



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LYRA CANDIDA CALHAU REBOUÇAS

**DEZ ANOS DE DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM
ENFERMAGEM: AVANÇOS E PERSPECTIVAS NA BAHIA**

**SALVADOR
2014**

LYRA CANDIDA CALHAU REBOUÇAS

**DEZ ANOS DE DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM ENFERMAGEM:
AVANÇOS E PERSPECTIVAS NA BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção de grau de doutora, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Josicélia Dumêt Fernandes

SALVADOR
2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

R292 Rebouças, Lyra Cândida Calhau
Dez anos de diretrizes curriculares nacionais em
enfermagem: avanços e perspectivas na Bahia. / Lyra Cândida
Calhau Rebouças – Salvador, 2013.
231f.
Orientadora: Prof^a Dr^a Josicélia Dumêt Fernandes.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola
de Enfermagem, 2013.

1. Enfermagem. 2. Educação em Enfermagem. 3. Currículo.
I. Fernandes, Josicélia Dumêt. II. Universidade Federal da
Bahia. III. Título.

CDU 616-083

LYRA CANDIDA CALHAU REBOUÇAS

**DEZ ANOS DE DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM ENFERMAGEM:
AVANÇOS E PERSPECTIVAS NA BAHIA.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção de grau de doutora, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 29 de Novembro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Josicélia Dumêt Fernandes

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Bahia.

Elizabeth Teixeira

Doutora em Ciências Sócio Ambientais. Docente da Universidade Estadual do Pará.

Gleide Magali Lemos Pinheiro

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Neuranides Santana

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Bahia.

Gilberto Tadeu Reis da Silva

Doutor em Ciências. Docente da Universidade Federal da Bahia.

Rosana Maria de Oliveira Silva

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Bahia.

Darci de Oliveira Santa Rosa

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Bahia.

Dedico esse trabalho à minha mãe, Maricélia (sempre presente), por ter sido a maior incentivadora do meu crescimento profissional e principalmente o meu maior exemplo de vida, pela sua força, responsabilidade e coragem para enfrentar e vencer os desafios da vida.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha família, **Tim, Iasmin e Lara**, minha gratidão por vocês compreenderem e me apoiarem de forma incansável ao longo da elaboração deste estudo. Riquezas da minha vida, minha inspiração e força para seguir sempre em frente.

AGRADECIMENTO INSTITUCIONAL

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia (FAPESB) pelo apoio financeiro e institucional a mim dado através da bolsa de estudo ao longo do curso e da bolsa de auxílio tese destinada à conclusão da versão final do relatório.

À UESB por permitir me afastar das minhas atividades docentes durante esse período de estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a construção e finalização deste trabalho foi possível pela Tua infinita bondade. Confiei inteiramente em Ti nesta tarefa e Tua presença constante e protetora me fortaleceu nesta construção, ainda que humilde, mas um trabalho concretizado principalmente pelo Teu intermédio.

À tia Vera, amiga que compartilho minhas mais íntimas alegrias e angústias, sonhos e decepções, dores e superações e que demonstra diariamente em suas atitudes o amor e dedicação que tem a mim e as minhas filhas. Obrigada por ter acolhido Lara como sua!

À minha tia Marla cujas declarações de amor acariciaram a minha alma e me permitem a dadaiva de sentir a incondicionalidade do amor de mãe, mesmo quando a minha não se faz mais presente.

À tia Élia que com a sabedoria de uma verdadeira cristã sempre tem uma palavra certa para cada momento de angústia no qual só a palavra de Deus pode resolver.

Aos meus cunhados Viviane e Zé pela acolhida quando da minha mudança para Salvador e por todos os momentos de alegria que compartilhamos ao longo desses quatro anos. Vocês são especiais para mim!

A toda minha família, irmão, tios, avós, sogra, cunhadas, pela torcida, apoio e orações.

À Gleide, amiga mais que especial, amiga irmã, de todas as horas e de todas as causas!

À Augma nova/velha amiga que com sua atenção, preocupação, parceria me permitiu descobrir outras faces da amizade. Obrigada por me deixar ser seu “doce”.

Às minhas amigas do “Club”, Sumaia, Isnaia e Sandra, sempre virtualmente presentes em meus momentos de reclusão no meio do mato.

À minha orientadora, professora Josicélia, pela acolhida sempre afetuosa, orientações sempre acertadas e cobranças sempre pertinentes. Sua energia e sabedoria é um exemplo a ser seguido.

Às professoras Neuranides Santana, Darci Santa Rosa e Rosana Silva pelo apoio ao longo do desenvolvimento desse estudo.

Aos demais membros da Banca Examinadora, professora Elizabeth Teixeira e professor Gilberto Tadeu, pelas importantes contribuições.

Aos discentes e docentes informantes deste estudo por aceitarem participar, sem vocês esse trabalho não teria sido possível.

Aos colegas de pós-graduação, obrigada pela convivência e pela oportunidade de compartilhar discussões, experiências e conhecimentos.

