esse modelo de assistência ficou conhecido como campanhista, devido às campanhas realizadas para o controle das doenças.

Nas décadas de 20 e 30, o País foi tomado pelo desenvolvimento industrial e, conseqüentemente, o crescimento do processo de urbanização. Uma das funções atribuídas à Saúde Pública nesse período era da higienização e disciplinarização das cidades e seus habitantes, auxiliando na promoção da ordem e da moral frente à reorganização dos modos de se viver nas cidades. (Nunes, 2000).

Os trabalhadores das grandes indústrias como as Ferrovias e os Bancos, organizaram as chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), tendo como função a prestação de benefícios, tais como pensões, aposentadorias e a assistência médica a seus filiados e dependentes. Sua aquisição para os funcionários se deve por meio do contrato e sob a forma contributiva. A CAPs teve seu início nas empresas de estrada de ferro e foi se expandindo às empresas mais organizadas. A Lei Eloy Chaves¹⁶, de 1923, garantiu essa modalidade de seguro a todas as empresas com mais de cinquenta empregados.

No ano de 1930, ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, Indústria e Comércio, unificou as CAPs que se tornaram Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). De caráter nacional, os IAPs passaram a ter participação direta do Estado.

A assistência à saúde, portanto, era de direito somente aos trabalhadores participantes dos IAPs e seus familiares, o resto da população

¹⁶ - Lei Eloy Chaves – O artigo 9, que definia os benefícios concedidos apresentava na sua lista, além dos benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões), a prestação de serviços médicos e farmacêuticos. Estes eram estendidos a todas as 'pessoas de sua família que habitem sob o mesmo teto e sob a mesma economia. (Nunes, 2000).

brasileira dependia da assistência particular ou, caso não possuísse recursos financeiros, dependia de hospitais filantrópicos. O foco da Saúde Pública nesse período estava principalmente voltado para a preservação da força de trabalho, garantindo o crescimento industrial no País.

A partir de 1937, é realizada a Criação das Conferências Nacionais de Saúde, convocadas a cada 02 anos o que não ocorre na prática de imediato somente mais tarde é que vai cumprir-se com esta proposta. Sendo que a 1ª Conferência Nacional de Saúde ocorre somente em 1941, na qual se cria a Instituição do Código Sanitário.

As mudanças, na área da saúde, voltadas para a erradicação de enfermidades infecto-contagiosas e a prática médica estavam intimamente ligadas a reacomodação do sistema capitalista no período da Segunda Guerra Mundial. A hegemonia americana trouxe sérias repercussões a América Latina e a prática médica passou a visar à recuperação da força de trabalho, o controle das epidemias e endemias para que não prejudicassem a produtividade. (MACHADO; BELISÁRIO, 1992, p. 7).

O fim da segunda Guerra Mundial e a crise econômica e política provocam a queda dos governos ditatoriais, entre eles o de Getúlio Vargas, no Brasil. Segundo Galleguillos (2001, p. 468) no discurso institucional, considerava-se que uma das prioridades era a reorganização dos serviços de Saúde Pública. Em 1948, o Plano Salte¹⁷ foi elaborado para proporcionar melhorias na saúde, alimentação, transporte e energia, mas nunca chegou a ser efetivado.

A II Conferência Nacional de Saúde ocorre no ano de 1950, o destaque dado foi à importância dos profissionais do setor.

Para Medeiros e Tavares (1997, p. 283), a década de 50 dá continuidade ao setor de desenvolvimento tecnológico, com o fortalecimento da política previdenciária, visando com mais intensidade à atuação das práticas médicas na assistência individual. A necessidade de mão-de-obra hospitalar

¹⁷ Plano Salte – Criado em 1947, no Governo de Eurico Gaspar Dutra. Primeiro ensaio de Planejamento Econômico no Brasil. Representava a soma de sugestões dos vários Ministérios. Dava prioridade a quatro áreas: saúde, alimentação, transporte e energia (daí a sigla SALTE). Os recursos para a sua execução seriam provenientes da Receita Federal e de empréstimos externos.

qualificada também contribuiu para o crescente número de outras categorias no mercado de trabalho, como atendentes de enfermagem que passaram a ter espaço num mercado carente de profissionais.

Devido a uma política capitalista este mercado absorvia mão-de-obra não especializada que se encarregava da maior parte dos serviços realizados pelos profissionais de enfermagem por um custo mais baixo, sem, no entanto ser reconhecida de forma legal.

A lei 2.604/55 oficializa a divisão do trabalho na enfermagem em categorias, tais como enfermeiros, auxiliares, atendentes, práticos de enfermagem e outras categorias que surgiram posteriormente. A referida Lei deixava claro que o enfermeiro é responsável pelo trabalho intelectual e os auxiliares de enfermagem e enfermeiros práticos são responsáveis pelo trabalho manual.

A década de 60 foi marcada pelo acirramento na concentração de renda, principalmente após o golpe militar de 64 que ao reprimir a mobilização popular influencia diretamente as políticas da saúde. Segundo Medeiros e Tavares (1997, p. 283) em 1966 surge o técnico de enfermagem, como uma proposta governamental de priorizar o ensino profissionalizante no ensino médio:

À medida que se dava a clivagem profissional do setor de saúde, acentuavam-se os conflitos no âmbito das funções exercidas pelo enfermeiro bem como o perfil desta categoria profissional. Era, portanto, uma crise de identidade do enfermeiro e dos demais agentes de enfermagem. (MEDEIROS; TAVARES, p. 284).

A procura dessa identidade profissional ocorre em 1961, à criação do Código Nacional de Saúde. Somente no ano de 1963 é que acontece a 3ª Conferência Nacional de Saúde trazendo como tema de estudo a municipalização dos serviços de saúde. Já no ano seguinte 1964 o Golpe Militar acaba com a municipalização e a participação popular.

Concomitante a estes fatos, foi através da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPs) que, em 1960, os serviços prestados pelos IAPs foram unificados e, em 1966, unificou-se a Previdência Social, passando a fazer parte dela a população brasileira trabalhadora. Se, por um lado, nessa unificação, garantiu-se assistência à saúde e aposentadoria a todos os trabalhadores, por outro, houve uma apropriação, por parte do Estado, de algo público, decorrente da contribuição desses

trabalhadores, sendo utilizado, como instrumento político e de investimentos em grandes construções, posteriormente vendidas a investidores estrangeiros. (Cohn, 1999).

Até esta data, a assistência à saúde caracterizou-se basicamente pelo modelo médico-sanitarista com duas vertentes bastante distintas: Epidemiológica – preocupada em controlar as doenças em escala social; Clínica – baseada na necessidade de recuperar a força de trabalho, com direito a atendimentos médicos somente a quem fizesse parte do sistema previdenciário.

Em 1967 a IV Conferência Nacional de Saúde ocorre, porém as discussões se restringem somente à parte técnica, a população não toma conhecimento.

Nos anos que foram se seguindo, o governo militar, com concentração de autoridade decisória, fez suas principais alianças e investimentos com instâncias privadas do País. Houve baixíssimos investimentos, nessa época, no que diz respeito à Saúde Pública. A valorização estava centrada na aquisição de tecnologias de ponta, tornando a intervenção em saúde altamente especializada, medicalizadora, curativa, individualista e, portanto, elitista.

Intervenções voltadas para populações despossuídas da assistência privilegiada obtiveram pouquíssimos investimentos, muito menos valorização, ficando a cargo de alguns profissionais, “heróis da resistência”, realizá-las. (Mendes, 1999).

Com isso, a exclusão de determinados segmentos sociais no atendimento do sistema público de saúde estava posta, e a crise foi tomando grandes proporções junto a outras crises decorrentes do sistema ditador, numa época marcada por dificuldades em vários setores, não apenas da saúde, mas também nos setores econômicos e sociais. (Rodriguez Neto, 1994).

Sensibilizados com essa crise alguns profissionais de saúde se mobilizaram, preocupados com a assistência oferecida à população e com as dificuldades de acesso e tratamento da maior parte da sociedade. Unem-se com profissionais de outros setores, como políticos, intelectuais, sindicalistas e lideranças populares, num movimento crítico, mostrando os efeitos do sistema econômico vigente sobre as condições de acesso à assistência à saúde da população.

Esse movimento crítico não somente evidencia os prejuízos desse sistema para a saúde, mas também traz propostas de novas modalidades para uma

outra concepção do pensar e fazer saúde, mais humana e universal, podendo somente ser alcançada através de uma ampla reforma sanitária. Essa mobilização denominou-se movimento sanitário e teve início na década de 70.

Os principais locais de construção de eixos norteadores desse movimento foram as Universidades, espaços de formação, onde a saúde era discutida criticamente, levando, inclusive, à criação de Departamentos dentro das Faculdades de Medicina, tais como os Departamentos de Medicina Preventiva. (Gerschman, 1995).

As discussões do movimento sanitário na Academia davam-se por profissionais que se especializavam em Saúde Pública no País, nos quais os cursos tratavam de temas como a defesa do setor público, participação popular, democratização das condições de trabalho, humanização no atendimento, tudo isso buscando eficácia na resolução dos problemas trazidos pela população. (Cecílio, 1997).

Ainda na década de 70, segundo Galleguillos et. al. (2001, p. 469 - 470) avolumou-se o atendimento médico, houve aumento na realização de exames e intervenções técnicas e a enfermeira, que já vinha desempenhando funções administrativas, passou a dedicar-se ainda mais as atividades gerenciais.

Entretanto apesar dessa atividade gerencial do enfermeiro, para a Saúde Pública ocorre um fato importantíssimo no ano de 1973 que foi a Criação do Programa de Imunização, o qual trouxe eficácia no combate e controle de algumas doenças que assolavam nosso País. Observa-se que no ano seguinte 1974 há a Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – INAMPS – Medicina curativa. No ano de 1975 acontece a V Conferência Nacional de Saúde. Em 1977 temos a VI Conferência de Saúde com a discussão de assuntos técnicos e a criação de escolas técnicas.

De acordo com Vanzin (1998, p. 19) no período de 1976 a 1979 surge o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREV – SAÚDE e o PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, visando contribuir para melhoria de vida da população. Estas criações deram força a Reforma Sanitária Brasileira que teve origem nesta década, motivada pelos esforços e propostas de vários movimentos nos aspectos básicos: universalização, equidade,

integridade, resolutividade dos problemas de saúde, descentralização e controle social.

Corroborando com este pensamento Fleury (1997), quando diz que a reforma sanitária estava intimamente ligada à democracia, na medida em que havia, em suas propostas, formulações doutrinárias para o encontro de ideais igualitários e a tentativa de transformação das políticas públicas, através da regulamentação e responsabilização do Estado pela proteção à saúde dos cidadãos.

Como parte desse movimento, também considerado uma busca à democracia, realizou-se o 1º. Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, 1979, no qual foram propostas reorientações na saúde, tais como um sistema único e universal para a população brasileira. Esse novo sistema já previa a integralidade e a descentralização da saúde. Contudo, o momento político em que o País se encontrava, não priorizou essas novas propostas (RODRIGUEZ NETO, 1994).

Em 1980 o regime militar entra em declínio e com isso a sociedade civil se fortalece. Conforme relata Vanzin (1998, p. 20) em março deste ano foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde e os primeiros convênios foram assinados. Percebe-se aqui que esta Conferência apresentou as mesmas idéias de 1963, com a sua principal meta, a unificação da Previdência Social com o Ministério da Saúde e a melhora da qualidade de vida da saúde, que nunca saiu do papel de fato.

Outro fato que merece destaque no ano de 1982 é o Lançamento do Plano CONASP¹⁸ (Conselho Administrativo da Saúde Previdenciária). O governo queria resolver gastos financeiros fazendo convênios com o município, pagando por

18 Plano CONASP – Foi a emergência da "crise da Previdência Social" que impôs procedimentos de regulação setorial através do Plano Conasp (Conselho Nacional de Saúde Previdenciária) em 1981, especialmente pelos mecanismos para a regulação da formação de preços pelas empresas médicas privadas contratadas pela Previdência Social. A criação do Conasp pode ser definida como um marco na transição do modelo centralizado do pós-64 para uma arena tipicamente de equilíbrio de poder, dentro do modelo de Lowi (1964) em que um grande número de pequenos interesses intensivamente organizados operaram produzindo amplas coalizões por benefícios, apesar de divergências pontuais e circunstanciais. (MENDES, E. V. 1992)

produtividade. Não pagavam ações preventivas, somente curativas, devendo ser ações integradas de assistência médica.

Com o fim da ditadura, estruturou-se o Estado mínimo com o governo interferindo o mínimo possível na economia do País e também havendo uma abertura de mercado rumo ao que viria a caracterizar-se como globalização. Essa nova forma de organização do País contribuiu para que o Estado não se posicionasse nem interferisse com relação à prestação de serviços privados à saúde, crescendo assim os subsistemas contratados e conveniados, aumentando ainda mais a crise na saúde.

Os anos 80 e 90 se caracterizam principalmente pelo processo de redemocratização do País acompanhado por uma profunda crise nas políticas de saúde. Nessas décadas, portanto, a saúde funcionou dentro de um sistema plural, no qual vários modelos diferentes de assistência conviveram em um subsistema público, um privado e um liberal (CAMPOS, 1997), o modelo hegemônico de prestação de várias modalidades assistenciais tais como o trabalho assalariado, produtores autônomos, convênios com instituições, empresas e também estatais.

Esse modelo hegemônico, que contava com a intervenção mínima do Estado na regulação de ações e serviços remetendo tal regulação para o mercado, produziu a mercantilização da assistência à saúde que, aliada a interesses empresariais e incluindo alguns profissionais da área, dificultaram o estabelecimento de um sistema público de saúde ampliado. Criam-se, assim, todas as condições para o desenvolvimento da estrutura privatizada de atenção à saúde e seus discursos de adesão.

O subsistema público foi se tornando cada vez mais precário. Mendes (1999) caracterizou esse processo como o funcionamento do subsistema público dentro do projeto neoliberal.

Campos (1997) pontua que esse próprio modo hegemônico de produção em saúde que estava se estruturando no fim da ditadura, com a redemocratização da sociedade e o estabelecimento do Estado mínimo, criou suas contradições na maneira de gestar e gerar a assistência, não alcançando as metas propostas e também se mostrando insuficiente no atendimento à população. É

exatamente nesses espaços que contradições que se promoveram desenvolvimentos de formas alternativas de se pensar a Saúde Pública e nela atuar.

Foi à crise que tornou o momento propício para a criação de modelos contra-hegemônicos. Campos (1997) refere, ainda, que foi com base nesses conflitos que foram se construindo e se fortalecendo os movimentos em defesa da reforma sanitária e que se tornou inadiável a aprovação de um Sistema Único de Saúde no final da década de oitenta. A crise política, econômica e social que se estabeleceu no Brasil ao final da década de 70, agrava-se no início dos anos 80, quando outros movimentos influenciaram na a formação do enfermeiro, dentre eles: Lei Orgânica da Saúde, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde no início da década de 80, em 1986; a promulgação da Constituição Federativa do Brasil, em 1988, incluindo a criação do Sistema único de Saúde (SUS).

2.2 SUS - MUDANÇAS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Com o fim do regime militar, em 1985, e a abertura para a reorganização da União, o governo investiu na formulação de uma nova Constituição para reger a sociedade. É convocada então no ano de 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, tendo como principal tema à reforma sanitária, foi a partir deste evento que pode ser apreciado e discutidos temas como a Reformulação do Sistema Nacional da Saúde, financiamentos para este setor e reestruturações para melhorar as condições de saúde da população. Já no ano seguinte discute-se saúde como um todo – SUS – Sistema Único de Saúde.

Retoma-se aqui uma análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), as quais destinam-se a tratar das atividades que estão sendo realizadas no País sobre saúde e trazê-las ao campo do conhecimento do governo federal, a fim de que se alcancem concessões de auxílio para realização de projetos considerados fundamentais para o desenvolvimento no campo da saúde. As CNS foram instituídas pela LEI Nº 378 de 13 de janeiro de 1977, com realização prevista a cada dois anos,

tempo viável para o constante acompanhamento e avaliação do andamento do Sistema de Saúde.

Nesta época, duas conferências foram realizadas e após treze anos em suspenso, em 1963 realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde, já em meio aos movimentos que reivindicavam o direito universal a um Sistema de Saúde. Seus principais temas tratavam da situação sanitária da população brasileira, da municipalização dos serviços de saúde e da fixação de um plano nacional de saúde. Esse plano nacional de saúde, já previa o acesso global à assistência a saúde, discutindo instrumentos que visassem a melhores condições de bem-estar para a população brasileira. (BRASIL / MS 1986).

Essas discussões continuaram em pauta no decorrer dos anos, se fortalecendo com o movimento sanitário e tendo o seu cume com a possibilidade de legalização do SUS na nova constituição. Para tanto, essas questões foram retomadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Dentre os debates realizados durante esta conferência ficou:

evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem ao limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e suas correspondentes ações institucionais, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se esta convencionando chamar reforma sanitária. (BRASIL / MS 1986 p. 02).

Os principais temas abordados nessa conferência foram: a saúde como direito de todos; a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial, com o primeiro tema, buscaram-se ampliar o conceito de saúde modificando o seu caráter puramente técnico, deixando de ser algo abstrato para se definir dentro de um contexto histórico específico de uma sociedade na qual a população tem papel fundamental para a conquista de seus direitos. Com isso, a saúde passa a ser definida como: “resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde”. (BRASIL / MS, 1986, p.4).

Dentro também do primeiro tema, saúde como direito de todos, deu-se grande ênfase a todas as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Eram incentivados os movimentos populares e o fim da mercantilização

da medicina, promovendo também a melhoria do serviço público, que se encontrava pouco eficaz.

Da discussão do 2º tema desta conferência: a reformulação do sistema de saúde; elaborou-se um projeto para a criação de um Sistema Único de Saúde, resgatando uma proposta já ocorrida na década de 70.

A proposta era de o projeto ser implantado em todo o País através da reforma sanitária. Seu principal objetivo era acabar com a centralização dos serviços, com uma progressiva estatização do setor, tendo integrado os níveis Federal, Estadual e Municipal, porém permanecendo independentes podendo realizar um trabalho mais comprometido com a realidade local.

Portanto, as diretrizes básicas propostas para esse novo sistema único de saúde foram: descentralização, municipalização, financiamento dos serviços e participação social. Seus princípios doutrinários continham a universalidade, equidade e a integralidade na assistência à saúde.

Nessa Conferência propôs-se ainda, que o financiamento do Sistema de Saúde fosse feito pelo Estado, numa política de descentralização. A participação efetiva do Estado e Município deveria ocorrer passando por uma ampla reforma tributária. (BRASIL/MS, 1986).

A nova Constituição Brasileira, aprovada em 1988, incorporou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, mas a regulamentação do SUS só aconteceu em 1990, através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, devido a uma demora do Governo em enviar o projeto de Lei ao Congresso Nacional, o que tardou na sua implementação. Mesmo assim, muitas experiências foram sendo realizadas nos Municípios. Porém, o sistema privado de saúde só passou a prestar serviços para o SUS após sua regulamentação (RODRIGUEZ NETO, 1994).

As diretrizes propostas para o SUS, na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que tinha como objetivos a ampliação e o crescimento da assistência à saúde em todos os municípios do País eram: Descentralização, Municipalização, Financiamento de serviços e Participação social. Quanto à gestão em cada esfera de governo União/Estado/Município.

Essas diretrizes citadas dão suporte aos princípios norteadores e doutrinários do SUS:

Integralidade: todas as ações de saúde devem garantir o atendimento do conjunto das necessidades das pessoas, como indivíduos ou grupos, e centrar-se na promoção, prevenção, cura e reabilitação em diferentes complexidades.

Universalidade: é a garantia do acesso igual de todas as pessoas à atenção de saúde, seja na sua promoção, seja na sua proteção ou recuperação.

Eqüidade: é o direito pertinente de todo cidadão brasileiro ao acesso, com as mesmas oportunidades, aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades e respeitando suas diferenças, de modo a reduzir a desigualdade.

Descentralização: é a redistribuição das responsabilidades frente às ações e serviços de saúde em cada nível de governo, ficando o maior esforço centrado em nível municipal. (BRASIL, 1996).

Com a promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988 foram estabelecidos e oficializados os direitos da população no que rege o artigo 196: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visam à redução do risco de doença e de outros agravos a ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Ressalta-se ainda o artigo 198, que trata do Sistema Único de Saúde, prevendo atendimento preventivo a população, participação da comunidade e gerenciamento descentralizado em cada esfera governamental, sendo financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, segundo o artigo 195 da Constituição Federal.

A criação e regulamentação do SUS foi o marco mais importante da história da Saúde Pública do País. Após sucessivos movimentos e tentativas, foi à primeira ferramenta legitimada e garantida em lei para construção de uma saúde humana, eficaz e universal. Um ganho não somente para a população que estava prejudicada no acesso à saúde, mas também para toda a sociedade brasileira, na conquista de um direito básico, de provisão do Estado “a saúde enquanto bem inalienável”.

A Atenção Básica constitui o primeiro nível da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. Sem dúvidas a implantação do

SUS foi um passo de grande valia para a saúde pública no Brasil, e conseqüentemente influenciou a enfermagem brasileira.

Com isso a Constituição Federal de 1988 trouxe para a área da saúde possibilidades de profundas modificações, especialmente no que se refere à “viabilidade de superação do fetiche do planejamento central e implantação concreta da descentralização político-administrativa”. (MENDES, 1993, p. 310).

Como conseqüência, abriu-se ou foi aberta a municipalização dos serviços de saúde, hoje em processo de consolidação, em muitas regiões do país.

O SUS trouxe a estratégia de Saúde da Família que é um projeto dinamizador, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994 apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos.

A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família. Nesse sentido, o papel da enfermagem para saúde pública se tornou ainda mais importante.

Percebe-se, portanto que, a Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

O planejamento com base nos critérios epidemiológicos e sociais é a base para o desenvolvimento das ações na Saúde da Família. O desafio atual é efetivamente consolidar a Saúde da Família como a porta de entrada prioritária do

SUS, que mediante a conversão da rede básica deverá organizar todo o sistema a partir destes serviços, com intuito de resolver, ainda na atenção básica, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios.

Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Diante das exposições anteriores, a enfermagem foi influenciada e concretizada por aspectos sócio-econômicos-políticos do país numa ascensão baseada em modificações abrangentes e definitivas. Pode ser feita considerando um período de implantação, depois de consolidação, mais tarde de ampliação e expansão e finalmente sua intelectualização desde os anos 80 até os dias atuais. Entretanto, se por um lado a população tem acesso ao tratamento oferecidos nas unidades de saúde, por outro quando se trata de problemas de saúde que exigem uns tratamentos mais complexos, a comunidade esbarra na burocracia e nas filas de espera. O que torna o atendimento insatisfatório.

3 A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR

A Enfermagem vem progredindo expressivamente, buscando firmar-se como detentora de saber científico, sem deixar de lado o aspecto humanitário de sua profissão. De Florence Nightingale ao mundo contemporâneo, a profissão tem-se especializado cada vez mais. A questão da formação acadêmica do profissional enfermeiro insere-se nos objetivos de reflexão desta investigação e no decorrer deste capítulo aborda-se as raízes históricas desta evolução ao longo da história do ensino superior e focaliza-se o curso no atual contexto do ensino superior no Brasil.

A proposição da universidade no Brasil tem seu início com a vinda da Família Real para o Brasil, que institui aqui o chamado "ensino superior", implantado na Faculdade de Medicina da Bahia (1808). Com isso, o ensino superior no Brasil toma a forma de faculdades ou escolas superiores isoladas. Este modelo perdurou ainda no império e nas fases iniciais da República.

Durante todo este período, passaram pelo Brasil muitos estudiosos (mestres), que eram naturalistas, geólogos, médicos e etc. O saber transmitido por estas faculdades ou escolas superiores era assim caracterizado: "[...] o conhecimento não é transmitido em moldes criativos e críticos, mas em perspectivas que simplesmente acentuam a subjugação das classes subalternas". (LUCKESI 1989, p. 109).

Carvalho (1972) afirma que a enfermagem profissional em nosso meio teve início em 1890, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, com a finalidade de preparar enfermeiros para os hospícios e hospitais civis e militares. No qual o requisito para admissão era saber ler e escrever corretamente e conhecer de aritmética elementar. Esse curso tinha duração mínima de dois anos, determinada pelo Decreto de sua criação sem fazer referência às condições da prática.

Por volta de 1901, foi criado, sob a orientação de enfermeiras inglesas, um outro curso, no então Hospital Evangélico (hoje Hospital Samaritano), em São Paulo. Esse curso foi criado com o objetivo de preparar pessoal para o

referido hospital que se destinava ao atendimento de estrangeiros residentes no Brasil.

Porém, é de suma importância ressaltar o início da organização da higiene pública, que segundo Germano (1983), foi impulsionada pela epidemia de febre amarela em meados de 1850, em que quatro mil pessoas perderam suas vidas e o Ministro do Império solicitou o primeiro plano com medidas sanitárias para combater a epidemia.

No entanto, o surgimento das universidades se efetivou a partir da chamada Reforma Francisco Campos, embora alguns estados brasileiros já tivessem tomado a iniciativa da criação de universidades como é o caso do Paraná, em 1912. No que tange ao ensino universitário, a referida reforma fixou, no Decreto nº. 19.851 de 11 de abril de 1931, os fins do ensino universitário conforme expressa o artigo 1º:

Art. 1º - o ensino universitário tem como finalidade: elevar o nível cultural geral; estimular a investigação científica em quaisquer domínios dos conhecimentos humanos; habilitar ao exercício de atividades que requerem preparo técnico e científico superior, concorrer, enfim pela educação do indivíduo e da coletividade pela harmonia de objetivos entre professores e estudantes e pelo aproveitamento de todas as atividades universitárias, para a grandeza da nação e para o aperfeiçoamento da humanidade. (ROMANELLI, 1989, p. 133).

Com relação à estrutura global da universidade, o artigo 5º da Reforma Francisco Campos estipula: "A obrigatoriedade de pelo menos três dos seguintes cursos para a constituição de uma universidade: Direito, Medicina, Engenharia e Educação, Ciências e Letras". (ROMANELLI, 1989, p. 134).

Em 1916 foi criada a Escola da Cruz Vermelha Brasileira (Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha), no Rio de Janeiro, subordinada ao Ministério da Guerra, visando tanto à melhoria da assistência aos feridos da Primeira Grande Guerra, como também a formação de enfermeiros.

Segundo Carvalho (1972) em 1923, com o auxílio de enfermeiras norte-americanas e por determinação contida no artigo 3 do Decreto nº. 15.799/22 que aprovava o Regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública, foi criada, em anexo ao hospital, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. As bases para o

funcionamento da escola foram determinadas pelo Decreto nº. 16.300/23 de aprovação do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1926 passou a ser chamada de Escola de Enfermeiras “Ana Néri” e denominada escola-padrão do país, em 1931, pelo Decreto nº. 20.109. Tem início no Brasil, o “Sistema Nightingale”, foi considerada a primeira escola de Enfermagem moderna no País. Esta escola preconizava o ensino da enfermagem pela prática repetitiva, sem grandes preocupações com as bases científicas que fundamentam a assistência. Esse era o referencial para a formação do enfermeiro na década de 30 com estágios somente em área hospitalar.

Alguns estudos (SAVIANI, 1984; GHIRAIDELLI, 1991) sobre o Movimento da Escola Nova apontam que os Pioneiros não conseguiram perceber a especificidade da sociedade urbano-industrial da época. Entretanto, é claro nos documentos que os Pioneiros contribuíram também para a concretização da consciência universitária do país. A Escola Nova serviu para o questionamento da escola tradicional, cujos métodos eram baseados no ensino livresco artificial e também pela forma dogmática de transmissão dos conteúdos.

Com a constituição de 1934 abre-se um espaço para atender a algumas reivindicações feitas na década de 1920 e início dos anos 30.

A carta de 34 procurou assegurar o estabelecimento de um plano nacional da educação: as diretrizes ficaram a cargo do governo federal cabendo aos estados a organização e a manutenção de seus sistemas do ensino. Fixou também os recursos mínimos que a União deveria consagrar ao ensino (10% de seus impostos) bem como os estados e os municípios (20% de seus impostos). (WEREBE, 1994, p. 52).

Em meados do Século XX, em 1949 foi uniformizado o ensino de enfermagem no país através do Decreto nº. 27.426, mediante a Lei nº. 775, que passa a reconhecer as escolas de enfermagem no país, dentro de um padrão objetivado pelas enfermeiras, as quais nesse período almejavam uma formação no ensino superior.