**Gracias A La Vida
(Violeta Parra)**

Graças À Vida

Gracias a la vida que me ha dado tanto.
Me dio dos luceros que, cuando los abro,
Perfecto distingo lo negro del blanco,
Y en el alto cielo su fondo estrellado
Y en las multitudes el hombre que yo amo.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.
Me ha dado el oído que, en todo su ancho,
Grabanoche y dígrillos y canarios;
Martillos, turbinas, ladridos, chubascos,
Y la voz tan tierna de mi bien amado.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.
Me ha dado el sonido y el abecedario,
Con ellas palabras que pienso y declaro:
Madre, amigo, hermano, y luz alumbrando
La ruta del alma del que estoy amando.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.
Me ha dado la marcha de mis pies cansados;
Con ello sanduv e ciudades y charcos,
Playas y desiertos, montañas y llanos,
Y la casa tuya, tu calle y tu patio.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.
Me dio el corazón que agita su marco
Cuando miro el fruto del cerebro humano;
Cuando miro el bueno tan lejos del malo,
Cuando miro el fondo de tu ojos claros.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.
Me ha dado la risa y me ha dado el llanto.
Así yo distingo dicha de quebranto,
Los dos materiales que forman mi canto,
Y el canto de ustedes que es el mismo canto
Y el canto de todos, que es mi propio canto.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.

Graças à vida que me deu tanto
Me deu dois olhos que quando os abro
Distinguo perfeitamente o preto do branco
E no alto céu seu fundo estrelado
E nas multidões o homem que eu amo

Graças à vida que me deu tanto
Me deu o ouvido que em todo seu
comprimento
Grava noite e dia grilos e canários
Martírios, turbinas, latidos, aguaceiros
E a voz tão terna de meu bem amado

Graças à vida que me deu tanto
Me deu o som e o abecedário
Com ele, as palavras que penso e declaro
Mãe, amigo, irmão
E luz iluminando a rota da alma do que estou
amando

Graças à vida que me deu tanto
Me deu a marcha de meus pés cansados
Com eles andei cidades e charcos
Praias e desertos, montanhas e planícies
E a casa sua, sua rua e seu pátio

Graças à vida que me deu tanto
Me deu o coração que agita seu marco
Quando olho o fruto do cérebro humano
Quando olho o bom tão longe do mal
Quando olho o fundo de seus olhos claros

Graças à vida que me deu tanto
Me deu o riso e me deu o pranto
Assim eu distingo fortuna de quebranto
Os dois materiais que formam meu canto
E o canto de vocês que é o mesmo canto
E o canto de todos que é meu próprio canto

Graças à vida, graças à vida

RESUMO

REBOUÇAS, Lyra Cândida Calhau. **Dez anos de Diretrizes Curriculares Nacionais em Enfermagem: avanços e perspectivas na Bahia**. 2013. 231f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

Considerando as transformações trazidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a conseqüente discussão acerca da redefinição do processo de formação de enfermeiras com vistas a atender o modelo assistencial proposto e principalmente considerando os dez anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), propusemos a consecução deste estudo que tem como objetivo geral: Analisar como tem se configurado a formação das enfermeiras no Estado da Bahia após a publicação das DCN/ENF, e como objetivos específicos: Identificar as inovações ocorridas no processo de formação da enfermeira, no Estado da Bahia, após a publicação das DCN/ENF; Descrever os avanços e dificuldades encontrados pelos cursos de graduação no processo de incorporação dos fundamentos trazidos pelas DCN/ENF. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa fundamentado no referencial teórico de Paulo Freire. Foi desenvolvida em cinco cursos de graduação em Enfermagem públicos da Bahia, com 19 docentes e 193 discentes. Os resultados nos mostraram que das cinco escolas envolvidas, uma ainda não conseguiu fazer nenhuma mudança curricular que tivesse como base as propostas trazidas nas DCN/ENF. Nas demais foram identificadas as seguintes inovações ao processo formativo: A construção do perfil profissional a partir das competências Gerais; A presença e valorização das Atividades Complementares; A construção do conhecimento científico através dos Trabalhos de Conclusão de Curso; A contribuição do Estágio Curricular Supervisionado; A flexibilidade curricular; O uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem; A avaliação e acompanhamento do processo ensino-aprendizagem. Como elementos facilitadores dessas inovações, destacamos o PRÓ- Saúde e o PET-Saúde; a ABEn por meio dos fóruns de escolas e dos SENADENs; os projetos de pesquisa e extensão institucionais; o aumento da carga horária e do tempo de integralização do curso; os estágios de vivência; a integração entre a graduação e a pós-graduação; a incorporação de enfermeiras em cargos de gestão da universidade; o compromisso profissional das docentes. Como elementos dificultadores, destacamos a burocracia institucional; o pouco reconhecimento profissional; o baixo investimento na capacitação pedagógica docente e dos preceptores; a resistência no envolvimento do profissional do serviço com a formação e vice-versa; o engessamento curricular dado pelo número de pré-requisitos; oferta efetiva de componentes curriculares optativos ainda insuficiente; distribuição de CH discrepante entre os semestres; uso pontual de metodologias ativas; comprometimento dos cenários de aprendizagem dado pela desorganização do modelo assistencial e administrativo e pela expansão do número de cursos; avaliação discente pontual e atrelada a quantificação; NDE não atuante. Concluimos que houve inovações significativas no processo de formação da enfermeira a partir da incorporação, pelas Instituições de Ensino Superior (IES), os elementos fundantes das DCN/ENF, em sintonia com as novas políticas de educação e saúde. Nesse liame, defendemos que este estudo irá contribuir para que os cursos de graduação em enfermagem, seus docentes e discentes, possam ter uma visão de como tem se dado esse fenômeno, as facilidades encontradas por cada curso, as dificuldades percebidas, entendendo que a formação deve ser constantemente repensada, as ações firmemente refletidas e os caminhos incansavelmente redesenhados, pois só assim teremos a formação de profissionais consonantes com os preceitos constitucionalmente assegurados para a saúde e educação.