Com o crescimento da população urbana e a expansão dos serviços de Saúde, Shiratori (1992) adverte que a assistência médica e de enfermagem, anteriormente direcionada a coletividade, dá lugar à assistência individualizada. Ou

seja, a Saúde Pública objetivava atender a comunidade procurando sanar os problemas com medidas curativas. Com o passar do tempo à política de Saúde Pública torna-se individualista atuando especificamente nos hospitais. Houve, nesse sentido uma introdução cada vez mais crescente de médicos e enfermeiros nos ambientes hospitalares, atrelada ao desenvolvimento técnico e científico, estabeleceu-se uma necessidade cada vez maior de especializações e sub-especializações.

A partir de 1950, com o incremento das indústrias voltado para o complexo médico, o aumento dos laboratórios de medicamentos e de outros empreendimentos tais como: crescimento da população previdenciária; as questões de saúde pública começam a perder a sua importância e a atenção médica hospitalar individualizada torna-se o foco da prestação de serviços, forçando uma mudança na formação do enfermeiro.

As universidades brasileiras continuaram a constituir um simples agrupamento de escolas e de faculdades até por volta de 1960, quando assumem as idéias sobre a universidade de Anísio Teixeira, agora representadas e defendidas por seu discípulo Darcy Ribeiro, respaldado na vontade das bases intelectuais do país.

Concomitante a isto, é reformulado o currículo de enfermagem pelo Parecer nº. 271/62, de 19 de outubro de 1962, que estabeleceu um curso geral e duas alternativas para especialização. Para o curso geral, o currículo era dado em três anos. As duas especializações eram ministradas em mais um ano, cada uma, após aqueles três anos do curso geral e assim apresentava o curso geral que foi formado por:

fundamentos de enfermagem; enfermagem médica, cirúrgica, psiquiátrica, pediátrica, obstétrica e ginecológica; ética e história da enfermagem; administração. Já as especializações objetivavam formar o enfermeiro para atuar em saúde pública, tendo como disciplinas: higiene, saneamento, bioestatística, epidemiologia, enfermagem de saúde pública e a enfermeira obstétrica, que cursava: gravidez, parto e puerpério normais e patológico; assistência pré – natal e obstetrícia. (BRASIL, MEC, 1962).

Com currículo mínimo, de 1962, as disciplinas básicas: anatomia, fisiologia, sociologia e enfermagem de saúde pública ficam suprimidas. Neste

currículo verifica-se uma carga horária de 2430 horas para o curso geral e 3240 horas com a especialização, sendo necessário registrar só 10% das horas fixadas para o curso como estágios. Com esta resolução, os educadores de enfermagem da época se revoltam.

Cabe ressaltar que, em 1964, com o golpe de Estado e a implantação da ditadura militar, novamente forças contrárias às renovações das idéias e à criação de uma universidade brasileira interrompem o desenvolvimento deste processo sob jugo do autoritarismo, com o "patrulhamento" do que ali era ensinado.

Segundo Severino (1986), a política educacional formulada pelo Regime Militar tinha por finalidade conter as mobilizações estudantis e os possíveis focos de resistência ao movimento de 1964, muitos deles oriundos das universidades. Um dos principais resultados desta política educacional foi, sem dúvida, a reforma universitária de 1968, que propunha a restauração da ordem, porém contemplava elementos de renovação para o ensino superior.

Segundo Cunha, L. Antonio (1989, p.46):

Por determinação da Lei nº. 5.540/68, a Lei da Reforma Universitária, as universidades públicas foram obrigadas a introduzir nos seus colegiados superiores (conselho universitário, conselho de ensino e pesquisa, conselho curador) pessoas de fora da universidade, os chamados "representantes da comunidade". Dentre eles deveriam estar os representantes das classes produtoras, isto é, das classes trabalhadoras. Para as universidades federais, havia uma determinação especial: os conselhos curadores teriam um terço dos membros alheios à instituição, sendo obrigatória à inclusão dos representantes das indústrias.

A Lei da Reforma Universitária, a 5.540/68, traz dois artigos que fazem referência ao ensino superior: o artigo 1º. fixa que o ensino superior tem por objetivo a pesquisa, o desenvolvimento das ciências, letras e artes e a formação de profissionais de nível universitário; o artigo 2º. determina que o ensino superior, indissociável das pesquisas, será ministrado em universidades e, excepcionalmente, em estabelecimentos isolados, organizados como instituições de direito público ou privado. No entanto para atender a demanda da classe médica proliferaram as Instituições do Ensino Superior – IES.

Além da Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº. 4.024 de 1961, que determinou mudanças, sem, contudo solucionar todas as questões dos cursos superiores. Um outro momento da realidade educacional da Enfermagem no Brasil

entre 1964 e 1972, quando uma série de reformas foram implementadas nos três níveis de ensino. Entre elas, a já citada reforma universitária, regulamentada pela Lei Federal nº. 5540/68, com vistas à formação profissional de nível superior e cria também centros regionais de pós-graduação.

Concomitantemente, no ensino de Enfermagem seguiu-se às determinações da Reforma Universitária, que, em síntese, estavam dirigidas para a formação de maior número de profissionais e reestruturação de um novo currículo mínimo, formalizada pelo Parecer nº 163/72 e Resolução 4/72 do então Conselho Federal de Educação. Essas determinações direcionaram um currículo voltado para o modelo biologicista, individualista e hospitalocêntrico, marcado por uma visão tecnicista da saúde, dificultando a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde/doença.

Vale resgatar alguns aspectos que consideramos importantes para a compreensão do mencionado período. Com a referida Lei que reformulou o ensino superior, introduziu modificações estruturais expressivas na educação nacional como a departamentalização das unidades de ensino das universidades; a possibilidade de matrícula por disciplinas; a introdução do curso básico e profissional e a institucionalização da Pós-graduação brasileira. Neste aspecto, alguns autores já teceram várias críticas quanto às conseqüências advindas da regulamentação da mencionada Lei.

Entretanto, para a Pós-graduação, esta representou o preenchimento de uma lacuna observada desde o estabelecimento do Parecer nº. 977/65, o qual definia a natureza e os fins da Pós-graduação, bem como distinguia os níveis de ensino *stricto sensu* do *lato sensu*. Na enfermagem, especificamente, o início da década 70, representou um período importante.

Neste mesmo período em que são constituídos e implementados os cursos *stricto sensu* em enfermagem, surgem as teorias de enfermagem, na tentativa de construção de um corpo de conhecimento específico da profissão e uma enfermeira brasileira apresenta a Teoria das Necessidades Básicas – Wanda de Aguiar Horta, direcionando a sistematização do cuidado de enfermagem. (SANTOS, 2003, p. 363).

Por meio destes cursos de Pós-graduação espera-se que ocorra a consolidação da produção científica da enfermagem no sentido de melhor difundir

sua prática, bem como em consubstanciar a prática e o ensino a ser desenvolvido. Mesmo com cerca de trinta anos da criação do primeiro curso de Pós-graduação, o número de profissionais capacitados nesse nível de ensino, está aquém da necessidade brasileira, tendo em vista que a produção científica está atrelada também mediante a participação do profissional nesse nível de ensino.

A socialização do conhecimento, diante da possibilidade de discussão nos vários níveis de ensino, não se concentrando apenas no nível de Pós-graduação, vinculando-se projetos e estudos envolvendo profissionais que estejam situados na assistência, constitui-se, certamente, numa estratégia importante para que a academia e a assistência aproximem de fato o objeto de suas preocupações e de suas propostas alternativas.

Por outro lado, o estímulo na participação de alunos de cursos de graduação em projetos de pesquisa, seria outra alternativa. Não obstante as considerações mencionadas devem-se promover o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, não perdendo de vista as influências históricas e sociais do ensino, da assistência, assim como da realidade que estes se encontram inseridos, como forma de respaldar as futuras decisões.

Já no plano das políticas de assistência à saúde, com atendimento individualizado, e predomínio da assistência hospitalar deficitária, houve uma mobilização de vários setores da sociedade. No final dos anos 70, surgiram formas alternativas para a correção das distorções que ocorriam, coincidindo com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, o qual apresentava: custo crescente; prática médica dominante baseada nos aspectos curativo-reabilitadores; incapacidade de alterar os perfis de morbi-mortalidade; crescente insatisfação dos usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde e a perda gradativa da qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pela Previdência Social.

Como resultado desta situação houve a condução da prática institucionalizada de atenção ao doente, levando à necessidade de formação específica de pessoal para o exercício da enfermagem, o qual possibilitou a aprendizagem de outros profissionais da área da saúde. Tais hospitais incorporaram modernas tecnologias no tratamento ao doente, tomando características de uma organização complexa, necessitando de número maior de pessoal auxiliar, treinado para o cuidado direto, uma vez que as enfermeiras eram solicitadas para as

atividades administrativas. Foi, então, estimulada a criação de cursos de auxiliares de enfermagem e a organização de programas de treinamento em serviço. (OLIVEIRA, 1995; ABEN, 1985).

O Parecer nº. 3814/76, do Conselho Federal de Educação, fixou os conteúdos curriculares mínimos, em termos da formação do auxiliar de enfermagem e revisou os estabelecidos pelo Parecer 45/72, em relação ao técnico. As Resoluções nº. 7 e nº. 8, do Conselho Federal de Educação, em 1977, regulamentaram a formação de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. A Resolução nº. 7 instituiu os dois cursos como habilitações referentes ao 2º grau e a Resolução nº. 8 permitiu que o auxiliar de enfermagem fosse preparado ao nível de 1º grau, intensivamente, em caráter emergencial, dada à realidade vivida pela clientela. (GALVÃO, 1994).

Observou-se modificação da mentalidade sobre a assistência de enfermagem, que passou em princípio do caráter funcional para a modalidade de trabalho em equipe. No entanto, esta prática não é observada, pois a sua operacionalização necessitava da compreensão da totalidade do trabalho, modalidade que não ocorria, tendo em vista a fragmentação do trabalho em etapas e por nível de conhecimento do pessoal, o que leva a empreender a compreensão de que mediante tal condição se dissimulava às contradições presentes no trabalho de enfermagem.

A divisão do trabalho na enfermagem em categorias foi estabelecida: enfermeiro; técnico e auxiliar de enfermagem. Sendo assim, passa a ser executado um trabalho em equipe com a finalidade de melhorar a assistência ao cuidado humano como um todo. Diante destas reflexões pode-se verificar que o trabalho em equipe é indispensável para uma assistência de qualidade, ensino e pesquisa; mas não só este instrumento é essencial para o trabalho da enfermagem.

Neste contexto, têm início uma proposta de atenção primária à saúde, ainda com uma visão reducionista e caracterizada pelo desenvolvimento de programas de medicina simplificada ou de estratégias de sobrevivência de grupos de risco (MENDES, 1999).

A conformação da Reforma Sanitária e a hegemonia do projeto, neoliberal caracterizaram as políticas de saúde dos anos 80, em um contexto de profunda crise econômica e em meio ao processo de redemocratização do país. A

Reforma Sanitária veio apresentar três aspectos fundamentais nesta área: um conceito abrangente de saúde; a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; e, a reformulação do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela universalidade, integralidade de ações e descentralização. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, constituiu-se um momento importante para a conformação política-ideológica do setor saúde (MENDES, 1999).

A adoção de políticas neoliberais permeou o contexto político, sócio-econômico e educacional. Entretanto, essa política, sobretudo na América Latina, concorreu para a ampliação das diferenças sociais já estabelecidas. Atualmente, discute-se os impactos e as conseqüências da mencionada política na sociedade brasileira.

Ainda nos anos de 80, o País contava com 80% dos profissionais de enfermagem trabalhando na rede hospitalar, quando teve início um processo de questionamento da prática profissional. Até então, estes profissionais desempenhavam passivamente seu papel de executores das políticas de saúde vigentes, reflexo de sua formação conforme contexto histórico-político-econômico vigente.

Então, é na década de 80, que outros movimentos revolucionaram a formação dos enfermeiros, dentre eles a já destacada VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na seqüência houve a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil no ano de 1988 culminando com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) e também na década de 80 ocorreu à criação do Sistema Único de Saúde.

Com a reestruturação do setor saúde, houve o decréscimo relativo ao atendimento curativo, enfatizando a atenção primária promovendo mudanças na formação do profissional enfermeiro, o qual a cada vez mais vem ganhando espaço na comunidade enquanto profissão. Nesta perspectiva a instituição formadora dos cursos de enfermagem vem assumindo um papel ativo nos modelos estratégicos de ensinar e aprender. Por esta razão, as várias instâncias do atual Sistema de Saúde têm um papel indispensável tanto no campo das práticas de saúde quanto no campo da formação de profissionais, em especial do enfermeiro.

Consoante a isto, permitiu-se a discussão sobre as possibilidades e perspectivas da assistência à saúde no país, formalizando a unificação dos serviços

de saúde situados nas várias esferas de governo. No final da década de 80 e início da década de 90 já se faziam sentir, no cenário nacional, as conseqüências da crise do modelo econômico adotado por países capitalistas.

Ademais, na década de 90, percebe-se o importante papel da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN, para um processo de luta, com a redemocratização, o qual desencadeia:

um amplo debate por meio dos Seminários Nacionais e Regionais sobre o “Perfil e Competência de Enfermeiros” e “Proposta de Currículos Mínimos de Enfermagem”, mobilizando docentes, discentes e profissionais dos serviços, objetivando a construção coletiva de um projeto educacional para a Enfermagem brasileira. A troca de experiências e a riqueza das discussões geradas nesse movimento subsidiaram o Parecer nº 1.721 do Ministério da Educação, em 15 de dezembro de 1994 (HADDAD. et al. 2006, p.144).

Ainda, segundo a mesma autora, a ABEN, mantendo-se vigilante ao desenvolvimento do ensino de Enfermagem no País, cria, a partir de 1994, os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADENS que trouxeram contribuições significativas para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (ANEXO 6), além de constituírem espaços para aprofundamento da construção coletiva das políticas e propostas que tratam da educação em Enfermagem.

No que se refere ao ensino, verifica-se a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9.394, aprovada em 20 de dezembro de 1996 em seu artigo nº. 53 atribuiu as Universidades à competência de fixar o currículo dos seus cursos e programas, por meio das comissões de especialistas do ensino de graduação. (BRASIL, MINISTÉRIO da EDUCAÇÃO e CULTURA, 1996).

Desta forma, as diretrizes resultantes deste processo estabelecem a elaboração de um Projeto Pedagógico que contemple as dimensões necessárias à formação do enfermeiro, pautada em competência e habilidades, conteúdos essenciais para a formação do Enfermeiro em cursos de graduação.

Com base nesses aspectos, considera-se oportuna uma investigação fundamentada numa abordagem de ensino diferente daquela

vivenciada pela maioria dos enfermeiros durante sua escolarização. Essa abordagem problematizadora segue a dinâmica do Método do Arco de Manguerez¹⁹, promove a aquisição do saber e o desenvolvimento do educando pela valorização do conteúdo vinculado ao contexto histórico, social, cultural e científico.

No pensar de Jones e Brown (1991, p. 529), a Metodologia da Problematização²⁰ ajuda-nos a correlacionar, de maneira clara e direta, o pensamento crítico quando se refere a mudar a realidade a focalizar o processo desenvolvido, enfatizando que valores e compromissos pessoais estimulam e sustentam um sentido amplo do pensamento crítico.

Cavallet (1999) referindo-se ao evento internacional relacionado à formação universitária, a Conferência Mundial sobre Educação Superior, realizada pela UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, em Paris em 1998, afirma que ficou evidenciada a disputa nas universidades pela hegemonia entre a concepção econômica de educação e a concepção humanística. A questão econômica enfatiza o mercado como determinante das finalidades do ensino superior, enquanto que a humanística, valoriza o desenvolvimento integral do homem. Esse dualismo divisionista, na opinião do autor, aponta para o enfraquecimento do ensino superior como propulsor de uma visão pluralista e enriquecedora na construção do conhecimento, ao priorizar o treinamento de profissionais para as diferentes áreas e necessidades do setor produtivo diminuindo a formação cultural. Em decorrência, os cursos desenvolvem um questionamento restrito sobre as contradições da formação dos estudantes. Existe a preocupação com a execução das disciplinas e distanciamento do objetivo principal dos cursos para a formação harmoniosa e integral dos profissionais de nível superior, socialmente compromissados.

¹⁹ Método do Arco de Manguerez: O Arco tem como ponte de partida um recorte da realidade e como ponto de chegada essa mesma realidade. (Este tema será melhor discutido no capítulo V).

²⁰ Metodologia da Problematização: Ela utiliza-se do Arco de Charles Maguerez, já que no esquema construído por ele “encontra-se um caminho metodológico capaz de orientar a prática pedagógica de um educador preocupado com o desenvolvimento de seus alunos e com sua autonomia intelectual, visando o pensamento crítico e criativo e também a preparação para uma atuação política” (BERBEL, 1999, p.2).

Ressalta-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem estabeleceram o perfil do profissional enfermeiro a ser formado. Na Resolução CNE/CES Nº. 3, de 7 de novembro de 2001. No Art. 3º o Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

I - Enfermeiro, com formações generalistas, humanistas, críticas e reflexivas. Um profissional qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/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. (BRASIL, MEC, 2001).

Diante destas colocações há necessidade de ressaltar as competências gerais estabelecidas para os profissionais de saúde na Lei 9.394/90 das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem: No Art. 4º. A formação do enfermeiro tem por objetivo preparar o profissional para o exercício das seguintes competências gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

II - Tomada de decisões: os profissionais devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

III - Comunicação: os profissionais da saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com os outros profissionais de saúde e o público em geral.

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.

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

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. (RESOLUÇÃO 2001).

Acredita-se que os profissionais enfermeiros, formados a partir desta concepção possam ser mais críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos, com capacidade técnico-científica e humana necessárias às demandas de uma sociedade em que o conhecimento e poder se interpenetram na esfera pública até as exigências do mercado redefinindo o significado do espaço público nas universidades e afetando na raiz sua "missão social". A resposta a esse processo, precisa vir no bojo de uma reforma que aponte a direção e que tenha a capacidade de articular os anseios da comunidade acadêmica por uma reestruturação universitária com as demandas legítimas das instâncias representativas da sociedade.

3.1 TENDÊNCIAS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

A criação de novos cursos de Enfermagem, no Brasil, ocorreu de forma irregular, como evidencia a pesquisa de referenciais bibliográficos realizada pelo Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE²¹. Este coloca que até 1947 foram criados 16 cursos de Enfermagem. Já no período de 1947 a 1964 ocorreu um aumento de 43,75% na criação dos cursos, nesta época foram criados 23 cursos.

Segundo Haddad, et al. (2006, p. 145) “esse crescimento foi mais acentuado a partir do final da década de 1960, quando se dá a expansão do ensino

²¹ ENADE – é uma das modalidades de avaliação do Sistema Nacional da Educação Superior – SINAES, e tem como objetivos: aferir o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares, suas habilidades para ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão. (HADDAD et al., 2006, p. 153).

de Enfermagem no País”. Assim em 1964 existiam 39 cursos e em 1991 este número passou para um total de 106 cursos, ou seja, uma expansão de 171%.

De acordo com os dados disponibilizados pelo MEC/Inep/Deaes, em 1991 existiam 106 cursos de graduação em Enfermagem. Em 2004 esse número passou para 415, o que significa um aumento de 291,5%. Essa expansão foi mais significativa a partir da LDB/96, constatou-se que de 1991 até 1996 foram criados apenas cinco cursos, ou seja, um aumento de 4,71%, enquanto que de 1996 a 2004, foram criados 304 cursos, indicando uma expansão de 286,79%. Essa expansão, contudo, não se deu de maneira uniforme ocorreu, predominantemente, na:

Região Sudeste, passando de 50 cursos em 1991 para 220, em 2004, ou seja, um crescimento de 340%, seguida da Região Sul que passou de 21 cursos, em 1991, para 84, em 2004, o que significa uma expansão de 300%. Devido ao aumento do número de cursos na Região Centro-Oeste, de 5, em 1991, para 29, em 2004, essa região apresentou maior participação proporcional de crescimento de cursos. (HADDAD. et al. . 2006, p. 146).

TABELA 1 - Oferta de cursos de graduação em enfermagem por região geográfica, 1991 – 2004

REGIÕES	TOTAL EM 1991	TOTAL EM 2004	%
Centro-Oeste	5	29	480,0
Sudeste	50	220	340,0
Sul	21	84	300,0
Nordeste	22	61	177,3
Norte	8	21	162,5
TOTAL	106	415	291,5

Fonte: HADDAD. et al. . 2006, p. 146.

Essas desigualdades regionais refletem o desenvolvimento industrial das Regiões Sudeste e Sul, que, por sua vez, induzem à demanda por serviços qualificados.

Vale destacar, que a desigualdade na oferta de cursos se faz presente não apenas entre as regiões, mas também no interior das mesmas dos 220 cursos existentes na Região sudeste, 109 (49,54%) estão no Estado de São Paulo.

A Tabela 1 revela, ainda, um aumento do número de cursos em todas as regiões do País e conseqüentemente um aumento da oferta de vagas. Alguns fatores contribuíram para estes índices como: a necessidade de saúde da população, aumento do número de enfermeiros por habitante atingindo o atendimento das necessidades de sustentação do modelo de atenção à saúde vigente no País, respeitando os parâmetros de dimensionamento de pessoal de Enfermagem e as prerrogativas da Lei do Exercício Profissional (ANEXO – 4), produzindo impacto nos indicadores de saúde.

Segundo Haddad et al. (2006) não basta ampliar os números de curso/vagas sem o simultâneo investimento na expansão e adequação dos serviços, com vistas à inserção do profissional nesse mercado de trabalho. O crescimento do número de cursos/vagas merece um efetivo sistema de regulação, baseado na avaliação, por parte do Estado, sobre as condições de ensino, ou seja, a infraestrutura, a política de recursos humanos e a organização didático-pedagógica, tanto na rede pública como na privada.

TABELA 2 - Oferta de cursos de graduação em enfermagem por categoria administrativa, 1991 – 2004

CATEGORIA ADMINISTRATIVA	TOTAL EM 1991	TOTAL EM 2004	%
REDE PÚBLICA	61	93	52,45%
REDE PRIVADA	45	322	615,55%

Fonte: HADDAD. et al. . 2006, p. 146.

Além da desigualdade regional na oferta de cursos, observa-se, também, um desequilíbrio na distribuição dos cursos por categoria administrativa. Conforme demonstra a Tabela 2, o crescimento dos cursos da rede pública foi menor do que os da rede privada. Os cursos da rede pública passaram de 61 em 1991, para 93 em 2004, representando um incremento na ordem de 52,45%, enquanto que nos cursos de rede privada passaram de 45 para 322 um incremento de 615,55%.

Para Haddad, et al. (2006, p. 148) “esse desequilíbrio entre os cursos da rede pública e rede privada expressa a premissa mercadológica da educação superior que valorizou o mercado econômico como elemento fundamental na criação de novos cursos e instituições”.

Vale salientar que esse crescimento da rede privada tornou-se mais acentuado, a partir de 1997, com o respaldo na autonomia dada às Instituições de Ensino Superior e na flexibilização dos currículos em decorrência da LDB, a partir de 1996. Esse crescimento quantitativo dos cursos de Enfermagem e as mudanças curriculares permitidas pela LDB, foram aspectos incentivadores para a realização da parte da pesquisa que conta com a colaboração de acadêmicos e docentes do curso de Enfermagem como se verá a seguir.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO

Este estudo tem como abordagem à pesquisa qualitativa descritiva especificada por Triviños, (1987, p.128) que relata a pesquisa qualitativa com apoio teórico na fenomenologia descritiva.

Como as descrições dos fenômenos estão impregnadas de significados que o ambiente lhes outorga, e como aquelas são produtos de uma visão subjetiva. Desta maneira, a interpretação dos resultados surge como uma totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno no contexto. Segundo o autor, os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com resultados e o produto. Nessa pesquisa, optou-se por uma abordagem qualitativa, que favorece uma análise dos significados descritivos e compreensão da subjetividade dos sujeitos.

Na abordagem fenomenológica o pesquisador procura entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir, daí situar sua interpretação desses fenômenos.

Ainda na pesquisa qualitativa é importante à organização da pesquisa conceitual tanto quanto a formação do pesquisador. Este conceito é reafirmado por Santaella (2001, p. 143):

[...] ao salientar que o objeto deixa de ser tomado como um dado externo e neutro o sujeito deve ser considerado parte do processo de conhecimento, de forma a atribuir significados ao o que se pesquisa; ou seja, a metodologia da pesquisa qualitativa vem contribuir significativamente quanto a posição do pesquisador, do pesquisado e do objeto de pesquisa como dos integrantes de toda a investigação.

Neste sentido, Víctora (2000, p.53) entende que:

partindo do princípio de que as regras que norteiam os comportamentos humanos não estão explícitas (ao contrário, muitas vezes encontram-se veladas) o trabalho do pesquisador deve ser o de examinar minuciosamente os diversos aspectos da vida dos diferentes grupos sociais.

Uma pesquisa qualitativa na área da saúde, refere-se a uma realidade complexa que demanda uma interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais, políticos e ambientais de condição humana.

Para Minayo (2001), “a corrente qualitativa não se preocupa em quantificar, mas lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum”.

Através das revisões bibliográficas, observou-se que a abordagem qualitativa tem sido amplamente utilizada na metodologia das pesquisas em educação e enfermagem. Para Merigui (2003) “oferece a possibilidade de alcançar as respostas para questões particulares que envolvem o cuidado e a assistência de enfermagem, observando os aspectos subjetivos da experiência humana no processo saúde/doença”. Já para Ravelli (2004) “a pesquisa qualitativa permite que o pesquisador tenha um envolvimento significativo com as vivências dos sujeitos, e consiga descrever os fatos ocorridos e vividos pelos sujeitos”.

A partir desta perspectiva a proposta de pesquisa, vai ao encontro com o dizer de Merigui, pois buscou-se nas possíveis respostas verificar junto aos professores e acadêmicos futuros profissionais de enfermagem os seus saberes para atuar em Saúde Pública.

O processo de construção do conhecimento nesta pesquisa pode ser comparado com momentos de busca de informações e dados por meio de instrumentos de investigação que permitam fazer uso da percepção, do sentir e do falar com os sujeitos e momentos de escrever com um olhar crítico sobre o que foi coletado.

No intuito de possibilitar uma melhor coleta de dados buscando captar a realidade com seu processo de continuo movimento, foram utilizados três instrumentos: a) grupo focal, b) entrevista semi-estruturada, c) análise documental.

4.1 Grupo Focal

O Grupo Focal é uma técnica de pesquisa qualitativa em que são realizadas entrevistas em grupo focalizado, visando obter informações de como as pessoas pensam, ou agem em relação a determinado tema de estudo. Segundo Gatti (2005, p.11) grupo focal pode ser definido:

“Técnica que permite compreender o processo de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações comportamentais e atitudes. Importante para conhecimento das representações, percepções, crenças valores prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, revelantes para o estudo do problema visado. Grupo focal permite fazer emergir uma multiplicidade de ponto de vista e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a capacitação de significados que, com outros meios poderiam ser difíceis de manifestar”.

Ainda, para os autores Ressel, Gualda, Gonzalez, (2002), o grupo focal vem sendo utilizado com bastante freqüência na área, de enfermagem sendo apropriada a pesquisas qualitativas, em que se pretende explorar um "foco", ou seja, um ponto em especial. Pois, pode ser empregada, tanto em tema específico, cuja finalidade é deixar emergir as diferentes visões sobre o mesmo assunto como para se apreender as diferentes visões de mundo e de determinados temas, ou mesmo

quando se quer entender em profundidade um comportamento dentro de um grupo determinado.

Finalmente, deve-se considerar que possibilita, por meio de um fórum de discussão, a construção de um conhecimento coletivo do grupo e possibilita um pensamento mais crítico e a desalienação do processo analisado.

4.2.2 CONSTITUIÇÃO E DESENVOLVIMENTO NA COLETA DOS DADOS PARA O GRUPO FOCAL

Na realização da pesquisa, através do grupo focal, com um roteiro pré – estabelecido, procurou-se captar conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações a partir das trocas realizadas no grupo, o que não seria possível com outras técnicas. A escolha dos sujeitos do estudo foi definida a partir dos seguintes critérios: acadêmicos do quarto ano do Curso de Graduação em Enfermagem (futuros egressos) da UEPG. Participaram do grupo focal 12 (doze) acadêmicos, os quais foram convidados de forma aleatória por adesão, porém, posteriormente fez-se necessário um convite formal (Apêndice 5) para composição dos sujeitos na técnica do grupo focal. Estes foram caracterizados como A1, A2, A3, A4,... sucessivamente.

O encontro aconteceu no dia seis de dezembro de dois mil e cinco, numa sala de aula cedida pela UEPG, ambiente calmo, privado, que possibilitou o desempenho desta atividade sem interrupções e durou cerca de 2 horas e trinta minutos. Além dos acadêmicos o grupo focal contou com a participação de três coordenadores: uma observadora, uma moderadora, uma auxiliar fazendo parte também a pesquisadora.