PALAVRAS – CHAVE: Enfermagem, Educação em Enfermagem, Currículo.

ABSTRACT

REBOUÇAS, Lyra Cândia Calhau. **Ten Years of Curriculum Guidelines in Nursing: advances and perspectives in Bahia.** 2013. 231f. Thesis (Doctorate) – Nursing School, Bahia Federal University, Salvador, 2013.

Considering the transformation brought by the Unique Health System (SUS, from Portuguese), the consequent discussion on the redefinition of nurses' education process aiming at answering the proposed assistance model and mainly considering the ten years of the National Curriculum Guidelines of the Nursing Undergraduation Course (DCN/ENF, from Portuguese), we proposed this study, which has as general objective: analyzing how it has been configured nurses' education in Bahia State after DCN/ENF publication, and as specific objectives: identifying the innovation on nurses' education process, in Bahia State, after DCN/ENF publication; describe advances and difficulties found by the undergraduation courses in the DCN/ENF fundamentals incorporation process. This is a descriptive study, with quantitative and qualitative approach based on Paulo Freire theoretical reference. It was developed in five public Nursing undergraduation courses in Bahia, with 19 teachers and 193 students. Results showed that one out of the five involved schools did not succeed in making any curriculum change based on the DCN/ENF proposal, yet. In the other, the following innovations in education process were identified: building a professional profile from the General competences; presence and appreciation of Complementary Activities; building scientific knowledge by Course Conclusion Works; the contribution of Supervised Curriculum Traineeship; curriculum flexibility; active teaching-learning methodologies use; teaching-learning process evaluation and accompaniment. As enablers of such innovations, we highlight PRO-Health and PET-Health; ABEn, by school forums and SENADENs; extension and research institutional projects; increase in workload and course full time adaptation; experience traineeship; undergraduation and graduation integration; nurses incorporation in universities management positions; teachers professional compromise. As difficulties, we highlight institutional bureaucracy; the low professional recognition; the low investment in teachers and preceptors' pedagogical education; resistance by field professionals towards to education and vice-versa; curriculum stagnation due to the number of prerequisites; insufficient effective offer of optional curriculum components; discrepant workload in the semesters; punctual use of active methodologies; impairment of learning scenarios due to the assistance and management disorganization and expansion of the number of courses; punctual student evaluation and linked to quantification; inoperative NDE. We conclude there were important innovations in nurses' education process from the inclusion, by the Superior Education Institutions (IES, from Portuguese), of DCN/ENF basic elements, in line with the new education and health policies. In this bond, we advocate that this study will contribute to Nursing undergraduation courses, teachers and students take a look at how this phenomenon is occurring, the easiness and difficulties noticed by each course, understanding that education must be rethought constantly, the actions strongly reflected and the ways tirelessly rebuilt, once only this way we will have professionals being educated accordingly to constitutionally granted precepts for health and education.

KEYWORDS: Nursing, Nursing Education, Curriculum.

RESUMEN

REBOUÇAS, Lyra Cândida Calhau. **Diez años de Diretrizes Curriculares Nacionales en Enfermería: avances y perspectivas en la Bahía**. 2013. 231f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de la Bahía, Salvador, 2013.