No início do encontro, a moderadora esclareceu os objetivos e o método para a coleta de dados da pesquisa. Explicou que a observadora não teria participação verbal e que permaneceria com a tarefa de registrar os movimentos importantes do grupo e os fatos relativos ao ambiente.

Quanto ao tempo, optou-se pela duração de uma hora e trinta minutos para o encontro, segundo a orientação de Westphal, Bogus e Faria (1995), que sugerem esse tempo para cada sessão, sendo que conforme a exaustão dos dados pode-se estender ou reduzir o desenvolvimento do encontro.

A primeira parte do encontro foi à apresentação individual dos participantes, incluindo a dos coordenadores. Logo após a apresentação, foi desenvolvida uma dinâmica de aquecimento que é definida por Minayo (1996) como importante, pois este primeiro contato é fundamental para adesão ao grupo. Esse momento prévio à discussão propiciou, aos participantes, o aconchego e a segurança para as reflexões.

Trabalhou-se em sala de aula, com cadeiras dispostas em círculo, por promover maior interação dos sujeitos, com seis mesas pequenas, sendo duas delas utilizadas para acomodar dois gravadores em locais diferentes e as outras quatro mesas para servir um lanche no decorrer do encontro, permaneceu um clima acolhedor entre os participantes.

Tendo em vista a necessidade e direito dos participantes de conhecerem e compreenderem a realidade que os cercam, procedeu-se ao esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e as repercussões do processo investigativo. Após a apresentação da proposta de trabalho, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (Anexo 3) para participação na pesquisa. Todos os participantes eram moradores de Ponta Grossa, a maioria do sexo feminino e solteiras.

Foi garantido o sigilo das informações e da identidade dos participantes do estudo. Todas as discussões foram gravadas em fita cassete e depois transcritas.

No início da discussão, notou-se certa apreensão dos acadêmicos em fazer suas colocações, entretanto passado este primeiro momento, já mais seguros, as discussões foram proveitosas. Surgiram então concepções tais como: a importância da enfermagem, o papel da enfermagem em relação à comunidade, a formação do enfermeiro, o curso de enfermagem da UEPG.

No final do encontro, fez-se uma avaliação acerca dos temas discutidos, bem como em relação à importância do exercício enquanto espaço de

autoconhecimento, auto-afirmação profissional, revisão de conceitos e reflexão crítica a respeito das atividades cotidianas do enfermeiro. Considerou-se esse aspecto como uma das vantagens da organização de um grupo focal que conduz ao pensamento crítico e processo de desalienação.

4.2.2.1 Entrevista semi-estruturada

A outra etapa da coleta de dados foi à entrevista semi-estruturada. Minayo (1996, p. 107) descreve que a entrevista semi-estruturada “[...] é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo”. A mesma autora relata, ainda que (1996, p.57):

[...] através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na falados atores sociais. Ela não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Segundo Triviños (2001) essa técnica de entrevista possui a vantagem da presença do pesquisador, permitindo que o participante tenha todas as perspectivas de resposta livre e espontânea aos questionamentos, o que enriquece a investigação. As perguntas norteadoras do estudo, diz o autor, são fruto da investigação teórica do pesquisador com as informações levantadas a respeito do fenômeno estudado, com o intuito de direcionar para a compreensão do problema de pesquisa.

Ainda para o mesmo autor, a entrevista semi-estruturada mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância da situação do pesquisado, o que favorece não só a descrição dos fenômenos, mas sua explicação e compreensão. Prossegue, dizendo que o caráter de interação que permeia a entrevista cria uma atmosfera harmônica entre quem pergunta e quem responde.

A entrevista realizou-se com seis enfermeiros docentes do curso de graduação em enfermagem, que foram tratados por D1, D2, D3, D4,... sucessivamente, sendo que os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 3), que de alguma forma estiveram envolvidos com conteúdos em saúde pública no decorrer da formação dos egressos do curso de enfermagem, 1ª. turma da UEPG, a fim de contribuir com outra dimensão na análise, ou seja, à visão docente. As indagações foram construídas objetivando levantar dados sobre o comprometimento do docente no processo de formação do enfermeiro, bem como sobre a importância das disciplinas em relação à atuação do enfermeiro na saúde pública.

4.2.2.1.1 Análise Documental

A análise documental surgiu da pesquisa histórica. “A própria história é uma parte real da História Natural, do desenvolvimento da natureza até chegar ao homem”. Lombardi (2004).

Um dos registros dessa história são documentos que ao serem utilizados pelo pesquisador se tornam uma fonte de pesquisa. “Não é possível o entendimento dos objetos de investigação sem as fontes” Lombardi (2004, p.155).

A análise documental é uma fonte poderosa das quais podem ser retirados evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador com baixo custo.

A análise documental limitou-se aos registros contidos no Projeto Pedagógico: disciplinas e suas ementas do curso de graduação em enfermagem da UEPG, com objetivo de verificar se os mesmos contemplam os conhecimentos em saúde pública, na formação do profissional enfermeiro.

Acredita-se que a análise destes documentos possibilite um levantamento de categorias a serem mais aprofundadas nas questões do grupo focal bem como nas entrevistas semi-estruturadas ou mesmo de afirmações ou declarações que possam fundamentar parte desta pesquisa.

Para a análise deste documento foi essencial encontrar e formular alguns conceitos chave e classificar as respostas dentro dos mesmos. Conceitos tais como: projeto pedagógico, currículo, saúde, saúde pública, saúde coletiva, sistema único de saúde, competências, habilidades, dentre outros.

4.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Dentre os vários métodos propostos para análise de dados, optou-se pela utilização da análise dos conteúdos no projeto pedagógico e ementas das disciplinas, transcrições das entrevistas semi-estruturadas e do grupo focal.

O tratamento dos dados realizou-se com base na Análise de Conteúdo como menciona Flick (2004, p. 188):

A interpretação de dados é o cerne da pesquisa qualitativa. Bem se percebe a necessidade de uma boa interpretação quando se refere a dados qualitativos, estes não são meramente pensamentos trazidos pelos pesquisados, é sim uma forma de argumentação e transposição das diversas maneiras que se tem sobre um determinado assunto.

E também descrita por Bardin (1977, p. 42), na qual a Análise de Conteúdo se caracteriza por:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Com essa definição, Triviños (2001, p. 129) também acrescenta dizendo que “a análise de conteúdo encontra-se no marco da Teoria da Comunicação, em que o discurso é visto como uma mensagem que parte do emissor e chega ao receptor”.

Bardin (1977, p. 30) descreve que a análise das informações coletadas procura atingir três objetivos distintos: buscar a essência, a partir do material coletado, informar, confirmar e/ou levantar hipóteses e ampliar a compreensão dos contextos culturais. A análise de conteúdo possui funções que, na prática, podem ou não se dissociar a função holística²²:

na análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão à descoberta. Tem função de administração da prova: hipóteses sob a forma de questões ou de afirmações provisórias servindo de diretrizes, apelarão para o método de análise sistemática para serem verificadas no sentido de uma confirmação ou de uma informação.

A análise de conteúdo pode ser uma análise temática, que caracteriza um ou vários temas ou itens de significação, em unidades de codificação, que surge em um texto analisado; dessa forma torna-se fácil escolher a frase, que seria essa unidade de codificação (Bardin, 1977). A autora conclui, dizendo que a realização da análise consiste em descobrir os núcleos de sentido, que compõem uma comunicação cuja frequência tenha algum significado para o objeto de estudo da pesquisa.

A análise de conteúdo desdobra-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Para Bardin (1977, p. 95), a pré-análise é:

a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, que tem por objeto tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas.

²² *função holística*. Destaque dado pelo autor.

Nesta primeira etapa, após a transcrição do material coletado, realizou-se uma leitura flutuante²³, de forma exaustiva, para organizar o material e analisar, conforme salienta Bardin pouco a pouco, a leitura vai-se tornando mais precisa. Nesta etapa, os dados procedentes do grupo focal, através da discussão grupal e das entrevistas, foram lidos e organizados, visando iniciar a análise propriamente dita.

A seguir, ocorre a Exploração do Material, fase longa e fastidiosa, que consiste na codificação dos dados, objetivando alcançar a essência na compreensão do texto, que, segundo Bardin (1977, p. 103), tratar o material é codificá-lo, e que:

a codificação corresponde a uma transformação (...) dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto.

Segundo Ravelli (2004, p. 57):

é por meio de inúmeras leituras e desta forma, estando o pesquisador mergulhado na essência propriamente dita do texto, ocorrem os recortes e agregações, visando emergir categorias e subcategorias mediante suas representações.

Cabe salientar, aqui, as unidades de registro e de contexto, por sua importância neste momento. A primeira “é a unidade de significação e codificar e corresponder ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização”. (BARDIN, 1977, p. 104).

Ainda, o mesmo autor acrescenta que “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado: palavra, frase,

²³ Leitura flutuante - é o primeiro contato com os documentos se constitui no que Bardin (1979:96) chama de "leitura flutuantes". É a leitura em que surgem hipóteses ou questões norteadoras, em função de teorias conhecidas.

temas, acontecimentos, entre outros”. Já, a unidade de contexto “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro [...]. Isto pode, por exemplo, ser a frase para a palavra e o parágrafo para o tema”.

Finalmente, a última etapa é o tratamento dos resultados obtidos, que seriam os dados emergentes ainda brutos que serão tratados de maneira a torná-los significativos e validados para o estudo.

Bardin (1977, p. 117) destaca que, a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.

Seguindo cautelosamente cada etapa da análise dos dados coletados, emergiram cinco categorias descritas no quinto capítulo.

4.3.1 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

Estudos baseados em análises de respostas como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta. Entretanto, o material pesquisado sobre essa metodologia raramente apresenta o percurso do pesquisado, desde o momento em que estabelece sua idéia expressada na resposta até as conclusões apresentadas mediante a resposta propriamente dita.

Como bem denomina Mitsuko Antunes, trata-se de um processo de "garimpagem"; se as categorias de análise dependem das respostas, elas precisam ser encontrados "extraídos" das entrelinhas, receber um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabeleça a montagem das peças, como num quebra-cabeça. Nesse sentido, a análise das respostas é uma das dificuldades desse tipo de pesquisa, já que nem sempre os sujeitos pesquisados expõem o que realmente pensam ou sabem.

5 A PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Neste quinto capítulo trata-se da análise das falas dos acadêmicos e professores sobre a prática pedagógica realizada no curso de Enfermagem.

Para realizar as reflexões foram considerados os referencias sobre o tema e as experiências da própria pesquisadora vivenciada no trabalho desenvolvido com acadêmicos egressos do curso de enfermagem e o trabalho com docentes e pesquisadores na Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientou-se por uma leitura crítica, de aproximação e afastamento, pois se entende que não há como separar a influência das experiências vividas durante o processo de análise. No entanto, houve um esforço de orientar-se por uma atitude ético-política, que, de certo modo, também limita o olhar do profissional e do pesquisador. Logo se reconhece o caráter político de toda a investigação social, como de resto de toda a ação profissional e entende-se que a melhor forma de se trabalhar com esse conteúdo que, condiciona a produção de conhecimentos, é explicitá-lo ao invés de negá-lo.

Nessa perspectiva de uma leitura crítica, procura-se ver o outro como sujeito e não como objeto. Isso significa reconhecer que todos acumulam algum tipo de conhecimento e as análises, construções, buscas de explicações e alternativas de enfrentamento devem ser construídas de modo transdisciplinar e coletivo, para que sejam legítimas. Essa postura exige do profissional um despojar-se da pseudo-estabilidade do aporte apoiado no "poder técnico". Pressupõe também a superação da centralidade no ideário do pesquisador para uma postura de partilha, em que somos todos aprendizes de algo, e colocamos o saber a serviço da população.

Após as transcrições das entrevistas e do grupo focal, foram examinadas as respostas objetivando levantar as indicações dos docentes e dos acadêmicos do curso de enfermagem, na organização foram consideradas às recorrências e as singularidades.

Para organizar os dados obtidos, optou-se por sistematizar em categorias. As categorias foram organizadas a partir das inferências realizadas

durante a leitura das falas e do agrupamento do conteúdo delas por aproximações. Assim, foram estabelecidas as seguintes categorias:

- A formação no curso de enfermagem; ênfase do projeto pedagógico.
- Os conhecimentos indicados na formação do profissional enfermeiro para atuar em saúde pública.
- A relação teoria e prática no processo de formação do enfermeiro.
- A ação do Docente na formação do enfermeiro para saúde pública.
- A ação do enfermeiro e suas relações com a prevenção numa abordagem das políticas de saúde.

5.1 A FORMAÇÃO NO CURSO DE ENFERMAGEM; ÊNFASE NO PROJETO PEDAGÓGICO

Esta primeira categoria a ser analisada nos remete a uma visão do núcleo central do curso de graduação em enfermagem da UEPG. A partir desta será desencadeado um processo para o esclarecimento das indagações iniciais referente ao problema de pesquisa.

Pensar e discutir formas de organizar e desenvolver o trabalho de enfermagem relacionado ao projeto pedagógico atual do curso de Enfermagem da UEPG remete a discutir, a relação teoria e prática na formação do enfermeiro para atuar na Saúde Pública realizada na e pela prática pedagógica. A partir disso, é importante análise do projeto pedagógico do Curso de enfermagem da UEPG para verificar os elementos práticos, metodológicos e teóricos indicados que são indícios do processo formativo que é ali desenvolvido.

No decorrer da pesquisa sentiu-se a necessidade de esclarecer o motivo da criação do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta

Grossa. Para que isso pudesse ser concretizado buscou-se no mês de maio de 2006, um “informante chave”.

Desta forma, incluí-se neste estudo o Coordenador do NESCO²⁴ – Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva do Município de Ponta Grossa, que trouxe alguns esclarecimentos quanto à história do curso de enfermagem e sua relação com o NESCO, a qual foi exposta:

O curso de enfermagem nasceu da preocupação que o grupo do NESCO, tinha naquele momento com a Secretaria de Estado da Saúde, com a programação de vários cursos e eventos para treinamento do Programa Saúde da Família (PSF) em municípios da região dos Campos Gerais. Ponta Grossa ainda não contava com o PSF isso devido à dificuldade de encontrar profissionais enfermeiros para atuar na equipe do PSF. Então surgiu o interesse e a necessidade de fazer um curso de enfermagem para suprir a falta deste profissional em nosso Município, bem como em toda a região. Pois com o Programa do PSF, esta região receberia mais incentivos para a saúde, por parte da Secretaria da Saúde. Neste sentido o Governo do Estado apoiou a iniciativa e viabilizou a instituição formadora a contratação de professores e demais necessidades. . (COORDENADOR DO NESCO – GESTÃO 1997-1999).

²⁴ NESCO - A criação do Nesco está relacionada com o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que na década de 80, produziu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujas recomendações foram incorporadas à Carta Magna de 1988 e às leis orgânicas da saúde (leis 8080 e 8142 de 1990), originando o Sistema Único de Saúde – SUS. É da mesma época a criação ou reativação de núcleos congêneres. Tais núcleos vêm atuando como uma rede no apoio ao desenvolvimento do SUS, freqüentemente em colaboração com o Ministério da Saúde, outras vezes associado a secretarias estaduais e municipais de saúde. O NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESCO – foi criado em 30 de novembro de 1987 pelas Universidades Estaduais de Londrina, Maringá e Ponta Grossa. Está sediado no prédio II do Centro de Ciências da Saúde – CCS da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Conforme as disposições expressas em seu Estatuto o NESCO tem por objetivos principais: • proporcionar assessoria, direta ou indireta, a grupos interessados em desenvolver projetos de pesquisa na área de saúde coletiva; estimular as pesquisas que permitam conhecer da realidade da saúde;• identificar problemas considerados relevantes na área de saúde coletiva e pesquisadores interessados no seu equacionamento;• estimular a formação de recursos humanos na área de saúde coletiva;• aglutinar esforços e conhecimento de pesquisadores com a finalidade de oferecer suporte técnico-científico às Instituições envolvidas com os problemas da saúde coletiva;• realizar pesquisas próprias e em convênio com outras Instituições;• efetuar cursos de extensão e treinamento próprios e em convênio com outras Instituições;• dar apoio a cursos, pesquisas e outras atividades nos programas mantidos pelas Universidades;• manter intercâmbio com outros organismos relacionados às suas atividades;• prestar serviços de assessoria a órgãos públicos. O NESCO é administrado, em nível superior, por um Conselho Técnico Administrativo – CTA – com representantes das três universidades associadas e em nível executivo, por uma Coordenação Geral. Possui uma coordenação local em cada uma das 3 universidades.

A fala do coordenador expõe o motivo da necessidade da implantação do curso de Enfermagem no município de Ponta Grossa e sua relação com o Programa Saúde da Família. Segue seu discurso explanando sobre como se deu essa implantação.

Contamos com a ajuda do Reitor para que fosse montado aqui na sede do NESCO o projeto. Depois de pesquisas feitas nas universidades que já contavam com o curso, especialmente a Universidade Estadual de Londrina, encaminhamos o projeto de criação do curso de enfermagem para tramitar oficialmente na Universidade. E a partir daí a Universidade então abriu o curso de enfermagem. (COORDENADOR DO NESCO – GESTÃO 1997-1999).

Esta fala mostra todo o empenho do Coordenador do NESCO, bem como, de todo o grupo de profissionais no sentido de viabilizar o Curso de Enfermagem, que viesse beneficiar não somente o Município de Ponta Grossa, mas toda a região dos Campos Gerais²⁵.

A partir deste esclarecimento, iniciam-se as falas dos acadêmicos os quais reconhecem a importância da UEPG, a qual tem vínculo com o NESCO na história da criação do projeto do curso de enfermagem, bem como, ter pessoas ligadas à saúde pública na elaboração da grade curricular, conforme relatam:

²⁵ - Região dos Campos Gerais - A região denominada Campos Gerais do Paraná, abrangida neste dicionário, não tem uma definição única e permanente, visto que esta tem sido modificada, atendendo a necessidades e conveniências de uma identificação regional dentro de um estado com marcante dinâmica territorial nas últimas décadas. A expressão "Campos Gerais do Paraná" foi consagrada por MAACK (1948), que a definiu como uma zona fitogeográfica natural, com campos limpos e matas galerias ou capões isolados de floresta ombrófila mista, onde aparece o pinheiro araucária. Nessa definição, a região é ainda limitada à área de ocorrência desta vegetação que a caracteriza situada sobre o Segundo Planalto Paranaense, no reverso da Escarpa Devoniana, a qual o separa do Primeiro Planalto, situado a leste. Os Campos Gerais do Paraná são formados pelos seguintes municípios: Arapoti; Campo de Tenente; Cândido de Abreu; Castro; Ipiranga; Jaguaraíva; Ortigueira; Piraí do Sul; Porto Amazonas; Reserva; Telêmaco Borba; Tibagi; Balsa Nova; Campo Largo; Carambeí; Imbaú; Ivaí; Lapa; Palmeira; Ponta Grossa; Rio Negro; São José da Boa Vista; Teixeira Soares e Ventania.

A Universidade Estadual de Ponta Grossa tem um vínculo muito forte com o NESCO – Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva. Esta questão de estar relacionada com o NESCO faz o diferencial entre uma instituição pública e privada, pois os professores da instituição pública estão envolvidos diretamente com esta instituição (A1).

O curso de enfermagem, ele nasceu organizado na NESCO, na discussão de vários profissionais de saúde de Ponta Grossa. Toda a grade curricular foi elaborada a partir desta discussão, de quais as necessidades que o curso de enfermagem de Ponta Grossa deveria abordar tudo então acho que este foi o diferencial, ele nasceu voltado para a Saúde Pública a partir das necessidades sentidas por estes profissionais de saúde. Foi desenvolvido, portanto por pessoas ligadas a Saúde Pública (A2).

Estas colocações feitas pelos acadêmicos retratam o conhecimento e a valorização pela história da criação do curso de enfermagem, bem como, os seus detalhes da construção da grade curricular.

O Coordenador da NESCO, Gestão (1997-1999) coloca:

Na realidade no início do curso algumas coisas aconteceram que não era esperado, não houve concurso e com isso houve a necessidade de contratação de professores por regime de colaborador, e aí se trabalhou muito junto ao Instituto de Saúde Ponta Grossa, pra que enfermeiros que já tinham uma prática com a saúde pública pudessem dar aulas aqui na universidade, então em toda a abertura de testes seletivos para contratação de professor colaborador, nos reforçava o convite pra profissionais da área de enfermagem que trabalhavam na gerência e ou cargos de direção para que viessem dar aulas no curso de enfermagem, com isso teríamos profissionais com experiência no seu cotidiano, e assim iria adquirir experiência na docência, então o que de início foi uma dificuldade, que era não ter o concurso público se tornou bom porque deu pra escolher professores com experiência e isto contribuiu muito com o curso. De enfermagem da UEPG.

Conforme relato fica claro as dificuldades que o curso teve em seu início, porém estas dificuldades foram sanadas no decorrer do processo, até com algumas vantagens na formação do futuro profissional enfermeiro.

Nessa direção, destacam-se as declarações dos acadêmicos que reconhecem a importância da participação de determinados membros do corpo docente atuar na saúde pública, e como consequência disso, conhecem as reais necessidades da população e como funciona a Saúde Pública.

Outro fator do nosso curso foi alguns de nossos professores estar envolvidos diretamente na administração pública, como no Instituto de Saúde com a saúde de Ponta Grossa, isso vai dar um diferencial que outros não tem no particular, ter o contato direto com os profissionais ligados com a gerencia do sistema de saúde de Ponta Grossa, isso acho que foi um diferencial (A 1).

Professores envolvidos com a própria política de saúde em Ponta Grossa. Teve professores que eram gerentes do instituto de saúde, diretores. Então ocupavam cargos grandes na gestão de Saúde Pública de Ponta Grossa. Eles passavam pra gente a experiência que eles tinham ali (A4).

O vínculo dos professores com os setores da administração pública e conseqüente proximidade com as práticas da saúde pública. Foi valorizado nas falas dos acadêmicos, pois vivenciaram esta realidade, ficando claro o benefício que os mesmos tiveram durante sua formação. Há um vínculo dos professores com a prática da saúde pública em nível Municipal, isto está sendo valorizado nas falas dos alunos.

Em relação ao projeto pedagógico do curso de Enfermagem de Ponta Grossa, é colocado que:

O processo para construção desta proposta curricular envolveu discussões sobre princípios, crenças e valores que devem nortear a formação do enfermeiro. Destas discussões fez parte o entendimento do significado da educação como uma prática social, uma vez que a mesma tem caráter histórico, temporal e necessita inserir-se num contexto social. (CRITELLI, 1981).

Os relatos dos acadêmicos vêm ao encontro com as afirmações de Critelli (1981), pois enfatizam a preocupação do curso em direcionar o processo de formativo para saúde pública.

Chirelli (2002, p.10 e 11) afirma que “[...] os projetos pedagógicos dos cursos de graduação deveriam estar sintonizados com esta visão de mundo, caso queiram realizar uma formação comprometida com a construção da cidadania, enquanto emancipação do homem na sociedade”.

Nesta mesma vertente de pensamento, Morin (2002, p.24) afirma que “a reforma do pensamento contém uma necessidade social chave: formar cidadãos capazes de enfrentar os problemas de seu tempo”.

Nesse sentido, é importante colocar que na organização dos cursos de formação de profissionais, tem havido grande ênfase no desenvolvimento do Projeto Pedagógico. Para fazer um levantamento sobre este aspecto, perguntou-se aos sujeitos pesquisados: **Qual o seu entendimento em relação ao Projeto Pedagógico do curso de Graduação em Enfermagem da UEPG?**

As respostas indicam que o curso está atento ao contexto sócio histórico e realiza as mudanças necessárias como mostram as respostas a seguir:

O projeto pedagógico não é algo estanque, nós já estivemos fazendo mudanças que sentimos com o grupo já no sentido de aperfeiçoar este projeto e vamos caminhando, porque a necessidade da cidade da região é que vai mostrando pra gente o que precisa mudar. (D2)

O projeto pedagógico tenta abranger as necessidades dos acadêmicos. Procuramos sempre estar em consonância com as mudanças do mercado de trabalho. (D3)

Percebe-se na fala dos docentes a preocupação em entender o projeto pedagógico não como algo pronto e acabado, mas, como algo sujeito a mudanças, e o quanto isso é importante para que o curso venha realmente formar profissionais competentes para o mercado de trabalho. A fala do docente 3 coloca ainda um dado bastante importante para o acadêmico, à questão de estar atendendo ao mercado de trabalho. Acredita-se que um dos aspectos do curso que visa formar um profissional precisa estar atento às exigências do mercado de trabalho.

Assim, concorda-se com Urban (2002, p. 37) em relação à questão curricular quando afirma:

É sempre geradora de várias polêmicas porque atinge todos os segmentos da Educação, provoca reações frente à prática docente, e é justamente na sala de aula, o espaço no qual as mudanças propostas vão causar expressivas discussões... o currículo não pode mais ser pensado como algo estanque, desconectado do todo o trabalho pedagógico desenvolvido pela escola, não pode mais ser concebido como um documento formal, como uma listagem de conteúdos, um roteiro a ser dividido conforme os meses/dias/número de aulas, mais sim relacionando com a identidade da escola, com o trabalho pedagógico por ela desenvolvido[...].

A universidade tem como ideal pedagógico à emancipação do homem e sua autonomia no agir e no pensar.

Como coloca Veiga (1995, p. 83):

Assim entendido, o planejamento curricular terá de se fundamentar numa concepção de educação que pressupõe que o aluno seja sujeito do seu processo de aprendizagem; privilegie o saber que deve ser produzido sem relegar o saber que o aluno já possui; as atividades de currículo e ensino não são separadas da totalidade social e visam à formação crítica e criativa do contexto escolar, e mais especificamente de sua forma de se organizar; essa transformação ocorre através do acirramento das contradições e da elaboração de propostas de ação, tendo em vista a sua superação das questões apresentadas pela prática pedagógica.

Continua Veiga (1995, p. 85) currículo é visto como ato que só se realiza na coletividade. Planejar currículo é, portanto, um ato coletivo que se origina de uma reflexão, ou seja, do ato de situar, de constatar as manifestações fenomênicas de como o problema aparece.

Também na análise desta categoria, verifiquei que as mudanças ocorridas no projeto pedagógico sofreram tendências baseadas na concepção de Paulo Freire, sendo que o professor não é o único detentor do saber, como indica a seguinte fala:

O projeto já teve mudanças. A tendência de todas as universidades é trabalhar na linha de Paulo Freire, que é uma escola libertadora. Então o projeto pedagógico tem essa característica, prevê que o professor é o mediador do saber, ele (o projeto) não tem só uma visão que só o professor sabe. O projeto está voltado para desenvolver um profissional que venha suprir as necessidades da comunidade. (D5)

Nesta fala, percebe-se o papel do professor, como mediador da aprendizagem a ser construída pelo do aluno. Para tanto, o mesmo necessita reconhecer a contribuição no processo de ensino-aprendizagem do discente, permitindo assim que este se torne agente ativo do processo de construção do conhecimento e instiga-lo a refletir sobre sua formação profissional, buscando informações, além da formulação do pensamento crítico. Assim posto, o conhecimento assume um percurso permeando diversos saberes.

Em relação à Educação Superior há uma preocupação na formação de um ser humano enquanto ser individual e coletivo, um cidadão com valores éticos

e morais, capaz de refletir, analisar e de estar comprometido com as mudanças sociais. Não se pode perder de vista que o homem possui o compromisso de socializar o conhecimento adquirido necessitando então transformar este conhecimento em sabedoria para poder transformar a sociedade na qual ele vive.

Verifica-se que o projeto pedagógico do curso de enfermagem da UEPG vem ao encontro deste pensamento quando diz que:

“Considerando os determinantes da realidade, a formação do enfermeiro deve garantir a competência dos conhecimentos científicos e técnicos, além da compreensão das diferentes formas de relação e organização da realidade social”. (PROJETO PEDAGÓGICO, 2004).

Levantou-se ainda, dessas respostas, a conscientização dos docentes que o projeto pedagógico necessita contemplar as mudanças na sociedade, a qual tem mostrado que se fazem necessários melhores serviços de saúde. Isto está diretamente relacionado com a formação de profissionais competentes para prestar atendimento integral, voltado à humanização do cuidado, com capacidade de trabalhar em equipe e de compreender as necessidades da população.

Outra colocação feita pela docente explica que toda e qualquer alteração no currículo deve estar explícita no documento. Pois nem sempre se está trabalhando com o mesmo grupo de pessoas. Sendo assim a mesma admite a necessidade de correções que poderão ocorrer e exemplifica isso apontando para a disciplina de Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade, encarada como seminário e isso necessita ser revisto futuramente.

As ementas das disciplinas de Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade I, II, III e IV que tinham o apelido de seminários se você for observar você vai fazer críticas a respeito, porque elas são iguais nos quatro anos. Esta é uma correção que a gente já vai fazer na próxima mudança de currículo, nós temos que deixar escrito (D 2).

Nas falas, ao analisar o currículo, fica visível certa semelhança entre a descrição das ementas, porém ocorre variação dos conteúdos quanto à descrição das ementas das Disciplinas de *Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade I, II, III e IV*, as quais ocorrem do primeiro ao quarto ano sucessivamente.

No relato da docente, reafirma a participação que os professores têm em relação à seleção dos conteúdos ministrados:

Na hora que nós sentamos nós discutimos de como devemos desenvolver os conteúdos da disciplina, porque na verdade temos a liberdade para construir (D 2).

Há indícios de que o projeto pedagógico da referida instituição está sendo construído dia a dia conforme as necessidades sentidas pelo grupo avaliando o contexto sócio histórico.

5.2 OS CONHECIMENTOS INDICADOS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA ATUAR EM SAÚDE PÚBLICA.

Nesta parte do trabalho, dedicar-se-á às explicações da segunda categoria de estudo: Os conhecimentos indicados na formação do profissional enfermeiro para atuar em saúde pública. Tendo como base para a análise desta categoria as respostas obtidas dos sujeitos pesquisados que se relacionem à formação do profissional enfermeiro relacionada à sua atuação na saúde pública.

Um dos maiores desafios do século XX foi à busca de raízes e referências das pessoas, em identificar como se está entendendo e se praticando o aprender a viver junto neste mundo globalizado, e a educação emerge como um grande trunfo, por possibilitar o desenvolvimento contínuo de pessoas e de sociedades. A partir da reflexão crítica sobre a realidade, o sistema formador pode se dispor a considerar como requisito básico uma postura moral e política que

assuma a dialética como referencial ponto de partida e exercício permanente, comprometer-se com a realidade do meio.

Desse compromisso pode nascer à operacionalização de um saber que parta do cotidiano das pessoas, para a partir dela refletir criticamente e apontar alternativas para elaborar um projeto novo, portando gerado a partir dessa realidade. Nessa concepção o curso ofertado por essa entidade educacional tem por objetivo formar um profissional capaz de fundamentar seu processo de trabalho no perfil epidemiológico, na acessibilidade e na integralidade das ações dos serviços de saúde, públicos e/ou privados, desenvolvendo assistência, ensino e pesquisa.

Partindo do pressuposto, da necessidade de analisar a fala dos docentes e alunos em relação às disciplinas do curso, questiona-se: **“Quais foram em sua opinião às disciplinas que deram maior ênfase para atuar em Saúde Pública, durante a formação do profissional enfermeiro?”**.

Na análise das respostas, observa-se que a maioria dos docentes e acadêmicos pesquisados tem como assinalam o direcionamento do domínio profissional com ênfase em Saúde Pública. As falas a seguir ilustram esta assertiva:

Todas as disciplinas da grade curricular do curso de enfermagem, elas todas tem ênfase em saúde pública (D 3).

Pude perceber que todas as disciplinas eram mais voltadas a Saúde Pública, claro que o atendimento hospitalar foi acompanhado. Na minha opinião as mais relevantes foram: Fundamentos de Enfermagem e Políticas de Saúde II (D4).

A grade curricular do curso de enfermagem, especialmente na área de Saúde Pública, deve continuar da mesma forma (A 1).

Todas as matérias do curso estavam relacionadas à saúde pública (A 2).

Sim eu acredito que sim pelo que eu me recordo, assim de todas as disciplinas da grade curricular do curso de enfermagem, elas todas tem ênfase em saúde pública, então acredito que sim (A3).

Evidencia-se que os docentes ministram disciplinas no decorrer do curso direcionadas para a Saúde Pública. Cabe salientar na fala dos acadêmicos a indicação de que a maioria das disciplinas foram de suma importância para a atuação em Saúde Pública.

A disciplina de Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade foi citada tanto por acadêmicos como pelos docentes como sendo uma das disciplinas que auxiliaram no desenvolvimento da relação entre acadêmicos e comunidade é o que comprova as afirmações a seguir:

Nós demos este embasamento se temos o curso voltado para a Saúde Pública não poderia deixar de falar pra você que, acredito que a disciplina de Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade I, II, III e IV cumpriu com o objetivo dela, que era tratar do Programa Saúde da Família, onde o aluno do primeiro ano ao quarto ano vivência a realidade do programa (D1).

No primeiro ano tivemos uma disciplina chamada Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade I, foi aí que aprendemos a fazer a territorialização que é o conhecimento da área de abrangência, foi muito legal, foi o primeiro contato com a comunidade (A 1).

Os relatos acima demonstram que o contato com a comunidade é parte relevante para o desenvolvimento formativo do profissional enfermeiro.

Outra disciplina que proporcionou aos acadêmicos conhecimentos sobre saúde pública, segundo o docente 5, foi Saúde da Mulher. Diz ele:

Ministrei aulas de Saúde da Mulher e Estágio de Saúde Pública, acredito que estas têm tudo a ver com saúde pública (D5).

Além, os docentes destacaram ainda a disciplina de Políticas de Saúde como sendo relevante na interação com a comunidade:

Saúde do Adulto e Idoso, Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente, Urgência e Emergência, Estágio Supervisionado. Na minha opinião Saúde do Adulto e do Idoso foi mais relevante. Pois você pega os pacientes crônicos como pacientes agudos, na saúde Pública. Acho também que para o nosso aluno o futuro profissional enfermeiro foi muito importante trabalhar com Política de Saúde I (D3).

Destaca-se que na fala dos professores, inúmeras disciplinas do curso estão relacionadas com a formação para atuar em saúde pública, como as seguintes:

Políticas de Saúde I, Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade I, II, III, IV, Fundamentos em Enfermagem I. Metodologia de Assistência da Enfermagem, Introdução a Pesquisa, Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente e Educação para a Saúde (D 1).

Eu trabalhei Educação para a Saúde, Urgência e Emergência, trabalhei com Saúde da mulher e do Adolescente. Política de Saúde I e II dá bastante ênfase em Saúde Pública. Porém a mais relevante é a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (D2).

Pode-se observar também, por meio da relação das disciplinas apresentadas pelos docentes que o curso oferece uma gama de disciplinas que enfatizam a Saúde Pública, isso porque ela constitui o primeiro nível da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, e englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde.

Nesta colocação o acadêmico coloca a importância das referidas disciplinas para atuar no Programa Saúde da Família:

Vejo que as disciplinas de Educação para a Saúde e Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade, foram decisivas na nossa formação para atuar em Saúde Pública no Programa Saúde da Família (A 4).

Observou-se por meio das declarações obtidas que, tanto docentes como acadêmicos consideram as disciplinas que oportunizam a aproximação com a comunidade imprescindível para a formação de um profissional enfermeiro apto para atuar em Saúde Pública.

Estas colocações vêm ao encontro da grade curricular estabelecida para o referido curso, como pode-se verificar na análise do Projeto Pedagógico.

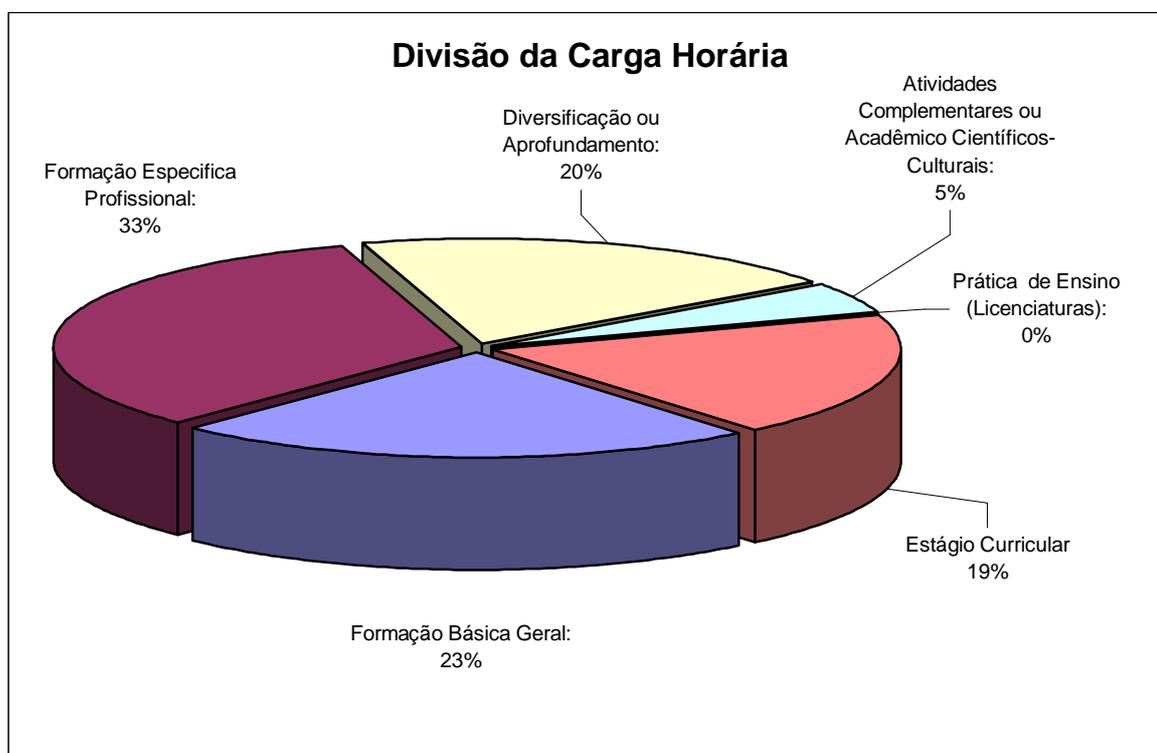
O Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa, consta de uma carga horária total de: **3927 horas**. As quais estão distribuídas da seguinte forma:

TABELA 3 - Carga horária das disciplinas.

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA
Formação Básica Geral:	918
Formação Especifica Profissional:	1292
Diversificação ou Aprofundamento:	782
Atividades Complementares ou Acadêmico Científicos-Culturais:	187
Prática de Ensino (Licenciaturas):	00
Estágio Curricular	748

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso Enfermagem da UEPG

A Tabela 3 representa a distribuição da carga horária das disciplinas por área de abrangência durante os 4 (quatro) anos do curso.

GRÁFICO 1 – Divisão da Carga Horária.

O Gráfico 1 revela que o número de carga horária está distribuída por área de abrangência, isto é, de interesse do curso. Consta de um coeficiente de 0% para a Prática de Ensino, o que demonstra que o curso não tem cunho formativo para a Licenciatura. Porém observa-se a ênfase dada na formação específica do profissional enfermeiro com um percentual de 33% da carga horária total do curso.

Outro dado observado nesse gráfico é a carga horária mínima dedicada aos eventos culturais. Essa distribuição da carga horária prevê tempo reduzido para a promoção de eventos culturais que poderiam ser oportunidades de envolvimento com a população.

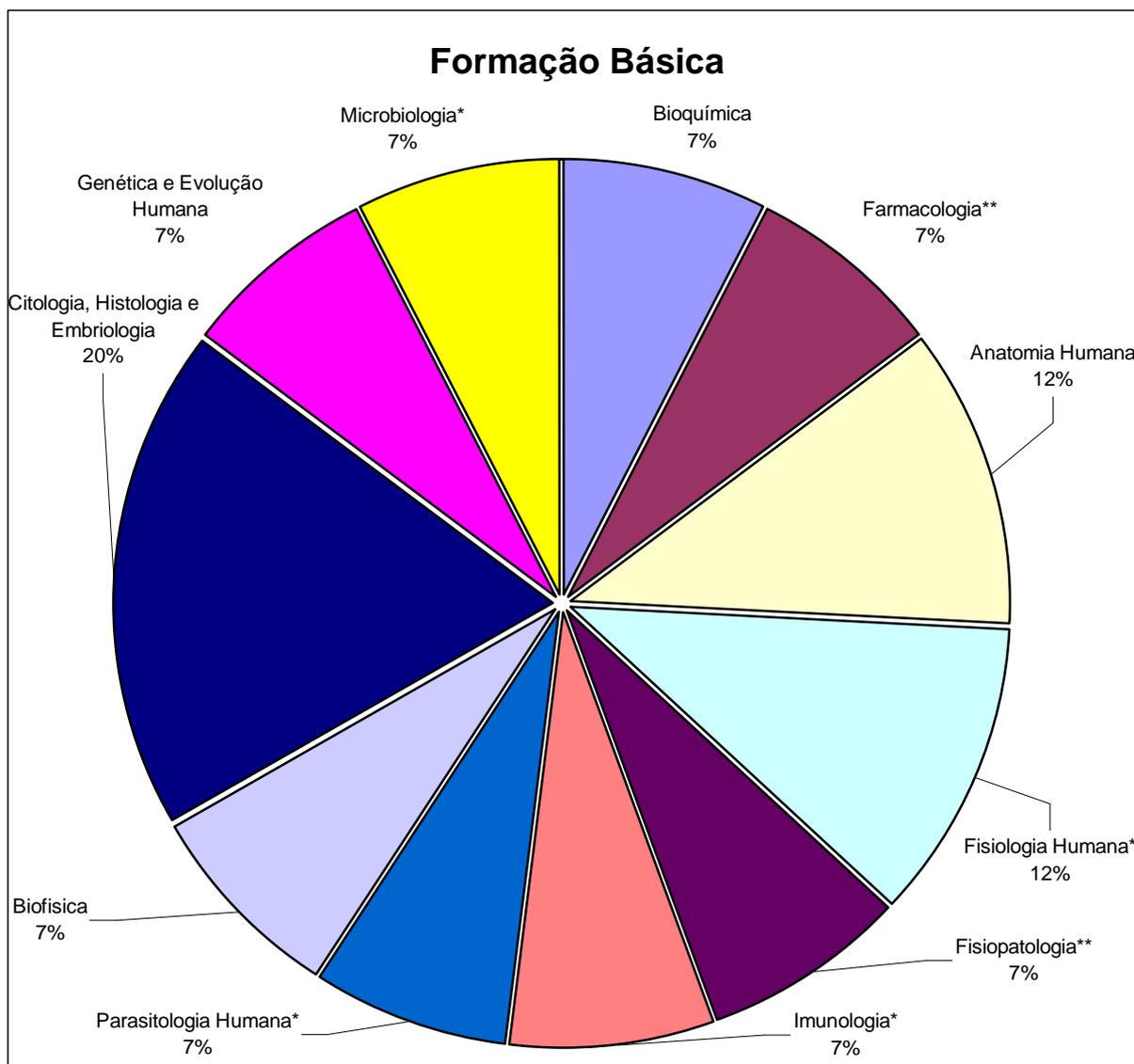
TABELA 4 - Disciplinas de formação básica geral.

ÁREAS DE CONHECIMENTO - NÚCLEOS TEMATICOS - EIXOS CURRICULARES	DISCIPLINAS	C/H
Básica Geral	Bioquímica	68
Básica Geral	Farmacologia**	68
Básica Geral	Anatomia Humana	102
Básica Geral	Fisiologia Humana*	102
Básica Geral	Fisiopatologia**	68
Básica Geral	Imunologia*	68
Básica Geral	Parasitologia Humana*	68
Básica Geral	Biofísica	68
Básica Geral	Citologia, Histologia e Embriologia	170
Básica Geral	Genética e Evolução Humana	68
Básica Geral	Microbiologia*	68
Sub-total		918

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso Enfermagem da UEPG

A Tabela 4 demonstra a distribuição de carga horária por disciplinas na formação básica do profissional enfermeiro. Perfazendo um total de 918 horas aulas.

GRÁFICO 2 – Formação Básica.



O gráfico acima expõe a divisão da carga horária das disciplinas consideradas básicas para o curso de Enfermagem. As disciplinas de Citologia, Embriologia e Histologia recebem maior parte da carga horária. Essas disciplinas estão baseadas nas ciências biológicas. A disciplina de Citologia consiste na análise das células sobre o ponto ultraestrutural e fisiológica. A Histologia envolve o estudo dos tecidos epiteliais, conjuntivos, musculares e nervos. E a disciplina de Embriologia trata da fecundação, segmento, implantação, gastrulação, anexos embrionários e desenvolvimento do embrião.

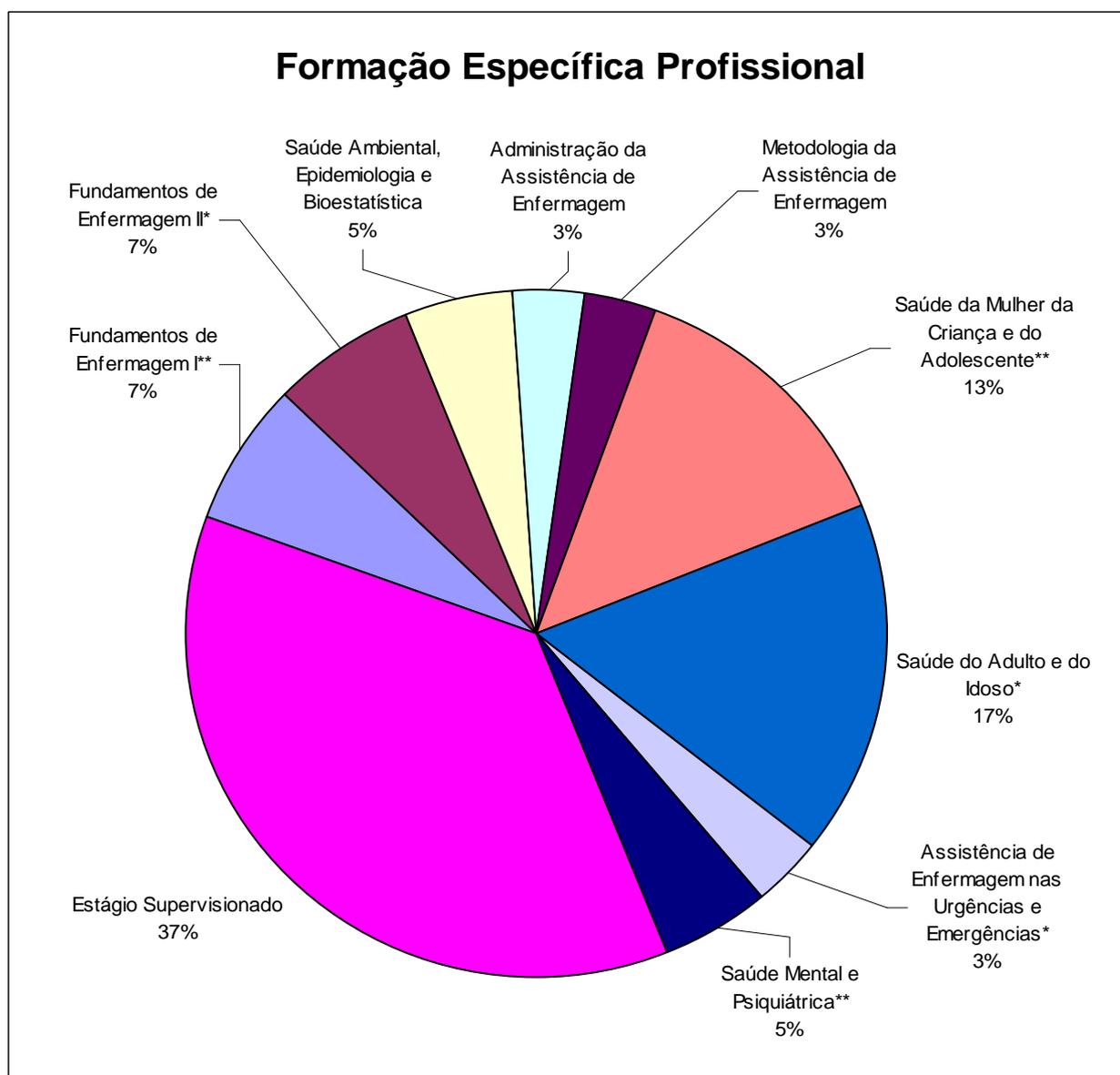
TABELA 5 - Disciplinas de formação específica profissional.

ÁREAS DE CONHECIMENTO- NÚCLEOS TEMATICOS - EIXOS CURRICULARES	DISCIPLINAS	C/H
Específica	Fundamentos de Enfermagem I**	136
Específica	Fundamentos de Enfermagem II*	136
Específica	Saúde Ambiental, Epidemiologia e Bioestatística	102
Específica	Administração da Assistência de Enfermagem	68
Específica	Metodologia da Assistência de Enfermagem	68
Específica	Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente**	272
Específica	Saúde do Adulto e do Idoso*	340
Específica	Assistência de Enfermagem nas Urgências e Emergências*	68
Específica	Saúde Mental e Psiquiátrica**	102
Específica	Estágio Supervisionado	748
Sub-total		2040

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso Enfermagem da UEPG

Na Tabela 5 as disciplinas de formação profissional específica, trazem uma divisão de carga horária nos diferentes conteúdos do curso.

GRÁFICO 3 – Formação Específica Profissional.



O Gráfico 3 demonstra uma distribuição de cargas horárias nas disciplinas de maior ênfase na saúde preventiva, porém não deixa de contemplar as áreas curativas. Esta assertiva fica claro quando o gráfico retrata 37% da carga horária para o Estágio Supervisionado realizado pelo acadêmico no 4º Ano (sendo 18,5% em Unidade de Saúde “preventiva” e os outros 18,5% em Unidade Hospitalar

“curativo”). Isto demonstra a responsabilidade da Instituição quanto uma formação generalista o que vem ao encontro das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem.

TABELA 6 - Disciplinas de diversificação ou aprofundamento.

ÁREAS DE CONHECIMENTO- NÚCLEOS TEMATICOS - EIXOS CURRICULARES	DISCIPLINAS	C/H
Diversificação/ Aprofundamento	Educação para Saúde	68
Diversificação/ Aprofundamento	Estágio de Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade I**	34
Diversificação/ Aprofundamento	Estágio de Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade II**	34
Diversificação/ Aprofundamento	Estágio de Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade III**	34
Diversificação/ Aprofundamento	Estágio de Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade IV**	34
Diversificação/ Aprofundamento	Introdução à Pesquisa Científica	68
Diversificação/ Aprofundamento	Nutrição Humana e Dietética**	68
Diversificação/ Aprofundamento	Políticas de Saúde I	68
Diversificação/ Aprofundamento	Políticas de Saúde II**	204
Diversificação/ Aprofundamento	Psicologia Aplicada à Enfermagem	68
Diversificação/ Aprofundamento	Sociologia e Antropologia Filosófica	68
Diversificação/ Aprofundamento	Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso	34
Diversificação/ Aprofundamento	Atividades Complementares ou Acadêmicas Científicos-Culturais:	187
Sub-total		969

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso Enfermagem da UEPG

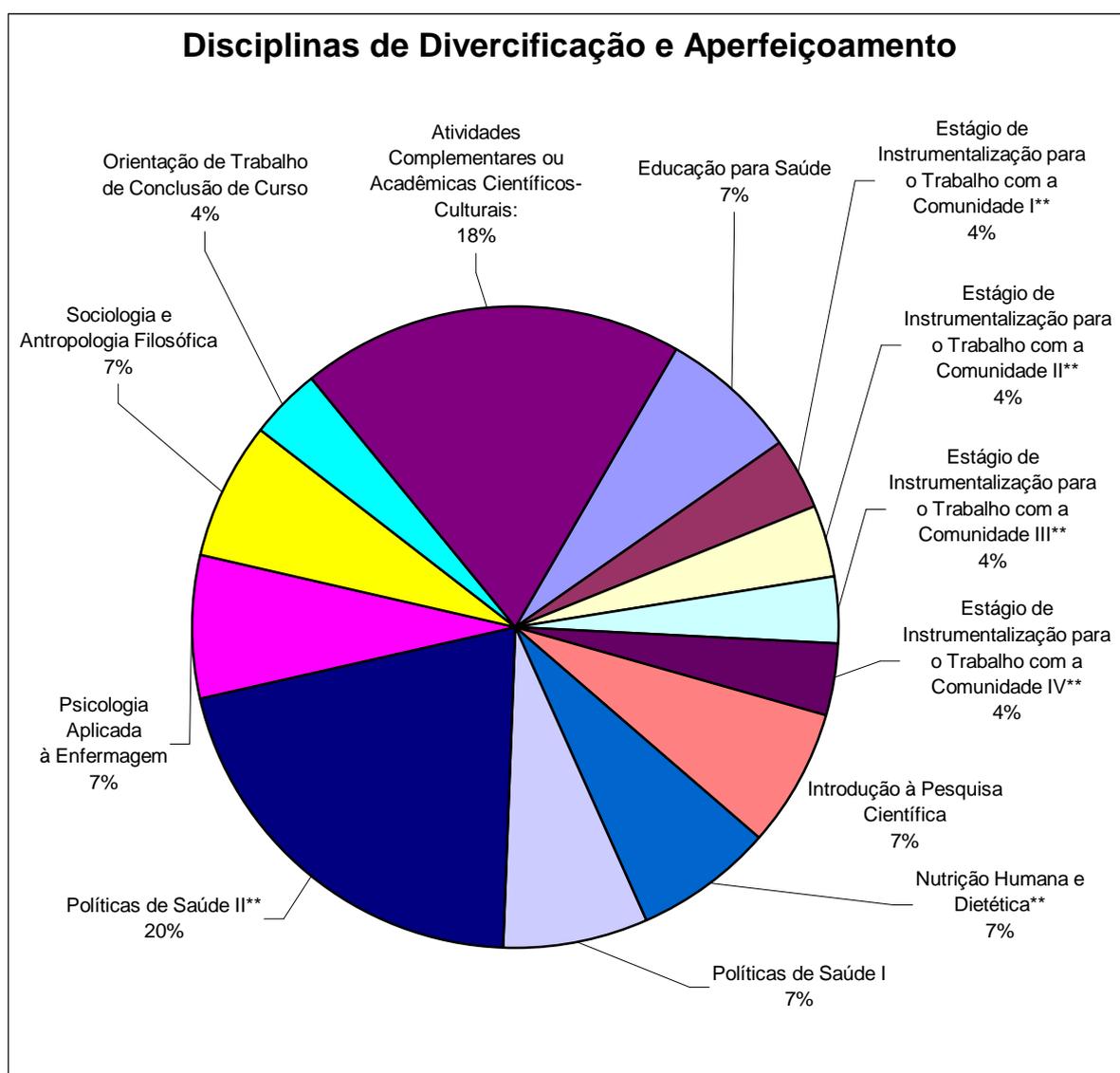
Obs: Os símbolos pospostos às disciplinas têm a seguinte correspondência:

* disciplinas de meio ano de duração, ofertadas no primeiro semestre;

** disciplinas de meio ano de duração, ofertadas no segundo semestre.

Nesta Tabela 6 retrata uma preocupação do Curso em preparar o acadêmico para o trabalho com a comunidade, pois reserva uma carga horária de 34 horas/aulas/ano, perfazendo um total de 136 horas.

GRÁFICO 4 – Disciplinas de Diversificação e Aperfeiçoamento.



O Gráfico 4 demonstra a ênfase em Saúde Pública quando coloca 20% de sua carga horária para a disciplina de Políticas de Saúde II, disciplina esta que ocorre no terceiro ano do curso. Essa disciplina trata da reforma do Estado e o setor de modelo de saúde, modelos de atenção à saúde, o SUS e seus aspectos políticos gerenciais e financiamento de recursos humanos, organismo colegiados de gestão interinstitucionais, políticas de medicamento, programa de atenção a saúde, atendimento a mulher, a criança, ao adolescente, adulto e idoso em unidade básica de saúde. Assistência de enfermagem nas doenças transmissíveis em níveis ambulatoriais.

De acordo com o gráfico 4, constatou-se a preocupação com o estudo das políticas públicas. Dessa forma, achou-se necessário indagar aos participantes da pesquisa: **Quais são as características mais marcantes no profissional enfermeiro para atuar em saúde pública?**

Nesta questão, os acadêmicos revelam o perfil do profissional que querem ser. A fala abaixo valoriza a criatividade e a humanização como característica primordial para o profissional enfermeiro.

Tem que ter criatividade e humildade, ser muito humilde e ser humanizado, muita humanização com as pessoas (A4).

A partir da resposta obtida do acadêmico 4, é possível concluir também que o profissional enfermeiro é caracterizado também por ter em vista o resgate do cuidado e da produção do conhecimento como valor humano, respeitando e compreendendo a natureza humana na perspectiva da equipe multidisciplinar.

Para mim as características mais importantes no enfermeiro são a criatividade, a liderança, e o entrosamento com a comunidade e com a equipe de trabalho (A6).