Considerando las transformaciones implantadas por el Sistema Único de Salud (SUS), la consecuente discusión sobre la redefinición del proceso de formación de enfermeras con vista a atender el modelo asistencial propuesto y, principalmente, considerando los diez años de las Diretrizes Curriculares Nacionales del Curso de Grado en Enfermería (DCN/ENF), propusimos la elaboración de este estudio que tiene como objetivo general: Analizar cómo se ha configurado, después de la publicación de las DCN/ENF, la formación de las enfermeras en el estado de la Bahía y, como objetivos específicos: Identificar las innovaciones ocurridas, después de la publicación de las DCN/ENF, en el proceso de formación de la enfermera, en el estado de la Bahía; Describir los avances y dificultades encontrados por los cursos de grado en el proceso de incorporación de los fundamentos implantados por las DCN/ENF. Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo y cualitativo, basado en el referencial teórico de Paulo Freire. Los resultados revelaron que de las cinco escuelas involucradas, una de ellas aún no consiguió hacer ningún cambio curricular que tuviera como base las propuestas implantadas en las DCN/ENF. En las restantes, se identificaron las siguientes innovaciones al proceso formativo: La construcción del perfil profesional a partir de las habilidades generales; La presencia y valorización de las Actividades Complementarias; la construcción del conocimiento científico a través de los Trabajos de Conclusión de Curso; la contribución de la Práctica Curricular monitoreada; la flexibilidad curricular; el uso de metodologías activas de enseñanza-aprendizaje; la evaluación y acompañamiento del proceso enseñanza-aprendizaje. Como elementos facilitadores de esas innovaciones, destacamos el PRO- Salud y el PET-Salud; la ABEn, a través de los foros de escuelas y de los SENADENS; los proyectos de investigación y extensión institucionales; el aumento de la carga horaria y del tiempo de integración del curso; las prácticas de vivencia; la integración entre el grado y el posgrado; la incorporación de enfermeras en puestos de gestión de la universidad; el compromiso profesional de las docentes. Como elementos de obstaculización, destacamos la burocracia institucional; el poco reconocimiento profesional; la baja inversión en la capacitación pedagógica docente y de los preceptores; la resistencia al involucramiento del profesional del servicio con la formación y viceversa; el enrigidecimiento curricular dado por el número de pre-requisitos; oferta efectiva, aún insuficiente, de componentes curriculares optativos; distribución de CH discrepante entre los semestres; uso puntual de metodologías activas; comprometimiento de los escenarios de aprendizaje dado por la desorganización del modelo asistencial y administrativo y por la expansión del número de cursos; evaluación discente puntual y vinculada a la cuantificación; NDE no actuante. Se concluye que hubo innovaciones significativas en el proceso de formación de la enfermera a partir de la incorporación, por las Instituciones de Enseñanza Superior (IES), los elementos fundacionales de las DCN/ENF, en sintonía con las nuevas políticas de educación y salud. En esta perspectiva, defendemos que este estudio irá a contribuir para que los cursos de grado en enfermería, sus docentes y discentes, puedan tener una visión de cómo se ha dado ese fenómeno, las facilidades encontradas por cada curso, las dificultades percibidas, entendiendo que la formación debe ser constantemente repensada, las acciones firmemente reflexionadas y los caminos incansablemente redibujados, pues, sólo así tendremos la formación de profesionales consonantes con los preceptos, asegurados constitucionalmente, para la salud y la educación.

PALABRAS – CLAVE: Enfermería, Educación en Enfermería, Currículo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|---|-----|
| Quadro 1 | Caracterização das IES que compuseram o cenário da pesquisa | 43 |
| Quadro 2 | Distribuição dos valores do Coeficiente Alfa de Cronbach das respostas ao questionário aplicado aos discentes segundo item excluído | 54 |
| Quadro 3 | Distribuição dos valores do Coeficiente Alfa de Cronbach do questionário aplicado aos discentes segundo item excluído. | 55 |
| Quadro 4 | Atividades Complementares consideradas pelos Cursos de graduação em Enfermagem e carga horária correspondente, conforme Projeto Pedagógico. | 103 |
| Quadro 5 | Distribuição da Carga horária disciplinar direcionada a pesquisa na matriz curricular dos cursos de Graduação em Enfermagem. | 124 |
| Quadro 6 | Distribuição por IES da Carga horária total e de Estágio Curricular Supervisionado nos cursos de Graduação em Enfermagem. | 128 |
| Quadro 7 | Desdobramento da estrutura curricular dos cursos de graduação em Enfermagem. | 145 |
| Quadro 8 | Componentes curriculares optativos dos cursos de graduação em Enfermagem. | 154 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabela 1 | Distribuição dos discentes matriculados nas disciplinas Estágio I e II nos cursos de graduação em Enfermagem. | 45 |
| Tabela 2 | Distribuição dos discentes da amostra nas disciplinas Estágio I e II. | 45 |
| Tabela 3 | Características dos docentes dos cursos de graduação em Enfermagem por instituição (n=19). | 61 |
| Tabela 4 | Características sociodemográficas e de ingresso dos estudantes de graduação em enfermagem por Instituição. | 62 |
| Tabela 5 | Distribuição do número de vagas iniciais e número de matriculados em Estágio Curricular Supervisionado, por Instituição. | 63 |
| Tabela 6 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do alcance da competência geral “Atenção à saúde” no seu processo formativo. | 68 |
| Tabela 7 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do alcance da competência geral “Tomada de decisões” no seu processo formativo. | 77 |
| Tabela 8 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do alcance da competência geral “Comunicação” no seu processo formativo. | 81 |
| Tabela 9 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do alcance das competências gerais “Liderança” e “Administração e Gerenciamento” no seu processo formativo. | 84 |
| Tabela 10 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do alcance da competência geral “Educação permanente” no seu processo formativo. | 99 |
| Tabela 11 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca das “Atividades Complementares”. | 108 |
| Tabela 12 | Distribuição das respostas com relação à percepção de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do Trabalho de Conclusão de Curso. | 124 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| Tabela 13 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do Estágio Curricular Supervisionado. | 132 |
| Tabela 14 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca da supervisão do Estágio Curricular Supervisionado. | 136 |
| Tabela 15 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca dos conteúdos curriculares. | 150 |
| Tabela 16 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca das disciplinas optativas. | 156 |
| Tabela 17 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca da carga horária do curso. | 160 |
| Tabela 18 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. | 167 |
| Tabela 19 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do estímulo dado a sua criticidade e criatividade. | 172 |
| Tabela 20 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca dos locais para realização de atividades práticas e ECS. | 176 |
| Tabela 21 | Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca da avaliação do processo ensino-aprendizagem. | 186 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| ABEN | Associação Brasileira de Enfermagem |
| ABP | Aprendizagem Baseada em Problemas |
| AC | Atividade Complementar |
| CES | Conselho Estadual de Saúde |
| CH | Carga Horária |
| CNE | Conselho Nacional de Educação |
| CONAES | Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior |
| DCB | Departamento de Ciências Biológicas |
| DCHF | Departamento de Ciências Humanas e Filosofia |
| DCHL | Departamento de Ciências Humanas e Letras |
| DCN/ENF | Diretrizes Curriculares Nacionais para a Enfermagem |
| DCS | Departamento de Ciências Sociais |
| DD | Departamento de Direito |
| DECOM | Departamento de Enfermagem Comunitária |
| DEDUC | Departamento de Educação |
| DEMCAE | Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica e Administração em Enfermagem |
| DL | Departamento de Letras |
| DNSP | Departamento Nacional de Saúde Pública |
| DQE | Departamento de Química e Exatas |
| DS | Departamento de Saúde |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| IES | Instituição de Ensino Superior |
| IPS | Instituto de Política Social |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases |
| LOS | Leis Orgânicas da Saúde |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleos de Apoio a Estratégia de Saúde da Família |
| NDE | Núcleo Docente Estruturante |
| PET-SAÚDE | Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PPC | Projeto Pedagógico de Curso |