Você vai ter que ouvir o problema da comunidade interagir com a comunidade (A 7).

Ter envolvimento com a comunidade, lutar com eles, passar confiança e segurança para que eles acreditem no trabalho que você está fazendo na sua comunidade (A10).

Pôde-se levantar a partir das respostas expostas acima que o entrosamento com a comunidade, relatados pelos acadêmicos, sendo uma das características mais importante para o profissional enfermeiro. Ou seja, comunidade e enfermeiro devem ter uma relação de convívio.

Para que esse convívio ocorra de forma satisfatória para ambos envolvidos é necessário flexibilidade, é o que coloca o acadêmico a seguir:

É muito importante o enfermeiro ser flexível (A9).

O enfermeiro é o elo de interação entre a saúde pública e a comunidade (A11).

A flexibilidade, e a interação citadas pelos acadêmicos mostram que a participação democrática, a negociação como instrumento de ajuste consensual e o gerenciamento são características que se somam à observação, à comunicação e ao relacionamento interpessoal como estratégias adotadas pelo profissional enfermeiro para enfrentamento das demandas sociais e de saúde.

Na continuidade da investigação foi perguntada aos acadêmicos e docentes a seguinte questão: **“Em sua opinião, o curso de enfermagem prioriza a formação profissional para a área de saúde pública?”**.

As colocações dos docentes deixam claro que o curso tem ênfase em saúde pública e que estão sempre direcionando os conteúdos neste sentido:

Temos o curso voltado para a Saúde Pública. Eu entendo que em um curso nós oferecemos o caminho e o aluno faz o restante e nós sabemos que tem aluno ali que hoje já estão trabalhando em hospital, mas que eles fizeram o caminho tanto para trabalhar em hospital como para trabalhar em Saúde Pública. Nós estivemos preparando o aluno para que ele pudesse sair do curso e ir trabalhar no Sistema de Saúde. (D1).

Tiveram todas as noções de saúde pública, a gente percebe que eles possuem uma visão bem definida de sua atuação profissional (D 4).

Alguns acadêmicos concordam com os docentes:

A gente teve formação para atuar no hospital, porém a bagagem maior foi de saúde pública, a ênfase maior foi para saúde pública (A 2).

O curso proporcionou uma visão de saúde pública (A7)

A Universidade incentivou bastante a gente na área de saúde pública [...], então quando eu comecei a ter contato ver o que era saúde pública realmente comecei a me encantar por esta área (A 5).

Estes quatro anos aqui na universidade foi muito, muito válido. O curso estava voltado para a saúde pública e nos preparou para atuar em saúde pública (A 6).

De acordo com as respostas dos docentes e as afirmações dos acadêmicos pôde-se perceber a consonância nas declarações, ou seja, docente acadêmico revelam que o curso se preocupa em oferecer pré-requisitos necessários para que os futuros profissionais enfermeiros, egressos da instituição nem estudo possam atuar na saúde pública. Isso fica exemplificado nas declarações a seguir:

Eu tinha uma visão bem diferente eu pensava em enfermagem no trabalho dentro do hospital, para mim enfermeiro era aquele que cuidava do hospital, agora isso mudou, o enfermeiro deve cuidar também em saúde pública. Eu acredito que o curso prepara para a Saúde Pública (A 3).

A gente entrou na universidade com uma visão hospitalar [...], com calma os professores foram mostrando a visão da saúde pública. Hoje saímos com uma visão ampliada das áreas de atuação do enfermeiro. Porém o curso foi direcionado para que tivéssemos uma boa base para atuar em saúde pública (A7).

As respostas obtidas dos acadêmicos mostram que os docentes conseguiram desenvolver a visão de saúde pública de acordo com a realidade, e revelaram também a importância de trabalhar nessa área da saúde.

Já as respostas a seguir permitem afirmar que docentes procuram preparar os egressos para atuar na área de Saúde Pública, as falas do acadêmico complementa esta afirmação.

*Eu acho que de certa forma a grande maioria da turma [...], eu creio que eles estejam preparados para atuar em Saúde Pública. Existiam alunos, os que não tiveram vontade de aprender [...], foram alunos mais negligentes diante das aulas, se acomodaram, mas nós oferecemos os conteúdos para eles. **Tem aluno [...], trabalhando em hospital, mas que eles fizeram o caminho tanto para trabalhar em hospital como para trabalhar em Saúde Pública (D 1).***

Nós tivemos oportunidade de sair da universidade com uma visão preventiva e curativa, pois hoje não se pode pensar somente em prevenção precisamos saber cuidar na parte curativa também (A 9).

Todos os cursos da saúde deveriam ter uma disciplina específica de Saúde Pública, assim todos teriam a oportunidade de conhecer a Saúde Pública, apesar de que agora o governo e as novas diretrizes de educação estão incentivando para que ocorra esta mudança na formação (A9).

As respostas do docente e do acadêmico revelam que as finalidades do sistema educacional e as competências dos professores não podem ser dissociadas, de forma que a prática docente esteja em consonância com os objetivos do curso e este com as necessidades da comunidade. As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem estabelecem o perfil do profissional enfermeiro a ser formado.

Com a visão das diretrizes curriculares nacionais para a formação do perfil dos futuros profissionais enfermeiros, é que se ressalta a necessidade de estar trabalhando com os saberes dos acadêmicos em saúde pública, com o propósito de atingir os objetivos estabelecidos. Levando essa necessidade em conta é que se indagou aos sujeitos pesquisados: **Você vivenciou uma assistência de enfermagem integralizadora e humanizada no decorrer do curso?**

As respostas denotam a consciência de uma atuação humanizadora que leve em conta mais do que medidas curativas se tratam de uma relação muito mais ampla.

Houve uma conscientização de que era uma responsabilidade da equipe do PSF não só atender na unidade como também sair na comunidade (A9).

Na saúde pública, agora você está vivenciando uma fase de mudanças, com a implantação do PSF, muita gente não acredita no potencial do SUS [...], acredito que em longo prazo isso vai revolucionar a saúde pública no Brasil (A1)

O que facilita muito é quando todos os profissionais são formados com esta visão de Saúde Pública para o trabalho com a comunidade como na unidade do PSF. (A10)

Eles podem ir trabalhar em PSF, pois eles sabem como funciona o programa (D4).

As respostas demonstram as políticas do SUS, ligadas a ação de interação entre os vários profissionais da área de saúde. Ou seja, a fala do acadêmico 10 coloca a importância dos profissionais envolvidos na docência terem conhecimento em Saúde Pública.

Sabe-se, em relação a isso que o trabalho na área da saúde, particularmente o de enfermagem, caracteriza-se por ser coletivo, ou seja, exige a participação de vários profissionais para a consecução de seus objetivos. Esta participação pode ocorrer com diferentes níveis de integração: pode haver desde uma simples distribuição de tarefas até uma verdadeira integração entre os profissionais.

O trabalho educativo apresenta características semelhantes. Ao pensarmos em um curso de graduação em Enfermagem, por exemplo, parece claro que os resultados obtidos dependem de uma série de fatores, entre eles uma ação docente integrada. Faz-se necessário salientar que enquanto pesquisadora se constatou no decorrer da pesquisa que a integralização ainda é um objetivo a ser alcançado, pois apesar de notar o claro interesse pela realização desta, ela não acontece plenamente.

5.3 A RELAÇÃO TEORIA E PRÁTICA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Para iniciar a discussão conceitual sobre esta terceira categoria em análise, entende-se ser importante refletir detidamente sobre os pressupostos que colocam a questão da formação como social e técnica do enfermeiro, para fundamentar a discussão da especificidade da relação teoria e prática que envolve esse processo formativo.

No processo de formação do enfermeiro, é importante a análise do contexto social no âmbito da saúde pública brasileira e para que possa explicitar a concepção de trabalho e, conseqüentemente, a prática educacional que orienta o saber e o fazer docente no curso de enfermagem. Neste estudo é fundamental discutir a formação do profissional enfermeiro.

Atualmente, no processo de globalização que caracteriza o mundo moderno, a educação não se resume à prática escolar. Muito se passa fora das instituições de ensino. Conseqüentemente, a Educação é uma estratégia contextualizada. A formação do profissional em geral depende de variáveis que se aglomeram em direções muito amplas: o acadêmico que está no processo educativo, como um indivíduo procurando realizar suas aspirações e responder às suas inquietudes; a inserção na sociedade e as expectativas da sociedade com

relação a ele; as estratégias dessa sociedade para realizar essas expectativas; os agentes e os instrumentos para executar essas estratégias e o conteúdo que é parte dessa estratégia.

A formação de enfermeiros implica um processo que ultrapasse a acumulação do saber ou saberes e trabalhe para o desenvolvimento de um profissional que esteja em contato com a realidade de sua futura profissão de modo poder associar a teoria e a prática, a forma e o conteúdo, a intencionalidade e as condições para a ação. Também ultrapassar a lógica da racionalidade técnica e atingir patamares de fortalecimento da formação do profissional cidadão, amparado por conhecimentos solidamente adquiridos e elaborados.

Na categoria indicada na pesquisa à relação teoria e prática constituem um dos aspectos centrais da investigação. Para tal foi indagado: **O curso de enfermagem conseguiu trabalhar a teoria e a prática de forma integrada?**

Os docentes valorizam esta relação na formação dos futuros enfermeiros conforme verificou-se nas falas:

Aliar a prática e a teoria modificou muito a visão que os acadêmicos faziam do processo ensino aprendizagem, pois para eles, eram coisas separadas, agora percebe-se que eles conseguem relacionar, inter-relacionar a teoria com a prática. (D3)

Faz-se necessário conciliar a teoria com a prática, para que realmente exista um fechamento da disciplina com ênfase no aluno realmente aprendendo. (D5)

Os docentes expõem que relacionar teoria e prática está intimamente ligado com a aprendizagem do acadêmico, a citada relação não é importante somente na prática pedagógica, mas, é imprescindível que o acadêmico consiga também fazê-la. Ainda com estas falas, percebe-se que sob a ótica dos professores, o curso de enfermagem possivelmente consiga integrar a teoria e a prática. “A reflexão sobre a prática é a base fundamental para a formação do profissional, refletindo sobre a prática buscamos desvelar a teoria que está por detrás dela, para melhor compreendê-la em abrangência e profundidade”. (ABRAMOWICZ, 2001, p. 138).

Contudo, nota-se que o educador procura orientar suas ações nessa direção, mas as falas não revelam como isto se processa. Nas falas dos acadêmicos expostas a seguir, isso se confirma, pois apesar de revelarem que há a relação teoria/prática não existe nenhuma exemplificação de como isso acontece no âmbito de sala de aula, nem no decorrer do processo ensino aprendizagem.

O curso proporcionou bastante conhecimento teórico-prático. (A8)

O curso nos preparou pra pensar, relacionando a teoria com a prática. (A6)

Evidencia-se nesta perspectiva da relação teoria e prática que os docentes procuram acompanhar na prática, observando a aprendizagem dos acadêmicos, bem como os acadêmicos destacam as reflexões nesta perspectiva.

Fazer o acompanhamento do aluno tanto na prática, com certeza é a nossa meta principal. (D1)

Inter-relacionar teoria e prática mudou muito a visão que eles (acadêmicos) tinham da visão teoria e da prática, pois era uma coisa separada da outra, agora a gente sente que eles conseguem relaciona-las. (D3)

As informações acima demonstram que os acadêmicos têm a consciência do esforço do curso em relacionar teoria com a prática, sendo esta efetivada na sua formação.

No entanto alguns acadêmicos revelam que isso não acontece na totalidade do curso.

Nem todos os professores conseguiam aliar prática e teoria, muitos não sabiam como fazer isso. (A 7)

O professor chegava em sala de aula com um monte de informações, que a gente percebia que aquilo não servia pra nada, quando a gente pedia explicação ele respondia que precisava terminar o seu pensamento, meio autoritário.(A 12).

Em relação a essas colocações dos acadêmicos, mostram que a relação teoria e prática ainda é vista com dificuldades para alguns docentes.

Já na percepção de alguns acadêmicos há a visualização de uma prática pedagógica diferenciada na forma de trabalhar os conteúdos.

Essas formas que alguns professores tem em fazer círculos e discutir os assuntos são bem legais, a gente fixa mais os conteúdos. (A 4)

A gente percebe tem professor que varia bastante a forma de dar aula, é criativo, traz assuntos do momento pra discutir. (A 2)

A gente percebia que as aulas dadas pelos professores mais experientes, sempre eram mais bem preparadas didaticamente isto facilitava o entendimento. (A 11)

Essas colocações evidenciam o reconhecimento da importância dada pelos docentes mais experientes no preparo das aulas. Pode-se afirmar em relação a isso que a prática pedagógica está calcada nos procedimentos e recursos utilizados pelos docentes em sala de aula no momento da relação entre o aluno e o professor, rumo à construção da aprendizagem.

Cada um destes momentos pedagógico é único e, por isso é necessário cuidado, para aproveitar o tempo da melhor forma possível. “A prática pedagógica compreende intencionalidade, metodologia, conteúdos e avaliação”. Wachowicz (2000, p. 106), descreve o momento da avaliação, como uma etapa do ensino-aprendizagem.

Corroboram com este mesmo pensamento as autoras:

O processo de avaliação vai assumindo um caráter formativo, de verificação do nível do desenvolvimento das competências. A avaliação formativa comunica ao professor e ao aluno o processo de aprendizagem, no sentido de avançar, replanejar, redirecionar e retomar aspectos significativos para o processo educativo. (LEITÃO, PASSERINO e WACHOWICZ, 2003, p. 168).

Ressalta-se que na prática cada momento é único, cada classe de alunado é diferente, pois as pessoas são diferentes, sejam professores ou alunos. Além disso, cada contexto histórico traz novas exigências a essa prática. Por isso a competência nas escolhas das ações a serem desenvolvidas na docência são muito importantes:

Ora, há uma perspectiva de consideração da competência que não guarda esse viés ideológico e que procura destacar no conceito aquilo que aponta para direitos e deveres presentes numa prática social. Ir contra o caráter ideológico do discurso da competência e da retórica da qualidade significa procurar trazer para os sujeitos sociais e suas relações, as idéias e os valores que parecem de uma suposta neutralidade, em que homens se encontram reduzidos à condição de objetos sociais e não sujeitos históricos. (RIOS, 2002, p. 65).

Dessa forma constata-se que o conhecimento não é algo estático, as relações entre pessoas não são objetos a serem estudadas isoladamente, mas precisam ser analisadas em um contexto em que os processos de ensinar e aprender são decorrentes das relações entre as pessoas e o meio. Para que seja possível um bom ensino, o papel do professor é fundamental, como Masseto (1997, p. 11) propõe:

(...) desponta como sendo o de facilitador da aprendizagem de seus alunos. Seu papel não é ensinar, mas ajudar a aprender; não é transmitir informações, mas criar condições para que o aluno adquira informações; não é fazer brilhantes preleções para divulgar a cultura, mas organizar estratégias para que o aluno conheça a cultura existente e crie cultura.

Para desenvolver uma prática pedagógica eficiente são fundamentais as contribuições de estudos e os saberes pedagógicos e didáticos são imprescindíveis.

Enfatiza-se que a Didática tem evoluído ao longo dos tempos, ou melhor, a Didática prática será um retrato da realidade atual. É como Martins (1998, p. 143) descreve nos resultados de sua pesquisa:

A sistematização das questões recorrentes nas iniciativas dos professores para enfrentar as contradições da prática pedagógica nas escolas nos últimos dez anos permitiu verificar que a didática prática dos professores evolui num movimento que passa por ênfases distintas e intimamente relacionadas, sendo, a dimensão política do ato pedagógico, a organização do trabalho pedagógico, a produção e a sistematização coletivas do conhecimento. Tais questões marcam as iniciativas práticas dos professores, como também as reflexões e produções acadêmicas do período, expressando momentos históricos determinados.

Para Candau (1991) a Didática é uma “reflexão sistemática” de busca das alternativas para os problemas da prática pedagógica. Uma reflexão sistemática sobre o processo de ensino-aprendizagem que acontece na escola e na sala de aula e busca alternativas para os problemas da prática pedagógica.

A didática tem como objeto de estudo o processo ensino-aprendizagem, e este processo está presente na relação humana, pois sempre há alguém ensinando e alguém aprendendo, especialmente numa visão humanista em que elementos do crescimento pessoal e interpessoal se apresentam com relevância.

Para Masetto (1997, p. 13), a didática é “(...) o estudo das teorias de ensino e de aprendizagem aplicadas ao processo educativo que se realiza na escola bem como dos resultados obtidos”.

Nesse sentido, teorias se apresentam válidas enquanto solucionam problemas da prática pedagógica. Caso contrário, a própria realidade questiona a teoria exigindo novos aprofundamentos, pesquisas e estudo. Ou seja, as teorias educacionais se desenvolvem em confronto com a prática pedagógica, e esta consegue resolver seus problemas com as sugestões daquela.

O que se pretende demonstrar é que a Didática se constrói e reconstrói a cada momento, pois a história é processual e a cada dia se modifica, assim sendo, o ensino também está em constante mudança.

Além dessa mutabilidade que tudo abrange, existe ainda a questão do relacionamento da teoria com a prática, afinal, a prática pedagógica constitui-se da articulação entre ambas. A tendência atual é a incorporação de várias ciências ao ensino. Pimenta (2000) comenta um estudo feito pela ANPED (Associação Nacional de Pesquisas e Pós-Graduação) no período de 1996-1999:

(...) nota-se a introdução de teorias até então pouco apropriadas por essas áreas, como a psicanálise, o culturalismo e as teorias da comunicação, e a introdução de pesquisas sobre ensino com a utilização dos novos recursos e linguagens virtuais, vinculados a preocupações emancipatórias, ou seja, considerados na medida em que podem contribuir para um processo de democratização do acesso ao conhecimento pela população. Também é forte a presença das teorias construtivistas sendo experimentadas e/ou ampliando a compreensão dos processos de aprender, conseqüentemente, propondo novas abordagens metodológicas em sala de aula.(PIMENTA, 2003, p. 49).

Em relação à situação dos alunos, egressos existe uma dificuldade muito grande na conciliação entre teoria e prática e este é motivo da concepção da prática pedagógica, muitas vezes, acabar sendo apenas uma concepção teórica sem vinculação com a própria prática. Nesse contexto, Mizukami (1986, p. 114) considera:

Ao nível do teórico, tal como foi constatado, não se pode dizer que o ideário pedagógico é fragmentado. Ao nível do que é manifestado nas salas de aula, também pode se concluir pela sua fragmentação já que se caracteriza como manifestação do ideário tradicional. Entretanto é nítido o descompasso entre o que os professores declaram preferir em termos teóricos e o que realizam de fato na prática.

Para Romanowski e Wachowicz (2003, p.147):

As experiências mais relevantes, realizadas nos programas de aprendizagem, direcionam-se para o processo ensino-aprendizagem pretendido que é a inovação das atividades de ensino, resultando em uma verdadeira práxis educativa articulada à realidade social. Isso cria oportunidades para que a relação teoria e prática aconteça nas experiências dos alunos. Julga-se como prioritário, nesta experiência, a busca de uma síntese que tenha o sentido da construção da totalidade – ponto de partida e de chegada do professor, o que estimula uma compreensão mais reflexiva e crítica da realidade.

Cabe salientar que uma das formas que o acadêmico tem de interagir com o outro e aliar prática e teoria é na oportunidade do estágio, por isso os participantes da pesquisa responderam a seguinte pergunta: **Como você avalia o processo ensino aprendizagem durante os estágios no decorrer do curso de enfermagem?**

Na enfermagem torna-se importante o saber fazer, contudo este necessita de reflexões que possam dar cientificidade ao cuidado prestado ao cliente.

Na fala dos acadêmicos, visualiza-se esta importante associação da teoria com a prática. Fica evidenciado que os acadêmicos conseguem fazer um elo entre a teoria e a prática durante os estágios do último ano quando relatam:

Durante os nossos estágios aprendemos a fazer, mas em primeiro lugar a pensar como fazer. (A7)

No estágio que a gente fez no último ano, ele permitiu que tivéssemos conhecimento teórico-prático. (A8)

Destacou-se nas respostas a importância do fazer na enfermagem, porém como eles colocam é preciso estar atento em parar pensar e depois chegar a como fazer. Percebe-se nitidamente um enfoque ao pensamento crítico-reflexivo, do fazer enfermagem. É a interação com o outro. O estágio, na fala dos sujeitos pesquisados, é o elo que liga o fazer e o pensar. Contudo, percebe-se que somente no estágio do último ano é que isto ficou evidenciado ao acadêmico.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem estabelecem que é necessário formar profissional com capacidade de refletir sobre sua prática e promover modificações na mesma de acordo com a construção de alicerces críticos.

Os acadêmicos no último ano vão para o campo de estágio e é aí que se sentem realmente atuando quando falam:

No estágio supervisionado do último ano, fomos inseridos na comunidade já como profissionais enfermeiros e pudemos atuar. (A9)

À parte do estágio do último ano é muito legal, é o momento que você coloca em prática tudo o que você aprendeu durante o curso. (A 3)

Eu tive a oportunidade de estar decidindo, sobre os cuidados com os pacientes, durante o meu estágio em saúde pública (A 2).

No estágio, quando a gente faz visita domiciliar e vê os problemas de saúde de perto e tenta ajudar é muito gratificante, é aí que você vê a sua importância para aquela família (A 6).

Os acadêmicos se expressam com satisfação em estar sendo inseridos em campo de estágio como profissional isto se deve ao fato da liberdade de ação junto ao serviço de saúde, bem como da segurança que o mesmo sente em relação aos seus conhecimentos adquiridos durante a sua formação. A aprendizagem é essencialmente um processo ativo. Os conhecimentos em si não produzem ação; mas podem ser indicativos para a proposição de alternativas de ações práticas.

Entende-se que a questão central que envolve o processo formativo do enfermeiro diz respeito à relação teoria e prática. Por isso, salienta-se a relevância dessa dimensão no processo educacional.

Essas respostas remetem para considerar os escritos de Vásquez (1977) a respeito da visão de *Unidade* entre a teoria e a prática há a vinculação entre a teoria e a prática; isto é a união entre estes pólos, pólos que se mantêm unidos pela relação simultânea e recíproca de autonomia e dependência da teoria com a prática e vice-versa.

Neste esquema de unidade, teoria e prática são dois componentes indissolúveis da “práxis” definida como atividade teórica-prática, ou seja, tem um lado ideal, teórico, e um lado material, propriamente prático, com a particularidade de que só artificialmente, por um processo de abstração, podemos separar, isolar do outro. (Vásquez, 1977, p. 241).

A visão de unidade na formação do enfermeiro, a teoria e a prática podem ser consideradas como um elo articulador, pois são elementos a serem trabalhados de maneira simultânea e indissolúvel. É uma visão que tenta superar uma tendência ainda muito presente na realidade educacional, que considera a prática educativa separada da teoria.

Neste questionamento pretende-se conhecer a forma que docentes e acadêmicos trataram os conteúdos no decorrer do curso: **“Como ocorreu o desenvolvimento dos conteúdos durante os estágios?”**.

Em relação a essa indagação o docente aponta atividades que, segundo ele, foram enriquecedoras para os acadêmicos.

Alunos bastante interessados, a gente fez visitas domiciliares, fizemos territorialização, todo aquele mapeamento, e deu para avaliar bastante coisa, tanto atendimento de criança, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, coleta de preventivo, prevenção de doenças, orientações, palestras, foi bem legal (D 5).

No entender do docente o estágio proporciona a participação em programas de saúde que auxiliam no desenvolvimento do processo formativo.

No estágio eles se preocupam em estar participando de programas teóricos e práticos da educação continuada e treinamento em serviço com os Agentes Comunitários de Saúde e com os Auxiliares de enfermagem. (D4)

Os docentes fazem alusão do quanto é importante o estágio para a interação do acadêmico com a comunidade e também a integração do acadêmico com os outros profissionais da saúde.

Nesse sentido, o estágio é considerado como atividade primordial para a aproximação e conhecimento do acadêmico dos programas pertencentes à saúde pública, é o que demonstra a afirmação a seguir.

O campo de estágio foi riquíssimo, riquíssimo, acho que é um complemento, que a Universidade disponibiliza para o aluno, porque o aluno vivencia na realidade do enfermeiro. Então ele percebe toda a atividade que o enfermeiro tem os direitos e os deveres e os acadêmicos ficam mais próximos ao Programa Saúde da Família. (D 2).

A declaração do docente revela ainda a importância da atividade do estágio em relação ao entendimento do comprometimento do profissional enfermeiro na saúde pública.

Os acadêmicos percebem a forma com que foram ministrados os conteúdos do curso foi gradativo e levou em conta o ritmo e o conhecimento do acadêmico:

O contato com a saúde pública foi gradativo, no primeiro ano foi pequeno, no segundo ano foi maior e assim por diante (A 9).

Tudo aconteceu de acordo com o nosso nível de conhecimento, realmente foi gradativo e crescente (A 2).

As colocações feitas pelos acadêmicos demonstram ter ocorrido, o desenvolvimento do aprendizado de forma gradual e crescente.

5.4 A AÇÃO DO DOCENTE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA SAÚDE PÚBLICA

Nesta quarta categoria, face uma abordagem da docência, são colocados em pauta os saberes em saúde pública necessários aos professores na formação de futuros profissionais de enfermagem numa visão crítico reflexiva.

Segundo Tardif (2002), entende-se os saberes docentes como aqueles formados pela associação, mais ou menos coerente, de saberes oriundos:

Da formação profissional, das ciências da educação e da ideologia pedagógica; os profissionais transmitidos pelas instituições de formação de professores; os disciplinares, integrados à prática docente, por intermédio da formação inicial e contínua dos professores; os curriculares, das instituições escolares, concretamente explicitados sob forma de discursos, objetivos, conteúdos e métodos, e as experiências, elaborados no exercício de sua prática docente, sendo validados pela própria experiência, incorporando-se à experiência individual e coletiva sob a forma de *habitus* e de habilidades, de saber-fazer e de saber ser. (TARDIF, 2002, p. 59).

Muitos estudiosos da educação ressaltam que os professores podem adquirir os saberes da experiência por intermédio da reflexão sobre a própria

prática cotidiana, mediada pelos pares. Tais saberes só poderão ser reconhecidos na sua formação e desenvolvimento na prática docente, ao desenvolverem as competências ligadas ao trabalho como professor.

Para Pinto (2001, p. 50) a pluralidade dos saberes é mais um imperativo na prática docente que:

Em sua ação docente, o professor mobiliza não apenas saberes disciplinares relativos aos fundamentos dos conteúdos, sua veiculação nos manuais escolares, sua relação com as sociedades, com o seu significado cultural em relação à cultura dos alunos. [...] São inúmeros os objetivos que o professor administra, simultaneamente, numa sala de aula, devendo, para isto, mobilizar um extenso rol de saberes e habilidades, muitos deles retirados de sua caixa pessoal de ferramentas. (PINTO, 2001, p. 50).

Ao analisar quarta categoria, pretende-se entender de que forma o docente esteve junto aos acadêmicos na formação dos conhecimentos, que metodologia que linha foi utilizada dentro e fora da sala de aula. Levando em conta a importância dada pelo curso, às políticas educacionais da saúde pública. Indagou-se: **“O que seria um bom professor no curso de enfermagem para atuar em saúde pública?”**.

As respostas obtidas demonstraram que tanto docentes como acadêmicos valorizam a atenção como estratégias de ações, que venham ao encontro dos dados epidemiológicos reais da população, para que se possam tomar medidas de planejamento e organização dos serviços de saúde. Fazer uma reflexão a qual deve estar no conhecimento da comunidade e das políticas públicas, como revelam os relatos a seguir:

Quando se coloca para o aluno sobre a saúde pública temos que dar noção a ele que não se trata apenas de medidas curativas, mas é uma questão de educação popular para a prevenção. (D5)

A resposta do docente salienta a importância de mostrar ao acadêmico a amplitude da atividade do profissional enfermeiro.

Para ser um bom docente em qualquer disciplina você tem que saber fazer o que você ensina. Então para que eu seja uma boa docente em Saúde Pública eu tenho que vivenciar aquilo que eu ensino. (D2)

A declaração do docente enfatiza a coerência entre o saber teórico e o prático, segundo o docente, isso é necessário para ser um bom docente.

As colocações a seguir revelam a necessidade de vivenciar aquilo que se ensina. Essa constatação exposta pelos docentes traz à tona a questão da didática utilizada por estes caracterizando a relação reflexão, docente e conhecimento. É possível apontar, por meio das afirmações dos docentes 2 e 5, que eles se preocupam com uma prática pedagógica reflexiva baseada na realidade.

Não é muito fácil, ser um bom professor em saúde pública, como não é fácil ser de qualquer outra disciplina. Vai exigir muito estudo. Essencialmente eu preciso me dispor a trabalhar, me dispor a mostrar para meus alunos que eu conheço aquilo lá e que eu faço também. (D4)

É interessante observar que o relato do docente vem acompanhado da experiência profissional em saúde pública, como características ligadas à questão metodológica.

Eu tenho que saber estar em uma Unidade de saúde e desempenhar as atividades que uma enfermeira desempenha. Desempenhar as funções de uma enfermeira de Saúde Pública. Eu tenho que conhecer todas os seus papeis, eu tenho que saber sobre supervisão de enfermagem. Talvez eu não tenha as mesmas habilidades que ela tenha por ser, por não estar no dia a dia lá, mas eu tenho que ter a compreensão do trabalho dela (D1).

Percebe-se que o docente 1 quando se refere à Saúde Pública reflete sobre a sua própria prática docente. Os relatos dos docentes 1 e 4 colocam a certeza de que o curso necessita estar imbuído na formação de um profissional conhecedor da realidade da Saúde Pública.

A gente trabalha com o Arco de Manguerez, tem uma visão toda diferenciada do qual o professor ele esta como mediador do saber, ele não tem só visão que só ele sabe e o aluno é um mero objeto que tem que aprender o saber que o professor sabe. (D 1).

Tendo em vista que a declaração do docente 1, que aponta o Arco de Manguerez como forma de trabalho, faz-se necessário alguns esclarecimentos sobre esse método. O professor, neste método, é um mediador. O aluno necessita, por um determinado tempo, de um intermediário, que lhe mostre o que ele dispõe

para aprender. Os conteúdos são apresentados conforme os objetivos a serem atingidos e a dinâmica da aprendizagem é regulada pelos determinantes pessoais.

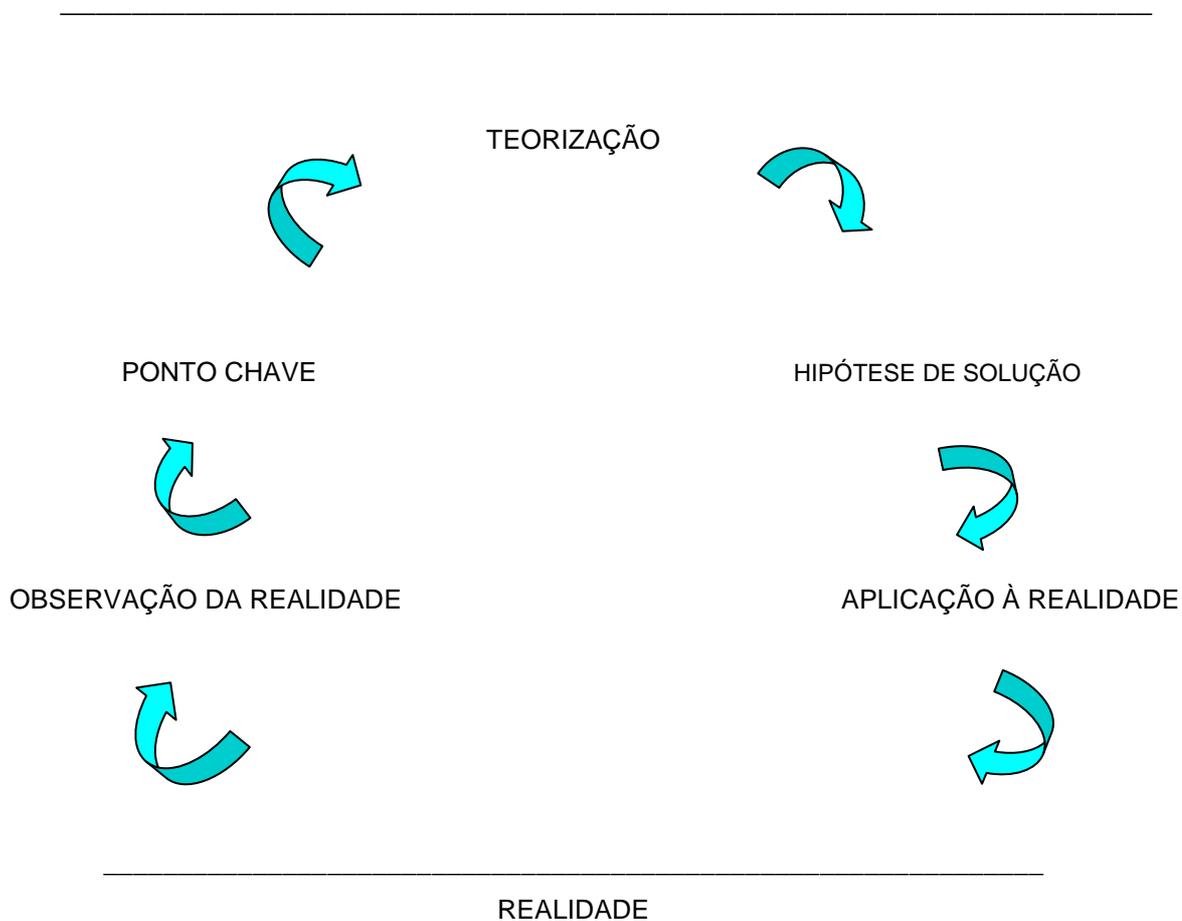
Os conteúdos são definidos a partir dos problemas, embasando as hipóteses de solução. A dinâmica da aula passa por momentos de análise da realidade e reconhecimento dos problemas relevantes, seguida de uma teorização e estabelecimento de hipóteses de solução. Estas hipóteses devem ser testadas, para que se possa mantê-las ou descartá-las, reiniciando o processo. Neste método não se separa a teoria da prática, uma influenciando a outra, num processo contínuo. Charles Manguerez, citado por Bordenave (1989, p. 24), como autor do método que fundamenta a prática desta metodologia, não deixou outras contribuições educacionais conhecidas.

Segundo Berbel (1999, p. 2):

[...] de Maguerez não tivemos mais notícias, mas no esquema construído por ele encontra-se um caminho metodológico capaz de orientar a prática pedagógica de um educador preocupado com o desenvolvimento dos seus alunos e com sua autonomia intelectual, visando o pensamento crítico e criativo e também a preocupação para uma atuação política.

Pode-se entender melhor o processo ao observar a Figura 1 diagrama abaixo, denominado de “Método do Arco”. O diagrama mostra um processo de aprendizado, que parte da observação da realidade, e a ela retorna com uma solução ao problema colocado.

FIGURA 1 – ARCO DE MAGUEREZ



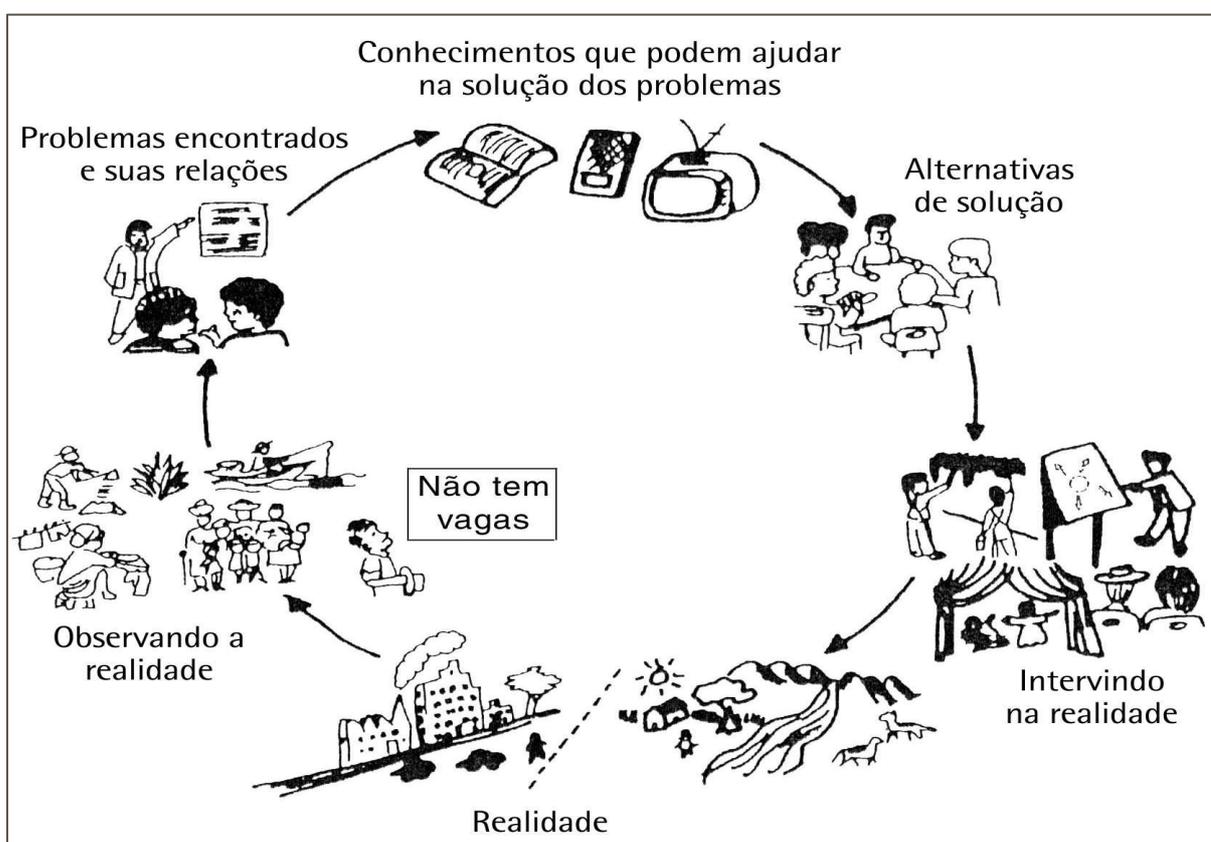
DESCRITO POR BORDENAVE (1989)

A Metodologia da Problematização utiliza-se do arco de Charles Maguerez, já que no esquema construído por ele encontra-se:

um caminho metodológico capaz de orientar a prática pedagógica de um educador preocupado com o desenvolvimento de seus alunos e com sua autonomia intelectual, visando o pensamento crítico e criativo e também a preparação para uma atuação política. (BERBEL, 1999, p.2).

O Arco tem como ponto de partida um recorte da realidade e como ponto de chegada essa mesma realidade. Na figura abaixo verifica-se uma exemplificação prática da educação problematizadora utilizando o Arco de Maguerez.

FIGURA 2 – EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA



Fonte: NUNES, E.de F. A (UEL-PR, 2004)

Na Metodologia da Problematização, quando se trata da observação direta no campo que se pretende investigar, enfatiza-se a interação entre participante e a realidade, sendo este um aspecto básico para uma educação problematizadora

A Pedagogia da Problematização parte do princípio de que, num mundo em mudanças o mais importante não é os conhecimentos ou os comportamentos corretos e fáceis, mas sim desenvolver no aluno a capacidade de detectar problemas reais (da realidade) e buscar para eles soluções originais e criativas. (BORDENAVE, 1989).

Por esta razão, uma das capacidades que se deseja desenvolver é a de fazer perguntas relevantes em qualquer situação. Em certas situações, em especial no trabalho em saúde, é mais urgente e importante desenvolver a capacidade de observar a realidade e detectar todos os recursos disponíveis.

A primeira etapa do Arco é a da observação da realidade e definição do problema que se pretende estudar/investigar. Os participantes são levados a observarem a realidade com um olhar mais atento para que percebam aspectos que podem passar despercebidos em estudos apenas teóricos. Participando da realidade é que alunos e professores identificam aspectos que podem se tornar problemáticos e entre eles eleger o(s) mais grave(s) ou prioritário(s), para fazerem um estudo com profundidade. Redigindo o(s) problema(s) de modo claro, a realidade é problematizada, dando início à problematização enquanto um exercício intelectual e social.

A segunda etapa do Arco é a elaboração dos *pontos-chave*. Nessa etapa há uma reflexão inicial sobre quais aspectos estão relacionados com o problema a estudar/investigar. Para isso os participantes formulam questões e procuram respondê-las pensando nos possíveis fatores associados e os possíveis determinantes contextuais, seus componentes e seus desdobramentos, que podem estar relacionados ao(s) problema(s). Respondendo essas questões, construirão os pontos-chave do estudo através de: um conjunto de pressupostos que orientará o estudo, uma lista de preocupações, de dúvidas, de novas perguntas ou de tópicos a estudar. Esses pontos-chave serão desenvolvidos na terceira etapa do arco: a da teorização.

A Teorização é a etapa da investigação em que cada ponto-chave transforma-se num item a ser pesquisado. Os alunos “passam a buscar sistematizadamente as informações técnicas, científicas, empíricas, oficiais etc., com auxílio de procedimentos e instrumentos utilizáveis em investigações científicas”

(BERBEL, 1999, p.8). Após a coleta de informações dos diferentes pontos e seu tratamento ou organização, há uma discussão para analisá-los e chegar às conclusões, respondendo e procurando saber o porquê dos elementos observados, para que sejam elaboradas as *hipóteses de solução* para o (s) problema (s).

A elaboração das hipóteses de solução é a quarta etapa, listando-se todas as possibilidades que o grupo consegue pensar para encaminhar ou solucionar o problema, buscando “cultivar a originalidade e a criatividade, pois a teoria é muito fértil, e muitas hipóteses de solução nela baseadas podem não ser válidas na prática” (VASCONCELLOS, 1999, p. 34). Nesta etapa é preciso que o aprendiz confronte as hipóteses de solução com a realidade, porque o objetivo da Metodologia da Problematização é a transformação da realidade observada/investigada, em algum grau. Por isso é necessário aos participantes confrontá-las com a realidade para que essa confrontação “ideal-real” lhes permita usar a realidade para aprender com ela a superar os problemas encontrados.

A quinta etapa (última) é a da *aplicação à realidade*. Nesta parte ocorrerá mais uma vez, de forma explícita, a relação teoria-prática. Os participantes aplicam as hipóteses de solução que o grupo encontrou e considerou como viáveis e aplicáveis. A Metodologia da Problematização passa a ser mais que um método, passa a ser um exercício intelectual e social, porque permite transformar a realidade em algum grau, assim como se transformam os participantes que se utilizam dela.

O processo inicia quando o educando “problematiza” a realidade que vê. O aluno precisa ser estimulado a descrever o que percebe a partir dos conhecimentos adquiridos até o momento, pela experiência profissional ou pelas oportunidades que a vivência acadêmica oportunizou.

A Pedagogia da Problematização parte do princípio de que, num mundo em mudanças o mais importante não são conhecimentos ou os comportamentos corretos e fáceis, mas desenvolver no aluno a capacidade de detectar problemas reais (da realidade) e buscar para eles soluções originais e criativas. (BORDENAVE, 1989).

Por esta razão, uma das capacidades que se deseja desenvolver é a de fazer perguntas relevantes em qualquer situação. Em certas situações, em especial no trabalho em saúde, é mais urgente e importante desenvolver a

capacidade de observar a realidade, detectar todos os recursos disponíveis a que se possa lançar mão, e criar soluções. Assim vai a busca dos aportes teóricos necessários à compreensão e resolução dos problemas identificados.

Parece que é nesta vertente que alguns docentes vão a busca da identificação do problema na realidade para trazer ao seu cotidiano e a partir daí fazer um planejamento conforme relatam:

Eu vejo assim, que o profissional precisa conhecer a comunidade, fazer levantamento dos problemas pra poder traçar as metas, planejamento, atividades que vai se realizar com esta comunidade (D 1).

A gente foi conhecer a comunidade, fazendo mapeamento para daí a gente estar direcionando o que a gente precisava estar fazendo (D 5).

Na enfermagem é prioritário que se faça um planejamento das ações, mas para isso, é preciso que se conheça a realidade da comunidade para a partir daí tomar atitudes de enfrentamento dos problemas encontrados.

Sendo que o aluno age constantemente de forma ativa, observando, formulando perguntas e buscando respostas. Sua motivação é estimulada pela percepção dos problemas e pela busca de soluções reais, concretas, aplicáveis à realidade.

O professor, neste método, é um mediador. O aluno necessita, por um determinado tempo, de um intermediário, que lhe mostre o que ele dispõe para aprender. Os conteúdos são apresentados conforme os objetivos a serem atingidos e a dinâmica da aprendizagem é regulada pelos determinantes pessoais.

Os conteúdos são definidos a partir dos problemas, embasando as hipóteses de solução. A dinâmica da aula passa por momentos de análise da realidade e reconhecimento dos problemas relevantes, seguida de uma teorização e estabelecimento de hipóteses de solução. Estas hipóteses devem ser testadas, para que se possa mantê-las ou descartá-las, reiniciando o processo. Neste método não se separa a teoria da prática, uma influenciando a outra, num processo contínuo.

A mobilização para o conhecimento requer ação consciente do aluno, e também do professor. Para que esta conscientização ocorra, deve-se observar as seguintes exigências: conhecer a atuar a partir da realidade, ter clareza dos objetivos e propiciar uma prática pedagógica significativa.

Na resposta do docente quanto a questionar o acadêmico para que a partir da realidade que ele conhece seja trabalhado o conteúdo:

O aluno tem que trazer a experiência dele, o que ele entende o que ele já leu, as vivências, as experiências dele e familiar, trazer para dentro da sala de aula. O professor aí vai agir como intermediador vai poder estar orientando e educando esse aluno (D 1).

O docente revela por meio dessa resposta a importância do docente levar em consideração a bagagem cultural do aluno. Afirmação essa que vem ao encontro da colocação de Libâneo (1994) “o aluno traz uma diversidade de conhecimentos que devem ser aproveitados pelo professor, o aluno não é vazio”.

Porém para conhecer a atuar a partir da realidade, precisamos resgatar a realidade concreta dos sujeitos da aprendizagem e a prática social em que o trabalho educativo esta inserido. Vasconcellos (1995) alerta para a importância de superarmos o recorde imediatista desta visão (aquilo que os olhos podem ver), e chegarmos a uma compreensão para além das aparências, as múltiplas determinações e principais características do grupo social do qual participam.

Esta perspectiva é considerada na Metodologia da Problematização quando Davini (1989) coloca como uma das questões centrais do processo de aprender e ensinar a compreensão das formas de conhecer e pensar dos educandos. Em sua opinião devemos levar em conta os esquemas de assimilação do indivíduo e os padrões culturais. Para explicar a primeira questão, utilizam-se conceitos da Psicologia Genética de Piaget. Os padrões culturais, ou seja, a visão do mundo, mitos, tradições, estrutura familiar entre outros, afirma serem elementos de fundamental importância já que se conformam no sujeito os esquemas de percepção e de pensamento sobre a realidade.

Nesse sentido, é possível afirmar que as respostas dadas pelos docentes revelam a consciência de ser o ato educativo uma prática reflexiva. Segundo Abramowicz (2001, p. 138), a reflexão propõe voltar atrás para examinar melhor, para ver rever a realidade de forma atenta, compreensiva e ampla. Em relação aos docentes atuantes no curso de enfermagem o processo reflexivo constitui-se em questionar-se continuamente sobre o homem e o bem estar.

5.5 A AÇÃO DO ENFERMEIRO E SUAS RELAÇÕES COM A PREVENÇÃO NUMA ABORDAGEM DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.

Aqui se pretendeu analisar a quinta categoria com o objetivo de desvendar até que ponto as Políticas de Saúde norteiam a formação do profissional enfermeiro.

A Atenção Básica constitui o primeiro nível da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde.

As ações de saúde visam não só aumentar a sobrevivência, mas também, propiciar aos grupos o mais alto grau de saúde, isto é, visam um resultado quantitativo e qualitativo.

Perguntou-se: **Qual é o entendimento para vocês quanto à assistência em saúde pública?**

Existe uma percepção de saúde pública de um aspecto amplo e abrangente prestadas pelo serviço conforme a fala:

Eu percebo que as pessoas quando se referem à saúde pública, só entendem como ações feitas em unidades de saúde para melhorar de doenças, eu vejo que a saúde pública vai além, pois a população precisa de ações de saúde em nível primário, secundário e terciário. (A 10)

O relato do acadêmico mostra o entendimento de Saúde Pública não apenas com ações curativas, mas que é necessário que se intensifique o emprego de ações profiláticas e, sobretudo, a criação de uma mentalidade preventivista.

A ênfase no enfoque profilático já se torna evidenciada em (CHAVES, 1978: 67). Assim no nível de prevenção primária, evita-se que a doença ocorra; na prevenção secundária, a ação curativa também se reveste de aspectos profiláticos, através do diagnóstico precoce; na prevenção terciária, na limitação do dano e na reabilitação ainda se percebem ações curativas com características preventivas, evitando-se, assim, danos maiores.

As ações curativas procuram impedir, pelos meios de que dispõe que se agrave um dano ao organismo. O doente, a família e a comunidade, entretanto, chegam a perceber, claramente, a eminência desse dano. Já na prevenção esta não é percebida, porque o objetivo da prevenção é impedir que ele se manifeste. A remotividade do dano desvaloriza, assim, a ação preventiva por parte da clientela e até mesmo das autoridades e do sistema de saúde. Só recentemente se começou a perceber as vantagens econômicas da prevenção.

Sobre a questão da prevenção na Saúde Pública perguntou-se: **O que representa atuar na prevenção em saúde?**

Os acadêmicos apresentam uma visão abrangente do que significa a prevenção de doenças como se evidencia:

A gente como enfermeiro não é formado só para cuidar do paciente internado ou só quando está com uma doença, mas sim fazer o esquema primário de saúde que é a prevenção de doenças. (A11)

Saúde publica envolve todos os serviços prestados pelo SUS, mas a prevenção deve ter atenção especial, pois é mais fácil prevenir do que curar. (A6)

Nós agimos muito na prevenção, pode aparecer casos complicados, mas a gente trabalha muito na prevenção e com criatividade para criar alternativas. (A9)

As respostas revelam uma consciência com a prevenção das doenças, diante do que preconiza o Sistema Único de Saúde. Revelam ainda, que a prevenção é algo necessário e se configura em mais uma das responsabilidades do profissional enfermeiro. O acadêmico 11 está diretamente apontando para a

importância da prevenção na área da saúde, enquanto a fala do acadêmico 9 expõe que o trabalho com a prevenção não é simples e que é preciso ter perseverança e criatividade. Observou-se ainda valorização por parte dos acadêmicos e dos docentes em relação aos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde em nível de prevenção. Como se verifica:

O PSF é um Programa do Ministério da Saúde que desde noventa e quatro esta aí, é uma boa tentativa de estar resgatando o trabalho familiar, do contexto familiar. (D 1)

Estar oportunizando para a comunidade no dia a dia os programas do ministério, que são de prevenção de doenças. (D 5)

As afirmações dos acadêmicos que vêm a seguir corroboram para duas questões importantes.

Eu tive a oportunidade de conhecer o Programa Saúde da Família desde sua implantação. Aprendemos a trabalhar na comunidade no acompanhamento das famílias, nas áreas de risco. (A3)

A fala coloca a importância do conhecimento dos programas de prevenção, esses auxiliam no entendimento, desses acadêmicos, da realidade social que cerca a atuação do enfermeiro.

Você trabalha o tempo todo com Programas de Saúde, com grupos de Gestante, de Hipertensos, de Adolescentes, de Puericultura, Preventivo do Câncer de colo uterino e de mama. (A12)

Essa segunda fala expõe sobre as dificuldades encontradas na integração dos vários profissionais da área de saúde em prol do programa.

Ter conhecimentos relacionados aos programas de saúde, desenvolvidos no âmbito da Saúde Pública. Programa como, por exemplo, gestante, planejamento familiar, preventivo do câncer e puericultura e a gente via que um profissional não interagia no programa do outro como se o programa fosse do profissional. (A 8)

É possível inferir ainda a partir das respostas, que os docentes e acadêmicos valorizam e sustentam suas ações de saúde pública nos Programas de Saúde preconizados pelo Ministério da Saúde, diretamente relacionadas ao Programa Saúde da Família.

A educação para a saúde é um dos processos mais eficientes das ações preventivas. O processo educativo é o instrumento básico que veicula informações e experiências sobre saúde. Educar para a saúde é uma das atividades das mais necessárias num país em desenvolvimento como Brasil, onde boa parte da população sofre com problemas de saúde que poderiam ser erradicados ou pelo menos amenizado apenas com a mudança de hábito da população. É o que mostra o relato abaixo:

A nossa formação é voltada para a educação, que é a educação em saúde da população, pois trabalhar com prevenção é também trabalhar com educação. (A11)

Essa fala do acadêmico salienta que sua formação profissional é voltada para área preventiva, ou seja, Saúde Pública. Pode-se também inferir que, por meio de práticas educativas é possível propiciar a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e que estimule a criatividade e conseqüentemente a prevenção. Quanto a isso os acadêmicos de enfermagem demonstram consciência da importância da prevenção.

Tal como noutras profissões, a evolução na enfermagem tem ocorrido em vários contextos de mudanças socioculturais, filosóficas, econômicas, políticas e tecnológicas.

Da tecnicidade centrada na doença, no início deste século, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados para uma corrente orientada para o desenvolvimento moral. Os cursos de

enfermagem de hoje procuram dar uma formação que permita aos enfermeiros conhecer melhor a pessoa e ter uma ação terapêutica a nível individual e familiar.

De acordo com essas afirmações o curso leva em conta que o processo de melhoria das condições de saúde da população alia-se à educação, pois esta promove a formação de profissionais que, superando a preocupação com a aprendizagem de conhecimentos técnicos volta-se para os processos que permitem ao homem servir à sociedade.

Nesse sentido perguntou-se aos participantes desse estudo: **O que é ser um bom profissional enfermeiro para atuar em saúde pública?**

Destaca-se um posicionamento dos pesquisados frente a uma assistência que vá ao encontro dos princípios do SUS, como se constata:

A partir do momento que a gente conseguir passar tudo o que está na teoria do papel do SUS e do PSF, para a prática acredito que as coisas vão começar a funcionar muito bem. (A11)

A fala a seguir destaca que para desenvolver suas atividades de forma eficaz o profissional enfermeiro deve ter claro os princípios norteadores do SUS.

*Acredito que ser um bom enfermeiro em saúde pública é seguir os princípios e diretrizes do SUS. **Que conheça os princípios norteadores do SUS e que trabalhe pautado nestes princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização** e não podemos esquecer da participação social que também é um direito social. (D 1)*

*Ser um bom profissional em saúde pública para mim é **atuar em todos os Programas do Ministério da Saúde.** (D 4)*

Os relatos acima revelam a importância de o profissional enfermeiro conhecer às políticas públicas de saúde. Já que, segundo eles, esse conhecimento é imprescindível para uma boa atuação na saúde pública.

De acordo com as respostas podemos levantar que o reconhecimento de que o homem tem interação com indivíduos, família e sociedade levam à necessidade de um processo educativo transformador. A formação do enfermeiro deve assegurar domínio de conteúdos científicos, técnicos e humanistas, além da compreensão das formas de relação e organização que caracterizam a realidade social, fundamento das condições de exercício da profissão.

As falas demonstram ainda que o Curso de Enfermagem ora proposto tem como finalidade a formação de profissionais aptos a atuarem junto ao indivíduo, família e comunidade, no processo saúde – doença, buscando a melhoria da qualidade de vida da população. Suas ações, embasadas em conhecimentos técnico-científicos e em posicionamento ético-político, deverão contemplar a resolução de problemas sociais e de saúde.

Para tanto, os futuros egressos, enfermeiros, necessitam estar apto a aplicar o processo de supervisão, a realizar avaliação contínua do processo de cuidar e de gerenciar os serviços de saúde, seja em nível primário, secundário ou terciário de atendimento. Pretende-se a formação de profissionais que tenham seu olhar voltado para a humanização da assistência, enfatizando a formação de vínculo do profissional com o indivíduo, a família e a comunidade assistida, bem como ter conhecimento e integração com toda equipe de saúde.

Em relação ao trabalho em equipe indagou-se aos sujeitos pesquisados: **Durante o curso você percebeu um trabalho em equipe na prática em Saúde Pública?**

Apesar das falas a seguir não revelarem com clareza o trabalho em equipe na prática em Saúde Pública, foi possível perceber que a realização de um trabalho coletivo exige a utilização de um método que favoreça a discussão e a busca de entendimento. O trabalho em equipe apontado pelos acadêmicos, prevê responsabilidades para o enfermeiro.