| | |
|-----------|---|
| PRÓ-SAÚDE | Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde |
| SENADEN | Seminário Nacional de Educação em Enfermagem |
| SESU | Secretaria de Ensino Superior |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TE | Técnicas de Espetáculo |
| UR | Unidades de Registro |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | APRESENTANDO O OBJETO DE ESTUDO | 20 |
| 2 | A TRAJETÓRIA DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL: DA INSTITUIÇÃO ÀS DCN/ENF | 27 |
| 2.1 | AS DCN/ENF E O PENSAMENTO FREIRIANO | 35 |
| 3 | A OPÇÃO METODOLÓGICA: CONSTRUINDO UM CAMINHO | 42 |
| 3.1 | TIPO DE INVESTIGAÇÃO | 42 |
| 3.2 | CENÁRIO DA PESQUISA | 43 |
| 3.3 | FONTES DA PESQUISA – POPULAÇÃO E AMOSTRA | 43 |
| 3.3.1 | Critérios de inclusão e exclusão para os docentes e determinação da amostra | 43 |
| 3.3.2 | Critérios de inclusão e exclusão para os discentes e determinação da amostra | 44 |
| 3.4 | COLETA DE DADOS | 46 |
| 3.4.1 | Técnicas e Instrumentos de investigação | 46 |
| 3.4.1.1 | <i>A Entrevista</i> | 46 |
| 3.4.1.2 | <i>O Questionário</i> | 47 |
| 3.4.1.3 | <i>A análise documental</i> | 47 |
| 3.4.2 | Operacionalização da coleta de dados | 48 |
| 3.5 | DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS | 50 |
| 3.5.1 | Variáveis sociodemográficas e da vida acadêmica | 50 |
| 3.5.2 | Variáveis relacionadas (a)à percepção quanto ao seu perfil profissional | 50 |
| 3.5.2.1 | <i>Considerando o alcance da competência geral “Atenção à saúde” no seu processo formativo</i> | 50 |
| 3.5.2.2 | <i>Considerando o alcance da competência geral “Tomada de decisões” no seu processo formativo</i> | 51 |
| 3.5.2.3 | <i>Considerando o alcance da competência geral “Comunicação” no seu processo formativo</i> | 51 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 3.5.2.4 | <i>Considerando o alcance das competências gerais “Liderança” e “Administração e Gerenciamento” no seu processo formativo:</i> | 51 |
| 3.5.2.5 | <i>Considerando o alcance da competência geral “Educação permanente” no seu processo formativo</i> | 51 |
| 3.5.3 | Variáveis relacionadas à percepção quanto a estruturação curricular | 51 |
| 3.6 | ANÁLISE DOS DADOS | 52 |
| 3.6.1 | Das entrevistas | 52 |
| 3.6.2 | Dos questionários | 53 |
| 3.6.3 | Dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) | 56 |
| 3.7 | ASPECTOS ÉTICOS | 56 |
| 4 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 59 |
| 4.1 | CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES DA PESQUISA | 59 |
| 4.1.1 | Perfil docente | 59 |
| 4.1.2 | Perfil discente | 62 |
| 4.2 | AVANÇOS E DIFICULDADES APONTADOS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA APÓS A PUBLICAÇÃO DAS DCN/ENF | 64 |
| 4.2.1 | A construção do perfil profissional a partir das Competências Gerais | 65 |
| 4.2.2 | Presença e valorização das Atividades Complementares | 102 |
| 4.2.3 | A implantação do PRÓ- Saúde e do PET-saúde | 110 |
| 4.2.4 | A construção do conhecimento através do Trabalho de Conclusão de Curso –TCC | 119 |
| 4.2.5 | A contribuição do Estágio Curricular Supervisionado ao processo formativo | 127 |
| 4.2.5.1 | <i>A Carga horária do ECS: visões que se contradizem</i> | 130 |
| 4.2.5.2 | <i>A participação do preceptor no Estágio Curricular Supervisionado</i> | 133 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 4.2.5.3 | <i>A articulação entre o mundo do trabalho e o processo educativo</i> | 137 |
| 4.2.6 | A flexibilidade curricular | 143 |
| 4.2.7 | As metodologias ativas de ensino-aprendizagem | 161 |
| 4.2.8 | A configuração dos cenários de aprendizagem | 173 |
| 4.2.8.1 | <i>A relação entre a organização do Sistema Municipal de Saúde e o processo de formação</i> | 173 |
| 4.2.8.2 | <i>A expansão dos cursos de graduação e os cenários de aprendizagem</i> | 179 |
| 4.2.9 | A avaliação e acompanhamento do processo ensino-aprendizagem | 183 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 193 |
| | REFERÊNCIAS | 202 |
| | APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Discentes | 220 |
| | APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Docentes | 222 |
| | APÊNDICE C- Termo de autorização para uso de depoimentos | 225 |
| | APÊNDICE D- Questionário para aplicação entre os discentes | 226 |
| | APÊNDICE E- Roteiro para entrevista com os docentes | 229 |
| | APÊNDICE F- Solicitação de Carta de Anuência | 230 |
| | ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa- CEP | 231 |

Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias (FREIRE, 2006, p. 30).

O movimento da Reforma Sanitária teve início no Brasil na década de 1970, por meio de um processo de luta desencadeado por um conjunto expressivo de militantes e intelectuais que buscavam a democratização da saúde no país e a construção de um sistema de saúde mais justo.

Esse movimento desencadeou o evento político-sanitário mais importante já realizado no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Ocorrida em março de 1986, permitiu a ampla discussão acerca das bases doutrinárias de um novo Sistema de Saúde, legitimado pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus pilares de sustentação: universalidade, equidade, integralidade e participação popular, pautados na descentralização e regionalização das ações nos três níveis de governo, posteriormente assegurados pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS), as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b).

A Constituição Federal assegura a todos os cidadãos brasileiros ou residentes no país o direito à saúde. Esse direito é garantido pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Acreditamos que o SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de relevância e que apresenta resultados significativos para a população brasileira. Vale destacar, contudo, a necessidade de aprimoramento nos vários componentes da estrutura desse sistema, tanto em seus aspectos gerenciais/organizacionais, quanto operativos. E esse aperfeiçoamento encontra suporte no redirecionamento da formação dos profissionais de saúde, principalmente pela ruptura do paradigma biomédico que ainda sustenta as práticas e grande parte dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) da área da saúde no Brasil.

A Constituição Federal traz como atribuição do SUS, no artigo 200, a “ordenação e formação de trabalhadores na área da saúde e o incremento em sua área de atuação ao desenvolvimento científico e tecnológico” (BRASIL, 1988, p. 145).

Com a LOS nº 8.080, de setembro de 1990, é que se observa legitimamente um projeto para a formação de profissionais de saúde. Por essa lei, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios participarão na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no Brasil (BRASIL, 1990a).

A reestruturação do processo de formação se inicia de forma ampla a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) (BRASIL, 1996). Criada em atendimento aos preceitos constitucionais, resultou de um longo processo de tramitação que se iniciou em 1988, ano em que se decretou a Constituição da República Federativa do Brasil, levou oito anos de tramitação no Congresso Nacional e, finalmente, em 20 de dezembro de 1996, ganhou o número 9394 e foi sancionada e promulgada (CURY, 1997).

Através da LDB introduziram-se a autonomia e flexibilização dos sistemas de ensino, os sistemas de avaliação, a municipalização do ensino, além de abrir espaço para a educação à distância e, principalmente, a educação especial (BRASIL, 1996). Nesse esteio, a LDB se configurou como um importante instrumento de concretização dos direitos educacionais. Junto com as demais leis protetoras dos direitos sociais, essa Lei contemplou, no âmbito educacional, uma preocupação de formar um indivíduo mais crítico, participativo, questionador e cidadão (FAGUNDES, 2006).

Para Fernandes *et al* (2005, p. 444) essas premissas levantadas pela LDB:

[...] apontam novas configurações para os padrões curriculares, até então vigentes, indicando a necessidade de uma reestruturação dos cursos de graduação com mudanças paradigmáticas no contexto acadêmico, direcionando a construção de Diretrizes Curriculares para cada Curso de Graduação.

A partir da LDB, concretizou-se em 7/8/2001, o Parecer nº 1133 do CNE/CES que veio reforçar a necessidade de articulação entre Educação Superior e Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2001b). Após esse parecer, aprovou-se a Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001, que definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em enfermagem (DCN/ENF) (BRASIL, 2001).