Saber trabalhar em equipe, saber se comunicar com a equipe, ter capacidade de gerenciamento, criar coisas novas, ser criativo, estar sempre se aperfeiçoando, agir sempre de forma ética, ter responsabilidade. (D 4)

O enfermeiro precisa liderar, ele precisa estar organizando e estar liderando mesmo essa equipe que vai trabalhar com esta comunidade, pra que os problemas levantados sejam trabalhados e solucionados. (D 5)

A comunidade precisa querer que você continue ser enfermeira daquele local [...], se eu for transferida da minha unidade eu quero que a comunidade diga que não, nós precisamos dela aqui [...], ela nos defende, ela luta por nós e é preciso contagiar a equipe com essa responsabilidade. (D 2)

As respostas obtidas dos docentes 4 e 5 evidenciam que em uma equipe de trabalho, o enfermeiro é responsável por “gerenciar”, “liderar”, enquanto que para o docente 2, o enfermeiro é incentivador da equipe em atitudes responsáveis. Dessa forma, percebe-se uma tendência, influenciada pelo pressuposto de que a estrutura interna de uma equipe de saúde é determinante da ação do enfermeiro a qual consiste no comprometimento desse profissional com a comunidade.

Nesta mesma vertente de pensamento, (Morin 2002, p.24) “afirma que a reforma do pensamento contém uma necessidade social chave: formar cidadãos capazes de enfrentar os problemas de seu tempo”.

Portanto, a formação do enfermeiro deve estar alicerçada em uma prática transformadora que possibilite a integração dos diferentes profissionais que atuam na saúde pública: médico, assistente social, agente comunitário e o enfermeiro. Entende-se que desta forma facilite o processo de produção do conhecimento que ocorre de forma dinâmica da relação entre os diferentes profissionais. Os sujeitos pesquisados apontaram as dificuldades e a importância de se trabalhar o relacionamento interpessoais e as relações entre as categorias de trabalhadores:

Também observamos alguns problemas no relacionamento interpessoal da equipe, observava-se certa rivalidade, cada um defendia o seu programa de saúde. (A7)

Pra mim é preciso que todos trabalhem cada um fazendo a sua parte com amor com respeito ao profissional seus colegas com respeito às pessoas com respeito a você mesmo não existiria tanto problema de relacionamento de equipe de trabalho. (A9)

Toda a equipe precisa entender que um precisa do outro e um complementa o saber do outro em prol da comunidade, trabalhar unidos. (A10)

O relato a seguir aponta a interdisciplinaridade²⁶ como uma das dificuldades em se trabalhar em equipe:

Eu vivenciei um trabalho interdisciplinar no estágio do internato, porém não com o profissional médico, pois acho bem complicado trabalhar com o médico, é a minha opinião. (A6)

Apesar dos docentes colocarem o quanto é importante o trabalho em equipe, as declarações dos acadêmicos revelam que esse tipo de trabalho não é tão fácil. Ou seja, nem sempre os integrantes da equipe conseguem encarar os programas propostos como responsabilidade de todos. Os acadêmicos apontam também a união e o respeito como forma ideal para se desenvolver atividades em equipe e que todos os integrantes precisam ter claro que se deve trabalhar em prol a comunidade.

Nesse sentido, as respostas obtidas mostram um novo processo educativo para o enfermeiro o qual deverá assegurar este profissional da apropriação, de forma articulada, da totalidade do trabalho desenvolvido na realidade do serviço de saúde e em outros espaços que desenvolva uma práxis transformadora. Para isso é preciso ter consciência de que trabalhar em equipe é fundamental para o bom andamento das ações na saúde pública.

O curso de enfermagem, no processo de formação do enfermeiro, proporciona aos acadêmicos esse trabalho em equipe, pode ser uma instância

²⁶ Interdisciplinaridade é a interação entre diversas disciplinas, construindo assim um novo paradigma epistemológico, buscando a unidade do saber, tendo uma hermenêutica e uma coordenação comuns. (WACHOWICZ, 1998, p. 87-88).

possibilitadora de processos de mediação reflexiva entre as transformações sociais concretas, constituindo-se numa oportunidade de questionar criticamente o saber acadêmico e os modos de organização do trabalho na saúde pública, como mostra as afirmações dos docentes:

Saber trabalhar em equipe, saber se comunicar com a equipe, ter capacidade de gerenciamento, criar coisas novas, ser criativo, estar sempre se aperfeiçoando, agir sempre de forma ética, ter responsabilidade. (D4)

O próximo relato expõe a produtividade do trabalho em equipe e quanto o desenvolvimento dessas atividades desencadearam um bom relacionamento entre os diferentes profissionais.

Foi um relacionamento muito bom, tanto a equipe como os alunos assim tiveram boa interação sem problemas. As meninas gostavam bastante e ajudavam bastante, participavam bastante. Bastante integração mesmo. (D 5)

A declaração feita pelo docente, apontam para o compromisso do enfermeiro como parte formadora da equipe.

Mostraram compromisso e responsabilidade sempre mantendo uma atitude ética junto à equipe e com os usuários, pois na saúde pública temos que ganhar a confiança da comunidade. (D 3)

Os alunos interagiram com a comunidade participaram efetivamente junto com a equipe do PSF. (D 3)

O docente aponta ainda a importância da educação continuada e treinamento como atividades que possibilitam ao acadêmico uma boa relação com a equipe.

Realizar educação continuada e treinamento em serviço, assim teremos um bom desenvolvimento das relações interpessoais com isso toda a equipe ganha em qualidade de atendimento aos usuários. (D 3)

As respostas acima esclarecem que a formação do profissional enfermeiro oportuniza ao acadêmico uma prática que permite o desenvolvimento de capacidades e competências implícitas na interação com a comunidade. No dizer de NÓVOA (1995, p. 113) é o desenvolver do conhecimento na ação. Pois a atividade prática não ocorre somente com o conhecimento, pois o sujeito pensa ao mesmo tempo em que está agindo, refletindo sobre a ação ele organizará aquilo que aprendeu na prática. O que o autor coloca é a aprendizagem só ocorre quando há mudança de atitude.

Considera-se significativo nessas respostas refletir a partir do que Gramsci (1995) coloca sobre a proposta de construção alternativa socialista mediante a formação de *verdadeiros cidadãos*. O atendimento à comunidade é prestado pelos profissionais das equipes saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios.

Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Portanto o trabalho em equipe é visto pelos participantes da pesquisa como condição necessária para a liberdade do homem, pois a sua libertação (intelectual, moral e social) representa a superação da divisão da sociedade em classes sociais antagônicas. Pretende-se uma ação em equipe que

satisfaça o processo produtivo. Depreende-se um ensino de tipo técnico-científico, numa perspectiva mais humanística, unidos na concepção de um profissional comprometido com a cidadania, com as causas sociais.

A concepção de um curso voltado para a transformação social diz respeito a um conceito educacional que designa uma didática que consegue desenvolver currículos e métodos com base no trabalho produtivo como princípio pedagógico, sem renunciar à dimensão desinteressada e universal da cultura clássica. É uma maneira contextualizada à dinamicidade da: sociedade econômica, social, cultural e histórica, que tem em seus fundamentos a Pedagogia Crítico – Dialética.

Trata-se, pois, de uma proposta de ensino aprendizagem fundamentada na necessidade de intervenção firme e decidida, na qual os docentes, organicamente, buscam formar enfermeiros conscientes de sua função social. Para isso é preciso entender sobre as políticas que cercam a saúde pública. Com base na importância de se discutir essas políticas da saúde pública é que se perguntou aos docentes e acadêmicos participantes do presente estudo: **Como você vê a formação do futuro profissional enfermeiro frente às políticas de saúde?**

As respostas obtidas em relação a essa indagação não foram inteiramente claras, mas foi possível perceber que enfatizam as políticas da saúde pública interligadas com o desenvolvimento de toda a sociedade.

Uma saúde pública funcionando bem vai funcionar para tudo, vai diminuir o número de internações hospitalares, então vai baixar custos de repente que o SUS tem com esses internamentos. (A11)

A fala acima revela que o bom andamento dos programas de saúde pública implica a melhoria de todos os segmentos sociais.

Na saúde pública atuei como um sujeito político, na questão da mudança social na comunidade [...], ajudando a comunidade a se organizar, pra conseguir um asfalto, conseguir uma escola, uma rede de esgoto, servi como base política pra organizar a população pra conseguir os direitos deles. (A6)

O curso passou este envolvimento político com a comunidade através dos Conselhos Municipais de Saúde e Conferências Municipais de Saúde. (A5)

Nessa fala, o acadêmico aponta duas atividades que foram importantes para o desenvolvimento do conhecimento em relação às políticas que envolvem a saúde pública, comunidade e gestão municipal.

Que conheça os princípios norteadores do SUS e que trabalhe pautado nestes princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e não podemos esquecer da participação social que também é um direito social. (D 1)

Não se pode deixar de salientar a fala do docente referente ao direito de participação social, direito esse que toda a sociedade goza. Ou seja, toda a população tem o direito à saúde e a exigir dos representantes políticos uma saúde pública organizada e eficaz, entretanto cabe a essa mesma população desenvolver hábitos e comportamentos em prol de própria saúde para aliviar a responsabilidade do SUS.

Percebe-se nos relatos acima que a Atenção Básica constitui o primeiro nível da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde.

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Garantir que esses princípios realmente se tornem atitudes é uma das responsabilidades do enfermeiro. Como fica claro no relato abaixo:

Quando a gente faz visita domiciliar e vê os problemas de saúde de perto e tenta ajudar é muito gratificante, é aí que você vê a sua importância para aquela família. (D8)

O planejamento com base nos critérios epidemiológicos e sociais é a base para o desenvolvimento das ações na Saúde da Família. O desafio atual é efetivamente consolidar a Saúde da Família como a porta de entrada prioritária do SUS, que mediante a conversão da rede básica deverá organizar todo o sistema a partir destes serviços, com intuito de resolver, ainda na atenção básica, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Isso fica claro nas afirmações a seguir

O docente coloca a importância do acadêmico ter conhecimento da legislação da saúde pública:

Eles conhecem a legislação básica de saúde, tem um conhecimento e atuaram enquanto estagiários no Programa da Saúde da Família, onde tiveram oportunidade de conhecer a comunidade. (D 3)

Enquanto o docente aponta para o conhecimento da história do Sistema de saúde.

“O aluno precisa entender a história do nosso Sistema de Saúde, precisa saber do financiamento de onde vem ele precisa conhecer todo o sistema de saúde”. (D2)

Precisa saber do funcionamento de uma Unidade de Saúde, quem trabalha lá, qual o modo de atenção, nível de atenção que nós utilizamos hoje, porque foi necessário fazer esta mudança de paradigma, então esta discussão toda a gente já faz com os alunos tanto em Políticas de Saúde I, e retoma nas disciplinas de Instrumentalização para o Trabalho com a Comunidade. (D 2)

Conhecer a legislação, entender a história do Sistema de Saúde, saber o funcionamento de uma unidade de saúde, são colocações feitas pelos

docentes acima, que demonstram que a atuação do profissional enfermeiro vai além dos muros das unidades de saúde.

Por meio dessas respostas, é possível perceber que a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

A Constituição Federal de 1988 trouxe para a área da saúde possibilidades de profundas modificações, especialmente no que se refere à “viabilidade de superação do fetiche do planejamento central e implantação concreta da descentralização político-administrativa”. (Mendes, 1993, p.310).

Como consequência, abriram-se ou foram ampliadas às vias da municipalização dos serviços de saúde, hoje em processo de consolidação, em muitas regiões do país. As afirmações dos acadêmicos demonstram que se o país contar com uma boa saúde pública proporcionará um real desenvolvimento. Para tanto apontam a importância dos cursos de enfermagem estarem empenhados em preparar profissionais aptos para desenvolverem suas atividades profissionais na saúde pública.

A saúde pública é o caminho [...], a saúde pública caminhando bem a população só tem a ganhar com isso e a gente como profissional também (A5).

Outra questão apontada pelos acadêmicos como primordial na formação do enfermeiro para atuar na saúde pública é a interação com a comunidade. Como mostra os relatos abaixo:

A experiência do primeiro ano foi legal, pois fazer estimativa rápida para conhecer a comunidade foi fundamental, hoje a gente percebe como foi importante (A7).

A gente fez no primeiro ano o principal que é a territorialização, que é conhecer o lugar onde você tá atuando, trabalhando (A8).

A fala dos acadêmicos em relação à importância da interação entre comunidade e enfermeiro é reafirmada pelos docentes:

Utilizar as ferramentas da territorialização para fazer uma estimativa rápida da área de abrangência de sua comunidade (D4).

Eles sabem fazer estimativa rápida, eles não têm a habilidade, porque a habilidade você adquire você fazendo várias vezes, mas eles sabem, eles têm material para como montar e ir aplicar uma estimativa rápida, eles sabem fazer a territorialização de uma área (D 2).

As mudanças nos campos sócio-econômico e técnico-científico estão ocorrendo de forma rápida, mas o mesmo não pode ser dito em relação à área educacional. O ensino superior precisa vincular o conhecimento socialmente construído, com os saberes próprios da profissão docente.

A histórica dualidade da educação no Brasil determinou duas redes diferenciadas fundamentadas na organização da sociedade, a qual expressa as relações entre capital e trabalho. Reconhecer o anacronismo da separação entre humanismo e tecnologia e da nossa velha dicotomia entre formação teórica geral e formação prática instrumental é um passo importante sobre como deve se constituir

o processo ensino aprendizagem atual e qual o seu papel no processo de formação profissional. Isso é um desafio do processo formativo, pois significa buscar desenvolver uma visão de totalidade, em que parte e todo se relacionam e se determinam reciprocamente.

O contexto em que se inscreve a formação do enfermeiro que precisamos implica uma perspectiva de unitariedade, um novo entendimento de educação geral, que condicione o conhecimento com base na prática vivida pelo sujeito. Para tal, se faz necessário interrogar quem é o sujeito que conhece. Este, para transformar a realidade, precisa se identificar como histórico e depende da ciência e da tecnologia. Não há como sonegar a teoria, ou mesmo a tecnologia no processo de formação profissional.

O processo educacional, no curso de enfermagem, do ponto de vista de unidade, precisa ter como finalidade primeira formar o enfermeiro com consciência crítica sobre seu papel na sociedade, assim como lhe possibilitar a agudeza teórica e prática no sentido de que ele possa desenvolver os saberes necessários sobre os seus próprios saberes, ou seja, sobre o saber de seu trabalho, de sua profissão.

Configura-se nessa linha de pensamento que os diferentes componentes curriculares necessitam articular a relação teoria e prática, sob pena de perder a visão de unidade entre os conhecimentos de conteúdos teóricos, práticos e pedagógicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs como tema de estudo, a prática pedagógica na formação do profissional enfermeiro para atuar em Saúde Pública. A questão norteadora da investigação indaga-se para como os acadêmicos e professores do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) percebem a formação para atuar em Saúde Pública? O objetivo da investigação é analisar a prática pedagógica na percepção dos acadêmicos e professores do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa quanto a conhecimentos para atuar em Saúde Pública.

A inserção da pesquisadora como docente no referido curso permitiu retirar inferências e ao mesmo tempo levantar questões que estimularam a investigação sobre como se dá o processo formativo do profissional enfermeiro em relação à atuação na Saúde Pública.

Dessa forma, desenvolveu-se junto aos docentes e acadêmicos futuros egressos essa pesquisa de cunho qualitativo que possibilitou indicações relativas à formação do profissional enfermeiro, quanto ao projeto pedagógico verificou-se que os docentes indicam a flexibilidade para a realização de mudanças.

As respostas revelaram que as interações vividas no processo de ensino aprendizagem ajudam à revisão, revitalização desse projeto pedagógico. Corroboram esta mesma prática as falas dos acadêmicos e que ocorre regularmente a participação dos mesmos na discussão do projeto.

As respostas expressam consenso quanto à necessidade da participação do maior número possível de professores na construção do projeto pedagógico, para garantir que este espelhe as convicções e propostas do grupo. Considerando que os acadêmicos, os enfermeiros atuantes nas instituições de saúde nas quais desenvolvem-se atividades de ensino, também participam, em graus diferentes, do processo educativo, parece importante sua participação no projeto pedagógico.

Algumas experiências já desenvolvidas com a participação de enfermeiros assistenciais, professores e alunos no planejamento, acompanhamento

e/ou avaliação de projetos educativos, têm se mostrado bastante ricas (SORDI, 1995, BACKES, 1999). O aumento do número de sujeitos envolvidos torna mais complexa a questão da participação, todavia permite a construção de uma proposta que reflita melhor os diversos saberes, necessidades e propostas da categoria.

A partir dos conhecimentos indicados na formação do profissional enfermeiro para atuar em Saúde Pública, pode-se afirmar que a formação do enfermeiro voltado para atuar na Saúde Pública é um passo decisivo para a melhoria da qualidade de vida da população. Apesar das conquistas ocorridas no setor de saúde, como por exemplo, o processo de municipalização e a descentralização do poder, que foram apontadas pelos sujeitos pesquisados ainda estão por ocorrer às mudanças necessárias nos locais que a assistência à saúde é produzida e realizada.

O modelo assistencial que está relacionado com o SUS, conforme previsto nas Políticas de Saúde, contemplam a assistência integral à saúde e a unificação das ações curativas e preventivas. Tal modelo requer um novo perfil de profissionais para a área da saúde, bem como a especificação de qual produto se quer proporcionar, como deve ser produzido e para que clientela. Assim, é essencial que o acadêmico perceba e reflita sobre o atual momento da política nacional de saúde.

Os conhecimentos trabalhados no Curso de Enfermagem da UEPG procuram mostrar no contexto atual, o que fazer para integrar a comunidade, e que há um forte redirecionamento das ações do enfermeiro para a assistência de enfermagem ao cliente. A pesquisa revelou que este parece ser um dos desafios para a enfermagem na Saúde Pública: a (re) construção da prática assistencial de modo a contribuir para a integralização da assistência à saúde.

As respostas obtidas sugerem que os conhecimentos de Saúde Pública na formação do enfermeiro podem desenvolver sua capacidade de gerenciar, de compreender a realidade de sua organização e de exercer um processo de gerenciamento voltado para as expectativas da comunidade.

Sobre a terceira categoria estudada, a relação teoria e prática no processo de formação do enfermeiro. A partir dos depoimentos foi possível inferir que a teoria constitui um conjunto de conteúdos e de reflexões que os acadêmicos conseguem adquirir durante o curso. As falas dizem que a teoria serve de apoio para

o acadêmico definir estratégias de ação. E então exerce essa ação, que é a prática. Teoria e prática estão, assim, vinculadas pelo próprio processo de geração de conhecimento. De fato, da prática surgem novas reflexões e novos conhecimentos, portanto amplia-se a teoria. E daí resultam novas alternativas para a prática.

Essas idéias muitas vezes parecem um tanto vagas e imprecisas, e às vezes exploratórias, quando comparadas com aquelas que constituem as disciplinas teóricas dos cursos de enfermagem. Mas isto reflete o que se poderia chamar o estado da aprendizagem dos acadêmicos.

Ser enfermeiro exige mais do que o simples saber (ele pode memorizar) e do que saber-fazer (os gestos podem tornar-se automáticos). O enfermeiro pode também desenvolver o seu saber-ser, tanto consigo próprio como com a interação com o paciente.

A pesquisa demonstrou que a proposta curricular e a prática pedagógica dos professores da UEPG que embasa a formação do profissional enfermeiro indicam um esforço para que o processo de ensino aprendizagem se concretize efetivamente, objetivando desenvolver um curso que venha atender as expectativas do acadêmico e conseqüentemente forme profissionais comprometido com o bem estar social.

Considero, entretanto, que há muito a avançar na direção metas consideradas primordiais: Implantar fontes estáveis de financiamento do setor; consolidar a descentralização dos serviços e ações; organizar o sistema para privilegiar o atendimento da demanda; dar prioridade à prevenção, com ênfase no atendimento básico, sobretudo mediante a expansão do Programa de Saúde da Família - PSF; avaliar os programas de saúde para verificar seu impacto real nas condições de vida das populações; adotar novas práticas nas políticas de saúde; valorizando qualidade; transparência; moralidade e controle social.

Nesse sentido, a retrospectiva da Enfermagem no mundo e no Brasil revelou que os sistemas de saúde do mundo inteiro têm procurado rever a tendência histórica de supervalorização das práticas curativas que deixavam em segundo plano as ações preventivas. Busca-se uma atitude mais equilibrada, aumentando a capacidade de promover a saúde e evitar doenças.

As modificações demográficas por que passa o país, com o aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento da população, assim como a urbanização acelerada das últimas décadas, faz conviver simultaneamente no território problemas de saúde bastante diversos, doenças transmissíveis, cânceres, doenças cardiovasculares e acidentes de trânsito, por exemplo.

No entanto, é possível melhorar a qualidade de vida da população se houver um salto nos próximos anos em matéria de valorização das seguintes práticas preventivas: evitar as doenças imunopreveníveis, mediante aumento das ações de vacinação; reduzir as mortes por infartos e acidentes vasculares, graças ao tratamento precoce da hipertensão; reduzir as mortes por câncer de colo de útero mediante detecção e tratamento precoces. Buscando investir na prevenção, com ênfase no atendimento básico, a ampliação e consolidação do Programa de Saúde da Família - PSF é ponto fundamental para a mudança estrutural do SUS. Contribui de forma significativa para transformar o modelo de assistência e para reorganizar os serviços de saúde, que tradicionalmente privilegiaram a medicina curativa.

A atenção integral é um dos princípios do SUS. O PSF atua com enfoque comunitário e de educação para a saúde, dando prioridade à prevenção e ao atendimento de todos os membros de cada família, de modo a transformar o comportamento, as práticas e a organização dos serviços.

Essa reorientação permite que as ações focalizem adequadamente os problemas, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde e aumentando a cobertura assistencial, em especial nas áreas de baixa renda, onde a oferta é mais escassa. A mudança promove a equidade, discrimina positivamente a população conforme suas necessidades básicas humanizam o atendimento e reorganiza a referência para os serviços de maior complexidade. Além das mudanças estruturais no modelo de assistência, de forma objetiva e pragmática, o Programa de Saúde da Família produz impactos nas condições de saúde da população: aumenta a cobertura vacinal, reduz as internações de causas preveníveis, diminui sensivelmente a mortalidade e morbidade infantil, materna e geral, ampliando assim de forma perceptível o grau de satisfação da população assistida.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Levantamento dos recursos humanos e necessidades de enfermagem no Brasil.** 1956-1958. Brasília: ABEn, 1985.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Força de trabalho em enfermagem.** O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982/1983. Brasília: ABEn/COFEn, 1985. v. 1, p.1-236.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A "nova" lei do exercício profissional da enfermagem.** Brasília: ABEn, 1987. (Caderno de Legislação/Documentos).

ABRAMOWICZ, Witold; ZURADA. Inc. Knowledge Discovery for business information systems. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001.

ALCÂNTARA, G. A. **Enfermagem como categoria profissional:** obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. São Paulo, 1963. (Tese). Concurso Professor Catedrático. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

ALMEIDA , José Gabriel Assis de. **A sociedade em conta de participação.** Rio de Janeiro: Forense,1989.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (Org.) **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1977.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. **O saber em enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986, p.128.

BACKES, V. M. S.; ERN, E. Currículo: aspectos que educadores e educandos da enfermagem devem conhecer. **Revista Texto Contexto de Enfermagem,** Florianópolis, n.1, v. 8, p. 43-52, abr. 1999.

BARDIN , Laurence. **Análise de Conteúdo.** França: Edições 70, 1977, 225p.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **Metodologia da problematização:** fundamentos e aplicações. Londrina: Universidade Estadual de Londrina Campus Universitário, 1999.

BUENO Ferreira da Silva. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD: LISA, 1996.

BRASIL/MS. **Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 430. Brasília, DF. Brito. 1997.

BRASIL. **Nova Constituição Brasileira**. Brasil: Sistema Jornal do Brasil, Gráfica J. B., 1988.

BRASIL, MEC/CFE. Parecer CFE Nº 314/94: currículo mínimo para o curso de enfermagem. 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996: estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 1996, dez 23; 34 (248), Seção 1:27.833-41.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONCELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1133 de 7/8/2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 3 de 7/11/2001: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.

BORDENAVE, J.E.D. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor área da saúde**. Brasília, 1989.

BORDENAVE, J.E.D.; Pereira, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 6ª. ed. Campinas: Autores Associados, 1997.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANDAU, Vera Maria. **Rumo a uma nova didática**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

_____. **A didática em questão**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

CARVALHO, A.C. **Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico**. 1972. 150 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.

CASTIEL, Luiz David. **O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano.** Campinas: Papirus, 1994.

CAVALLET, V.J. **Os Desafios no Ensino Superior e a Avaliação da Aprendizagem.** Palestra proferida na PUCPR, 1999.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na Saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CHAVES, M. M. **Saúde e sistemas.** 2.^a ed., Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1978.

CHIRELLI, M. Q. **O percurso de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA [tese].** Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2002.

CHOR, Dora - Saúde Pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea - **Cadernos de Saúde Pública** - Vol. 15 - Nº 2 – Abr/Jun/99 - RJ.

COHN, Amélia - Política de Saúde: Estado e mercado no Brasil Global – **Ser Médico** - Jan/Fev/Mar/98 - Ano 1 - Nº 2 - SP.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: política e organização de serviços.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

COHN, Amélia. **Um pouco da história da Saúde Pública no País.** São Paulo: Cortez, 1999.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil.** 2 ed. Petrópolis Vozes, 1986.

CRITELLI, Dluce Mara. **Educação e dominação cultural: Tentativa de reflexão ontológica.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 1981.

CUNHA, Luiz Antônio. **A universidade crítica.** 2^a ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989a.

CUNHA, Maria Isabel da. **O bom professor e sua prática.** Campinas: Papirus, 1991.

DAVINI, M. C. **Do processo de aprender ao de ensinar**. In: Ministério da saúde, Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Brasília: 1989.

DEBUS, M. **Manual de Excelência em la investigación mediante grupos focales**. In: Esperidião, Elizabeth. Reflexões sobre a utilização do grupo focal como técnica de pesquisa. São Paulo: Fundação Editorial UESP, 1994.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Práticas de Enfermagem: Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2003.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005.

FLEURY, R. S. Antecedentes da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

FLICK U. **Codificação e Categorização**. In: Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa. Tradução Sandra Netz, Porto Alegre: Bookman, 2004

FLICK, U. **Uma Introdução à pesquisa qualitativa**. 2ª. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. (p. 69-86). Capítulos: Questões de Pesquisa, Entrando no Campo, Estratégias de Montagem.

FOUCAULT, Michel. **O pensamento do exterior**. São Paulo: Princípio, 1990.

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. A institucionalização e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frentes às políticas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 54, n. 3, p. 466 - 474.

GALVÃO, Gerson. **O diretório dos grupos de pesquisa no Brasil: perspectivas de fomento e avaliação**. Educação Brasileira, v. 16, n. 33, p. 11-29, jul./dez. ,1994.

GALVÃO, Antônio Mesquita. **A crise da ética: o neoliberalismo como causa da exclusão social**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GATTI, Bernadete A. **Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

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

GERSCHMAN, Silva Victória. **Democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GHIRALDELLI, Jr. Paulo. **Pedagogia e luta de classes no Brasil, 1930 – 1937. Ibitinga**, São Paulo: Humanidades, 1991.

GOVERNO FEDERAL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/CCIVIL/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>> Acesso em 27 de Março de 2006.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Trad. Carlos N. Coutinho. 9 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GRAMSCI, A. **A concepção dialética da História**. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

HADDAD, Ana Estela; (Org.) et al. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

JANES, S. A.; BROWN, L. N. **Critical Thinking**: impact on nursing education. Journal of Advanced Nursing, n. 16, p. 529-533, 1991.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

LIBÂNEO, José Carlos. **Adeus professor, adeus professora?**: novas exigências educacionais e profissão docente. São Paulo: Cortez, 1998.

LIRA, N. F. de; BONFIM, M. E. S. **História da enfermagem e legislação**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.

LUCKESI, Cipriano Carlos et alli. **Fazer universidade: uma proposta Metodológica**. São Paulo : Cortez, 1989.

LUCKESI, Cipriano C. **Filosofia da educação**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

LUNARDI, Valéria Lerch. **História da Enfermagem – Rupturas e Continuidades**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária UFPel, 1998. p. 38 - 63.

LOMBARDI, José Claudinei; NASCIMENTO, Maria Isabel Moura. **Fontes, história e historiografia de educação**. Campinas: Autores Associados< 2004.

MARTINS. Carlos Benedito. **Ensino pago: um retrato sem retoques**. 2º ed., São Paulo : Cortez, 1988.

MARTINS, F. **Processo coletivo do trabalho**. São Paulo LTR. 1999.

MARTINS, Pura Lúcia Oliver. **A didática e as contradições da prática**. São Paulo: Papirus, 1998.

MASETTO, Marcos. **Didática**. São Paulo: FTD, 1997.

MEDEIROS, Luiza Cecília; TAVARES, Katamara Medeiros. **O papel do enfermeiro hoje**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 50, n. 2, p. 275 - 290.