As DCN/ENF são frutos de uma construção coletiva que envolveu as instituições educacionais, a sociedade civil organizada e órgãos de representatividade da classe, em especial a Associação Brasileira de Enfermagem –ABEn, por meio dos Seminários Nacionais de Educação em Enfermagem- SENADEn e dos Grupos de Trabalho sobre Educação em Enfermagem, em um contexto de análise das questões próprias da profissão mas também de demandas externas provenientes do processo de globalização - tanto no âmbito da saúde quanto na formação da enfermeira¹.

¹Usaremos em todo o texto o gênero feminino para caracterizar o profissional da enfermagem. Esclarecemos que a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA, instituição na qual o presente projeto

Para Fernandes *et al* (2005) as DCN/ENF devem ser apreendidas como uma construção social e histórica que trazem em seu conteúdo o posicionamento da enfermagem brasileira frente às mudanças necessárias na formação profissional, mudanças essas que se dão a partir do rompimento com o modelo tradicional de formação, centrado na doença, medicalizante, procedimento-centrado, hospitalocêntrico e chegar à construção de Projetos Pedagógicos flexíveis, que deem ênfase à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, claramente comprometidos e direcionados à concretização dos princípios da reforma sanitária e do SUS.

As DCN/ENF expressam, do mesmo modo, a necessidade de se avançar não apenas no preparo de um novo profissional, mas também de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender, criar, propor e construir. Fica evidente que se almeja um profissional que detenha conhecimentos técnicos/científicos articulados com os éticos/políticos.

Já não é o bastante desenvolver procedimentos técnicos com destreza e aptidão, dominar as tecnologias leves, leve/duras e duras existentes no campo da saúde (MERHY, 1999). Faz-se indispensável um repensar dos profissionais diante do papel social que devem desempenhar comprometidos com ações interventivas no âmbito da saúde, diante do estímulo do ver, ouvir e sentir o outro em sua dimensão subjetiva e particular, ao mesmo tempo em que visualizam a sua inserção social coletiva (CAVALCANTE, 2009).

Corroborando com essa perspectiva de formação ampliada, Delors (2003) sugere que a prática pedagógica precisa se preocupar em desenvolver quatro aprendizagens fundamentais que serão, para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: **aprender a conhecer** - indica o interesse, a abertura para o conhecimento, que verdadeiramente liberta da ignorância; **aprender a fazer** - mostra a coragem de executar, de correr riscos, de errar mesmo na busca de acertar; **aprender a conviver**- traz o desafio da convivência que apresenta o respeito a todos e o exercício de fraternidade como caminho do entendimento; e, finalmente, **aprender a ser** - explicita o papel do cidadão e o objetivo de viver. E faz uma ressalva de que essas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta.

Essa nova configuração do processo formativo encontra respaldo na formação por competências proposta nas DCN/ENF, em que se dá às práticas reais mais espaço que aos

está vinculado, vem ao longo dos anos se firmando no meio científico por seus estudos envolvendo as questões de gênero, e dentro dessa perspectiva defende o uso da palavra enfermeira para caracterizar o profissional da Enfermagem. Essa opção está respaldada no fato de que a profissão foi criada por mulheres e historicamente é desempenhada por mulheres, tendo em sua conformação 99% de profissionais desse sexo, o que embasado nas questões de gênero, não nos permite generalizar a profissional com o substantivo no masculino. Ademais, a língua portuguesa já admite esse tipo de utilização quando se fala de uma maioria.

modelos prescritivos e aos instrumentos, promovendo um saber-mobilizar, que para Perrenoud (1998, p. 1) “é a capacidade de mover um conjunto de recursos - conhecimentos, *know-how*, esquemas de avaliação e de ação, ferramentas, atitudes - a fim de enfrentar com eficácia situações complexas e inéditas.

As DCN/ENF, ao propor a formação por competências, rompem com a rigidez curricular representada pela disciplinarização do conhecimento e permitem a construção de modelos pedagógicos criativos e inovadores que busquem sair do pólo de ensino, centrado no docente, para o da aprendizagem, centrado no estudante; sair da fragmentação do modelo disciplinar para o currículo integrado; sair da teoria que antecede a prática para uma articulação teoria/prática; sair das concepções de saúde como ausência de doença para saúde enquanto condições de vida; sair da polarização individual/coletivo e biológico/social para uma consideração de interpenetração e transversalidade (COSTA, 2002).

Essa abrangência proposta pela DCN/ENF obriga os cursos a lançar mão de um movimento para (re)construção dos seus PPC, que para Gadotti (2000) é um processo permanente de discussão das práticas, das preocupações e dos pressupostos da educação; é a expressão operativa das intencionalidades que direcionadas aos objetivos pretendidos levam, por conseguinte, a escola a sistematizar e assumir a sua auto-gestão.

Para Freire (2001, p. 44), não há Projeto Político Pedagógico neutro, uma vez que “todo projeto pedagógico é político e se acha molhado de ideologia”. As opções ideológicas e políticas dos que constroem o projeto estarão explicitadas no currículo, na gestão, enfim, na forma de organização dos espaços e tempos escolares. Mas essa opção política e ideológica precisa se comprometer com as camadas populares e que se traduza em um tipo de escola que seja ao mesmo tempo “séria, competente, justa, alegre e curiosa” (FREIRE, 2001, p. 42).