MENDES, E. V. **O Processo Social de Distritalização da Saúde**. Brasília, OPS, mimeo, 1992.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, M.M.R. **O ensino de graduação em Enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994 – mudança de paradigma curricular?** 1996. 311 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

MERIGUI, M. A. B. ; PRAÇA, N.S. **Abordagens Teórico-metodológicas qualitativas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2001.

MISUKAMI, Maria da Graça Nicoletti. **Ensino: as abordagens do processo.** São Paulo: EPU, 1996.

MORAES, Maria Cândida. **O paradigma educacional emergente.** 6. ed. Campinas: Papirus, 2000.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 9 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

NEVES, S. , João Alberto; MOTTA, Kátia Machado da. **Características específicas da implantação de estratégias de melhoria da gestão na área de saúde.** Revista de Administração em Saúde, São Paulo, SP, v. 4, n. 16, p.33-38, jul./set. 2002.

NÓVOA, A (org.). **Profissão professor.** 2 ed. Porto, Portugal: Porto Editora, 1995.

NUNES, Rizzatto. **Manual da monografia: como se faz uma monografia, uma dissertação, uma tese.** 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

OLIVEIRA, F.V.S.de **Currículo Mínimo Graduação de Enfermagem.** Informativo ABEn, Brasília, p.4, maio/jun. 1995.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem.** Rio de Janeiro: Julio C. R. Livraria, 1979.

PENIDO, L. **A REGRA de São Bento.** Petrópolis: Vozes, 1993.

PIMENTA, Selma Garrido (Org.). **Saberes pedagógicos e atividades docentes.** São Paulo: Cortez, 2000.

PIMENTA, Selma Garrido. **Formação de profissionais da educação.** Faculdade de Educação – FE PUC – CAMPINAS, Campinas, SP, 2000 (Palestra).

PINTO, Neuza. B. **Saberes Docentes e Processos Formativos.** Artigos – 156848. Revista Diálogo Educacional. v.2, n.3 (jan./abr. 2001). – Curitiba: Champagnat, 2005. p. 46 - 47- 48 e 50).

RAVELLI, Ana Paula Xavier. **Percepção de gestantes sobre a contribuição da música no processo de compreensão da vivência gestacional.** Porto Alegre, 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RESGATANDO UM POUCO DE NOSSA HISTÓRIA. **Nursing**, São Paulo, n. 36, ano 4, p. 5-7, mai. 2001.

RESSEL, L. B., GUALDA, D. M. R., & GONZALEZ, R. M. B. (2002). **Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem.** International Journal of Qualitative Methods 1 (2), Article 5.

RIBEIRO, Lisete Fradique (1995) - *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral.* Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

RIBEIRO, Lisete Fradique (1998) – Valores e desenvolvimento em enfermagem ou de como dar lugar à Ética. **Pensar Enfermagem**, 1 (2), p. 4-10.

RIBEIRO, M^a Luiza Santos, **História da Educação Brasileira:** a organização escolar. 8^a ed. São Paulo: Cortez.

RIOS, Terezinha Azeredo. **Compreender e ensinar:** por uma docência da melhor qualidade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública.** Goiânia: AB, 1999. 112 p.

ROMANELLI, Otaiza O. **História da educação no Brasil.** Petrópolis : Vozes, 1989.

ROMANOSWSKI, J. P., WACHOWICZ, L. A. **Inovações Metodológicas na Educação Superior e a transformação na Prática Pedagógica.** Revista Diálogo Educacional / PUCPR. – v. 4, n. 10 (set./dez.). 2003, p. 147.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública.** 2.ed. São Paulo: Editora da UNESP, 1994. 400 p.

SANTAELLA, Lucia. **Comunicação e pesquisa:** projetos para mestrado e doutorado. São Paulo: Hacker, 2001.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. **Currículo de Enfermagem e as Diretrizes** - Novas Perspectivas. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília (DF) Julho/Agosto, 2003.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia**. São Paulo: Cortez, 1984.

SAVIANI, Dermeval. **Tendências e correntes da educação brasileira**. In: MEDES, DT (ORG.). Filosofia da educação brasileira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983. p.19-47.

SAVIANI, Dermeval. As teorias da educação e o problema da marginalidade na América Latina. Cadernos de pesquisa. São Paulo, no. 42. p. 8-18, ago. 1982.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Educação, ideologia e contra-ideologia**. São Paulo: EPU, 1986.

SHIRATORI, Kaneji. **Atividades Administrativas: Influências no processo de trabalho do enfermeiro**. Dissertação (Curso de Mestrado), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro - Uni-Rio, p. 146, 1992.

SILVA, Maria Luzia Lameira de. **Serviço Social de Comunidades**. São Paulo: Cortez, 1983.

SORDI, Maria Regina Lemes de. **A prática de avaliação do ensino superior: uma experiência na enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1995.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação de professores**. Petrópolis (SP): Vozes; 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Bases Teórico-Methodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais**: idéias gerais para elaboração de um projeto de pesquisa. Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis, v.4, nov.2001, Porto Alegre. 151 p.

URBAN, A. C. Formação docente e proposta curricular: as possibilidades para o ensino de história nas séries iniciais. Ponta Grossa, 2002. 101f. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Ponta Grossa.

VANZIN, Arlete Spencer. **Enfermagem em saúde pública: Fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade**. 2.ed. Porto Alegre: Sagra, 1998.

VANZIN, Arlete Spencer. Lei nº 8080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Alex Coletânea de Legislação e Jurisprudência**. São Paulo, p. 1060, 3º trimestre de 1990.

VANZIN, Arlete Spencer. **CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO**. Câmara de Educação superior. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

VASCONCELLOS, Celso dos S. . **Construção do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Libertad, 2001.

VASCONCELLOS, M.M.M. **Aspectos pedagógicos e filosóficos da Metodologia da Problematização**. In: BERBEL, N.A.N. (org.) Metodologia da Problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: UEL, 1999.

VASCONCELLOS, C. dos S. **Construção do conhecimento em sala de aula**. São Paulo: Libertad, 1995.

VASQUEZ, A S. **Filosofia da Práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro; CARDOSO, Maria Helena Fernandes. **Escola fundamental: currículo e ensino**. 2 ed. Campinas: Papirus, 1995.

VÍCTORA, Ceres Gomes; Knauth, D. R. Hassen e M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial. 2000.

WACHOWICZ, Lillian Anna, et al. **A interdisciplinaridade na universidade**. Curitiba: Champagnat, 1998, p. 87-88.

WACHOWICZ, Lillian Anna (2000). "A dialética da Avaliação da Aprendizagem na pedagogia diferenciada" In: CASTANHO, Sérgio; CASTANHO, Maria Eugênia L. M.. **O que há de novo na Educação Superior**. Campinas São Paulo: Papirus, 2000.

WEREBE, Maria José Garcia. **Grandezas e misérias do ensino no Brasil**. 2º ed. São Paulo : Difel, 1994.

WESTPHAL, Márcia Faria. **O professor: um profissional, sua saúde e a educação em saúde na escola**, 1995.

**ANEXOS 1 – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 77151	
Projeto de Pesquisa A formação do profissional enfermeiro: saberes em saúde pública.					
Área de Conhecimento 7.08 - Educação,				Grupo Grupo I	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s) Novos Procedimentos,				Fase Não se Aplica	
Unitermos Formação profissional, enfermeiro, saberes, saúde pública.					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 36	Total Brasil 36	Nº de Sujeitos Total 36	Grupos Especiais		
Placebo NAO	HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Especifico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável LIDIA DALGALLO ZARPELLON		CPF 426.743.109-44	Identidade 32561454		
Área de Especialização PROGRAMA DE MESTRADO EM EDUCACAO		Maior Titulação MESTRANDA	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA: PROFESSOR BRUENNING, 266		Bairro UVARANAS	Cidade PONTA GROSSA - PR		
Código Postal 84020-160	Telefone 42-39011899 / 42-32231109	Fax	Email ldzarpellon@interponta.com.br		
<p>Termo de Compromisso</p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.</p> <p>Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.</p> <p>Data: ____/____/____ Assinatura _____</p>					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG		CNPJ 80.257.355/0001-08	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Departamento de Biologia Geral - Colegiado de Enfermagem.		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Av. Gen. Carlos Cavalcanti nº 4748		Bairro Campus Universitário	Cidade Ponta Grossa - PR		
Código Postal 84010919	Telefone 42 2203261	Fax 42 2203233	Email pesquisa@uepg.br		
<p>Termo de Compromisso</p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Nome: <u>ARLETE B. FERNANDES E SILVA</u> Assinatura <u>[Assinatura]</u></p> <p>Data: <u>02/11/2005</u></p>					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 02/11/2005. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

ANEXOS 2 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Pró-Reitoria Acadêmica e de Pesquisa
Núcleo de Bioética

Curitiba, 28 de abril de 2006

Of. 124/06/CEP-PUCPR

2ª versão solicitada

Ref. "A formação do profissional enfermeiro: saberes em saúde pública."

Prezado (a) Pesquisador (es),

Venho por meio deste informar a Vossa Senhoria que o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, no dia 23 de novembro do ano de 2005, aprovou o Projeto Intitulado "A formação do profissional enfermeiro: saberes em saúde pública", pertencente ao Grupo III, sob o registro no CEP nº 894, e será encaminhado a CONEP para o devido cadastro. Lembro ao senhor (a) pesquisador (a) que é obrigatório encaminhar relatório anual parcial e relatório final a este CEP.

Atenciosamente,

Profª M. Sc Ana ^{CR} Cristina Miguez Ribeiro
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - PUCPR

Ilma Sra
Lídia Dalgallo Zarpellon

**ANEXO 3 – TERMO LIVRE ESCLARECIDO (ACADÊMICOS e
DOCENTES)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU _____, RG Nº _____, ESTOU SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR DE UM ESTUDO DENOMINADO: “A PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA ATUAR EM SAÚDE PÚBLICA”, CUJO OBJETIVO É: verificar a formação dos acadêmicos (futuros egressos) do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa, referente aos conhecimentos para atuar em saúde pública.

Sei que para o avanço da pesquisa a participação de voluntários é de fundamental importância. Caso aceite participar desta pesquisa eu farei parte de um grupo focal, elaborado pela pesquisadora, sendo que estas falas serão gravadas em fitas K7, o mesmo consta de dinâmica de grupo bem como a discussão de temas referentes aos conhecimentos para atuar em saúde pública.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome, ou qualquer outro dado confidencial, será mantido em sigilo. A elaboração final dos dados será feita de maneira codificada, respeitando o imperativo ético da confidencialidade. Ainda estou ciente de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, nem sofrer qualquer dano.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é, Lídia Dalgallo Zarpellon, com quem poderei manter contacto pelos telefones: 42-32231109 e 42-99717870.

Estão garantidas todas as informações que eu queira saber antes, durante e depois do estudo. Li, portanto, este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Concordo, voluntariamente em participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor econômico por minha participação.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do sujeito de pesquisa

Ponta Grossa _____ de _____ de 2006.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU _____, RG Nº _____, ESTOU SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR DE UM ESTUDO DENOMINADO: “A PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA ATUAR EM SAÚDE PÚBLICA”, CUJO OBJETIVO É: VERIFICAR A FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA, REFERENTE AOS CONHECIMENTOS PARA ATUAR EM SAÚDE PÚBLICA.

Sei que para o avanço da pesquisa a participação de voluntários é de fundamental importância. Caso aceite participar desta pesquisa eu responderei a uma entrevista semi-estruturada elaborada pela pesquisadora, sendo que minha fala será gravada em fita K7, os questionamentos constam de questões, referentes aos conhecimentos dos docentes em relação à formação do profissional enfermeiro para atuar em Saúde Pública.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome, ou qualquer outro dado confidencial, será mantido em sigilo. A elaboração final dos dados será feita de maneira codificada, respeitando o imperativo ético da confidencialidade. Ainda estou ciente de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, nem sofrer qualquer dano.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é, Lídia Dalgallo Zarpellon, com quem poderei manter contacto pelos telefones: 42-32231109 e 42-99717870.

Estão garantidas todas as informações que eu queira saber antes, durante e depois do estudo. Li, portanto, este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Concordo, voluntariamente em participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor econômico por minha participação.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do sujeito de pesquisa

Ponta Grossa _____ de _____ de 2006.

**ANEXO 4 - LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL E
REGULAMENTAÇÃO DA LEI Nº. 7.498/86**

Lei do Exercício Profissional

LEI N 7.498, DE 25.06.86 (DOU 26.06.86)

DISPÕE SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei.

Art. 1º - É livre o exercício de enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.

Art. 2º - A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único - A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3ª - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem.

Art. 4ª - A programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.

Art. 5º - (VETADO)

§ 1ª - (VETADO)

§ 2º - (VETADO)

Art. 6º - São enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferidos nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou Obstetriz, ou equivalente, conferido a.. por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aquele que, não abrangido pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea "d" do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 7º - São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º - São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-Lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-Lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro; O segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - São Parteiros:

I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

Art. 10 - (VETADO)

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) (VETADO)
- e) (VETADO)
- f) (VETADO)
- g) (VETADO)
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- i) cuidados diretos de enfermagem e pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde: '

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados á clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem á gestante parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distócia;
- j) educação visando á melhoria de saúde da população.

Parágrafo único - Às profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta Lei incumbe, ainda:

- a) assistência á parturiente e ao parto normal;
- b) identificação de distócias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce a atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. II desta Lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 13 - **O Auxiliar de Enfermagem** exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples. em processo de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 14 - (VETADO)

Art. 15 - **As atividades referidas nos arts.12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde. somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.**

Art. 16 - (VETADO)

Art. 17 - (VETADO)

Art. 18 - (VETADO)

Parágrafo único - (VETADO)

Art. 19 - (VETADO)

Art. 20 - Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções na contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

Parágrafo único - Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 21- (VETADO)

Art. 22 - (VETADO)

Art. 23 - O pessoal que se encontra executando tarefas de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulamentada em lei será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem. observando o disposto no art. 15 desta Lei.

Parágrafo único - É assegurado aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta lei, o exercício das atividades elementares de enfermagem, observado o disposto em seu artigo 15.

Art. 24 - (VETADO)

Parágrafo único - (VETADO)

Art. 25 . O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26 - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27 - Revogam-se (VETADO) as demais disposições em contrário.

Brasília, em 25 de junho de 1986, 165º da Independência e 98º da República.

José Sarney

Almir Pazzianotto Pinto

*O parágrafo único do art. 23 se apresenta com a redação alterada conforme a Lei 8.967 de 28.12.94

REGULAMENTAÇÃO DA LEI Nº. 7.498/86

DECRETO Nº 94.406, DE 08 DE JUNHO DE 1987

REGULAMENTA A LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986, QUE DISPÕE SOBRE O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Presidente da República, usando as atribuições que lhe confere o art. 81 em III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.

DECRETA:

Art. 1º - O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteira e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva Região.

Art. 2º - As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º - A prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem.

Art. 4º - São enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, conferidos nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos itens anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea "d" do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 5º - São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma ou certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de Intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 6º - São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do art 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Técnico de Enfermagem expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-Lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-Lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967.

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 7º - São Parteiros:

I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro. **Art. 8º Ao enfermeiro incumbe:**

I - privativamente:

a) a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

e) consulta de enfermagem;

- l) prescrição da assistência de enfermagem;
- g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - Como Integrantes de equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação do programa de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar inclusive como membro das respectivas comissões;
- l) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados ao paciente durante a assistência de enfermagem;
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de enfermagem à gestantes. Parturientes puérperas e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles primários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia;
- m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando a melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;

o) participação nos programas da higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- r) participação em bancas examinadoras. em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento do cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - As profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstem ou de Enfermeira Obstétrica. além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

- I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II - identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 10 - **O Técnico de Enfermagem** exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas á equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

- I - assistir ao Enfermeiro:
 - a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
 - b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a paciente em estado grave;
 - c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
 - d) na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;
 - e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
 - f) na execução dos programas referidos nas letras "i" e "o" do item II do art. 8º
- II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;
- III - integrar a equipe de saúde.

Art. 11 - **O Auxiliar de Enfermagem** executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas á equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

- I - preparar o paciente para consulta, exames e tratamentos;
- II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina. além de outras atividades de enfermagem tais como:

- a) ministrar medicamentos via oral e parenteral;
- b) realizar controle hídrico;
- c) fazer curativos;
- d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma, enema e calor ou frio;
- e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsidio de diagnóstico;
- h) colher material para exames laboratoriais;
- i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;
- j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar.
- l) executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

- a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
- b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidade's de saúde;

V - integrar a equipe de saúde;

VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

- a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;
- b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII - participar dos procedimentos pós-morte;

Art. 12 - Ao parteiro incumbe:

- I - prestar cuidados à gestante e,1 parturiente;
- II - assistir ao parto normal, inclusive em domicilio. e;
- III - cuidar da puerpera e do recém nascido.

Parágrafo único - As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão do Enfermeiro Obstetra. quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicilio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13 As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de enfermeiro.

Art. 14 - Incumbe a todo pessoal de enfermagem:

- I- cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem;
- II - quando for o caso. anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.

Art. 15 - na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho de Enfermagem da respectiva região.

Parágrafo único - Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão; em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 16 - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 - Revogam-se as disposições em contrario.

Brasília, 08 de junho de 1987, 166' da Independência e 99' da República.

JOSÉ SARNEY

**ANEXO 5 – DIRETRIZES CURRÍCULARES NACIONAIS DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR****DEPARTAMENTO DE POLÍTICA DE ENSINO SUPERIOR COMISSÃO DE ESPECIALISTAS DE ENSINO DE ENFERMAGEM Portaria N° 1.518 de 1416/2000****CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DIRETRIZES CURRICULARES****1º. PERFIL**

Enfermeiro(a), bacharel, formação generalista crítico e reflexivo. Profissional capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes.

Este bacharel deve possuir competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas que permitam:

- atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- . reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- . reconhecer-se como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente;
- comprometer-se com os investimentos voltados para a solução de problemas sociais;
- sentir-se membro do seu grupo profissional;
- reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem.

2º. COMPETÊNCIAS**a) O Graduado em Enfermagem deverá ser capaz de:**

- atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- intervir no processo de saúde/doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade; compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- gerenciar o processo de trabalho em enfermagem em todos os âmbitos de atuação profissional;
- planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;

- planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- respeitar o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão; interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência a saúde;
- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde; participar dos movimentos sociais da área de saúde.

b) Descrição dos Procedimentos:

Estas habilidades foram consideradas básicas e subsidiárias das ações dos Enfermeiros (as) nos diferentes âmbitos de atuação.

Esta proposição constitui o núcleo essencial da prática do/a enfermeiro (a) bacharel o generalista a partir do qual poderão advir outras ações conforme o projeto pedagógico do curso, cabendo-lhe a coordenação do processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde:

1. correlacionando dados, eventos e manifestações para determinações de ações, procedimentos, estratégias e seus executantes;
2. implementando ações, procedimentos e estratégias de enfermagem avaliando a qualidade e o impacto de seus resultados;
3. gerando pesquisas e outras formas de produção de conhecimentos que sustentem e aprimorem a prática;
4. assessorando órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.

3º. TÓPICOS DE ESTUDOS

. Conteúdos

o curso de graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador do processo ensino/aprendizagem. Este projeto pedagógico deve garantir a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão. Porém, deve ter a pesquisa como eixo integrador da formação acadêmica do Enfermeiro(a).

Os conteúdos essenciais para o curso de graduação em Enfermagem contemplarão as seguintes áreas temáticas, a saber:

Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem:

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

b) Ciências Humanas - Antropologia, Filosofia, Sociologia, Psicologia e Comunicação.

. **Fundamentos de Enfermagem:** nesta área, incluem-se os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do(a) Enfermeiro(a) e da Enfermagem em nível individual e coletivo (em hospital, ambulatório, rede básica de serviços de saúde e comunidade), incluindo: História da Enfermagem; Exercício de Enfermagem (Bioética, Ética Profissional e Legislação); Epidemiologia; Bioestatística; Informática; Saúde Ambiental/Ecologia; Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem e Metodologia da Pesquisa.

. **Assistência de Enfermagem:** nesta área, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao

adolescente, adulto, e ao idoso, considerando as necessidades da população em situações clínicas; cirúrgicas; psiquiátricas/saúde mental; gineco-obstétricas e saúde coletiva.

. **Administração de Enfermagem:** nesta área, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados, ambulatoriais e rede básica de serviços de saúde.

. **Ensino de Enfermagem:** nesta área, incluem-se os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do(a) enfermeiro(a) (independente da Licenciatura). Os conteúdos da área de ensino referentes à modalidade Licenciatura serão opcionais

no processo de formação do(a) enfermeiro(a).

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

4º. DURAÇÃO DO CURSO

A duração mínima para integralizar a formação do bacharel-generalista é de 3.500 horas/aula e oito semestres letivos.

5º. ESTÁGIO

Na formação do bacharel-generalista em Enfermagem, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatoriais, rede básica de serviços de saúde e comunidades.

Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação do(a) enfermeiro(a) dos serviços de saúde onde se desenvolve o referido estágio, e o mesmo não poderá ser inferior a 2 (dois) semestres letivos, isto é, no mínimo de 500 horas, e que seja realizado no final do curso de graduação.

. **Para conclusão de curso, o aluno deve elaborar uma monografia sob orientação docente**

6º. RECONHECIMENTO DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS EXTRA -ESCOLARES

Estudos independentes: as IES deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, desde que atendido o prazo mínimo, estabelecido pela instituição, para a conclusão do curso.

Podem ser reconhecidos:

- . Monitorias e Estágios,
- . Programas de Iniciação Científica;
- . Programas de Extensão;
- . Estudos Complementares;
- . Cursos realizados em outras áreas afins;

7º. ESTRUTURA GERAL DO CURSO

A estrutura de oferta pode ser diversificada, onde, além de seriada anual, pode haver seriada semestral, aproveitamento de créditos e pré-requisitos, módulos e áreas temáticas.

Esta estrutura deverá:

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

2. A constituição da estrutura do curso deverá garantir os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo; 3. Implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

4. Definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber (conteúdos); o saber fazer (atitudes/habilidades) e o saber conviver (competências), visando desenvolver o aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer que constituem aprendizagens indispensáveis;

5. Estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

6. Implantação e o desenvolvimento das novas diretrizes curriculares devem ser permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários a sua contextualização.

Em, 17 de outubro de 2000

Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem

Portaria N° 1.518 de 14/6/2000

Professora Dr^a Iara de Moraes Xavier - Coordenadora

Professora Dr^a Josicélia Dumêl Fernandes

Professora Dr^a Maria Helena 80rgato Cappo Bianco

Professora Dr^a Maria Isabel Pedreira de Freitas

**APÊNDICE 1 – PERGUNTAS NORTEADORAS PARA O GRUPO
FOCAL**

Grupo Focal

Estes Questionamentos foram feitos a 12 (doze) Acadêmicos do 4º Ano do Curso de Graduação em Enfermagem, futuros egressos, com o objetivo de coletar dados para fundamentar a pesquisa: **“A PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA ATUAR EM SAÚDE PÚBLICA”**.

QUESTÃO – 1

O que vocês sabem da história do Curso de enfermagem na UEPG. E como vocês vêem o Projeto Pedagógico do Curso?

QUESTÃO – 2

Quais foram em sua opinião às disciplinas que deram maior ênfase para atuar em saúde pública, durante a formação do profissional enfermeiro?

QUESTÃO – 3

Quais são as características mais marcante no profissional enfermeiro para atuar em saúde pública?

QUESTÃO – 3

Em sua opinião, o curso de enfermagem prioriza a formação profissional para a área de saúde pública?

QUESTÃO – 4

Você vivenciou uma assistência de enfermagem integralizadora no decorrer do curso?

QUESTÃO – 5

O curso de enfermagem conseguiu trabalhar a teoria e a prática de forma integrada?

QUESTÃO – 6

Como você avalia o processo ensino aprendizagem durante os estágios no decorrer do curso de enfermagem?

QUESTÃO – 7

Como ocorreu o desenvolvimento dos conteúdos durante os estágios?

QUESTÃO - 8

Qual é o seu entendimento para vocês quanto à assistência em saúde pública?

QUESTÃO – 9

O que representa atuar na prevenção em saúde?

QUESTÃO – 10

O que é ser um bom profissional para atuar em saúde pública?

QUESTÃO – 11

Durante o curso você percebeu um trabalho em equipe?

QUESTÃO – 12

Como você vê a formação do futuro profissional enfermeiro frente às políticas de saúde?

APÊNDICE 2 – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Entrevista semi-estruturada

Estes questionamentos foram feitos aos professores do Curso de Graduação em Enfermagem, com o objetivo de coletar dados para fundamentar a pesquisa: **“A PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA ATUAR EM SAÚDE PÚBLICA”**.

QUESTÃO – 1

Qual o seu entendimento em relação ao Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem?

QUESTÃO – 2

Quais foram em sua opinião às disciplinas que deram maior ênfase para atuar em saúde pública, durante a formação do profissional enfermeiro?

QUESTÃO – 3

Em sua opinião, o curso de enfermagem prioriza a formação profissional para a área de saúde pública?

QUESTÃO – 4

O curso de enfermagem conseguiu trabalhar a teoria e a prática de forma integrada?

QUESTÃO – 5

Como ocorreu o desenvolvimento dos conteúdos durante os estágios?

QUESTÃO – 6

O que seria um bom professor no curso de enfermagem para atuar em saúde pública?

QUESTÃO – 7

O que representa atuar na prevenção em saúde?

QUESTÃO – 8

O que é ser um bom profissional para atuar em saúde pública?

QUESTÃO – 9

Durante o curso você percebeu um trabalho em equipe?

QUESTÃO – 10

Como você vê a formação do futuro profissional enfermeiro frente às políticas de saúde?

APÊNDICE 3 – ANÁLISE DOCUMENTAL

Análise Documental

Estes questionamentos serão levantados na análise documental do Projeto Pedagógico, Disciplinas que abordem saúde pública bem como suas ementas do Curso de Graduação em Enfermagem, com o objetivo de coletar dados para fundamentar a pesquisa: **“A PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA ATUAR EM SAÚDE PÚBLICA”**.

QUESTÃO – 1

Qual é a Legislação Básica que o curso segue em suas Diretrizes Curriculares.

QUESTÃO – 3

Qual os Princípios norteadores do Projeto Pedagógico, do Curso de Graduação em Enfermagem na UEPG.

QUESTÃO – 5

Qual é o perfil geral e específico do profissional a ser formado.

QUESTÃO – 7

Quais as Disciplinas obrigatórias de formação básica e profissional, carga horária/ementas.

QUESTÃO – 8

Quais as Disciplinas de aprofundamento e/ou diversificação da formação profissional, carga horária/ementas.

QUESTÃO – 9

Como ocorrem os estágios no curso para a formação do profissional enfermeiro.

APÊNDICE 4 – PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL

DECISÕES DO PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL

ASPECTOS	CONSIDERAÇÕES
Equipe	Moderadora: Dagmar Pesquisadora: Lídia Observador: Tânia Conceituação e infra-estrutura: Sônia
Orçamento	R\$ 1.200,00 (recepção, crachás, fotocópias, lembrança, fita).
Moderadora	Dagmar Nível de envolvimento: médio
Grupo	Tamanho: 12 pessoas Número de moderadores: 1 Composição: só acadêmicos do curso de enfermagem Universidade Estadual de Ponta Grossa - PR Número: uma reunião.
Conteúdo	Roteiro de entrevista: definição de temática. Definição das questões.
Seleção do local e coleta de dados	Sala: de aula do Bloco de Ciências Biológicas e de Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Gravação: uso de gravador portátil
Convite	O convite será feito aos alunos de acordo com aceitação dos mesmos. Quem fará os convites? A pesquisadora.
Cronograma	Planejamento: 3 semanas com tempo de 2 horas onde será trabalhado: a temática, os participantes, divisão das atividades, elaboração da síntese e da metodologia de trabalho. Condução: 1h30' para realizar a sessão. Análise: x minutos para transcrever e tratar os dados. Considerações finais: será realizado no final da sessão.
Condução da sessão	Lista com material a ser realizada nas reuniões. Recepção no início da sessão. Apresentação da temática (Grupo Focal). Desenvolvimento da temática Análise dos dados e interpretação. Considerações finais.

APÊNDICE 5 - CONVITE

Eu, Lídia Dalgallo Zarpellon, mestranda do Curso de Pós-Graduação em Educação, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, convido Vossa Senhoria _____ a participar de minha pesquisa de dissertação a realizar-se às 16horas, do dia 06/12/2005, na Universidade Estadual de Ponta Grossa (Campus Uvaranas), Bloco M, sala 03.

Certa de poder contar com a Vossa presença agradeço desde já.

Ponta Grossa, 06/12/2006.

Lídia Dalgallo Zarpellon