Para esse mesmo autor, o PPC deve indicar a serviço de quem está, por meio de um diálogo que seja aberto e, ao mesmo tempo, corajoso e através de uma prática efetivamente democrática. Freire (2001) ressalta, ainda, que a democratização da escola, construída pelo diálogo, não é obra voluntária de um único sujeito, pois ninguém a democratiza sozinho, esse processo é coletivo e conta com o envolvimento de pais, docentes e funcionários buscando um fim comum. A participação é aqui entendida como diretamente relacionada à democratização do poder, à superação da estrutura burocrática e a uma efetiva e consistente ação popular nos destinos da escola.

Reformular o PPC não significa apenas atualizá-lo de acordo com as novas teorias educacionais ou novos documentos oficiais. Implica em um entendimento de que ele representa a marca original da escola, e como tal é um instrumento diagnóstico e de

transformação da realidade escolar, consonante com as características dos educandos e a realidade social em que está inserido.

A problematização da realidade e a formação de um sujeito crítico, reflexivo, transformador e consciente das condições histórico-sociais que o circundam, encontram total apoio nas obras de Paulo Freire, referencial teórico deste estudo.

Encontramos em todas as obras de Freire caminhos para uma nova proposta de educação, em que educadores e educandos se tornem mais reflexivos e críticos no processo ensino-aprendizagem e, ao assumir uma postura dialógica e horizontal, possam construir conhecimentos em comunhão com relacionamentos que se dão no cotidiano, seja nas instituições de ensino ou na prática profissional.

O pensamento Freiriano de fato traduz o enfoque humano que busca se dar à formação do profissional de saúde, já que os pressupostos oriundos do seu universo conceitual vão além da simples teorização intelectual acadêmica e não se colocam jamais distante da vida vivida, do homem real. Percebemos que a pedagogia da problematização e a dialogicidade, por sua proposta de reflexão e ação crítica sobre a realidade social, seu enfoque na autonomia e liberdade do indivíduo, apresenta-se como uma tendência de grande influência na prática educativa em saúde/enfermagem, por se mostrar mais apta a efetivar o perfil de cidadão, de profissional e de ser humano exigidos pelas transformações pelas quais passa o mundo contemporâneo, bem como pela política educacional e de saúde (PEREIRA, 2003).

Conquanto, sabemos que a mudança no processo ensino-aprendizagem é um longo e árduo caminho a ser percorrido. Essa mudança, porém, não se encerra com a criação de novas técnicas ou dinâmicas didáticas, nem com novas formas de planejamento educacional, ou acréscimo de novas disciplinas, mas exige uma mudança de postura profissional, que só se efetivará por intermédio da apropriação dos fundamentos conceituais, filosóficos e metodológicos das DCN/ENF.

No ano de 2011 completou-se 10 anos de publicação das DCN/ENF. Esse tempo seria suficiente para as apropriações acima descritas, com consequentes transformações no processo formativo da enfermagem. Não se refere a mudanças radicais ou impositivas, mas transformações construídas coletivamente e com resultados concretos.

Entretanto, observamos na nossa prática cotidiana, como docente, há 13 anos em uma instituição pública de ensino de graduação em enfermagem, e nas reuniões e seminários promovidas pela ABEN, das quais participamos como representante da Instituição que atuamos e que envolvem vários cursos de graduação do Estado da Bahia, que, embora o contexto social tenha mudado, o sistema de saúde tenha proposto um novo modelo

assistencial e as DCN/ENF indicado o caminho a se construir, ainda assim, existe um discurso de valorização da formação tecnicista voltada para ações curativas.

Notamos, também, que, na grande maioria dos cursos, as disciplinas permanecem presas dentro de uma grade curricular com pré-requisitos, nos quais não se consegue organizar os conteúdos em módulos integrados, que viabilizariam a interdisciplinaridade e a relação teoria-prática e ainda, que grande parte das disciplinas não utiliza metodologias ativas de ensino.

Acreditamos, nada obstante, que, mesmo que os PPC não descrevam uma formação orientada por competência que busquem articular a atuação do docente à proposta de ensino, a prática à teoria, a instituição educacional à comunidade, essas competências ficam presentes no desenvolvimento do curso, pois de acordo com Perrenoud (1999), mesmo quando as universidades formam na perspectiva das competências, estas podem não estar explicitamente indicadas em nenhum documento, enfatizando o saber erudito e teórico.

Nesse sentido, considerando as transformações no sistema de saúde materializadas pelo SUS, a conseqüente discussão acerca da redefinição do processo de formação em enfermagem e principalmente considerando os dez anos de publicação das DCN/ENF e a necessidade de PPC norteados por tais diretrizes, tomamos como objeto do nosso estudo a configuração da formação de enfermeiras no Estado da Bahia, após a publicação das DCN/ENF.

Para tanto, partimos da seguinte questão de pesquisa: Como tem se configurado a formação da enfermeira, no estado da Bahia, após a publicação das DCN/ENF?

Esse questionamento norteador será entendido como um guia do pensamento e das ações da pesquisadora na busca por respostas através da concretização do objetivo geral:

- Analisar como tem se configurado a formação das enfermeiras no Estado da Bahia após a publicação das DCN/ENF.

Para o alcance desse objetivo geral, foram estabelecidos os objetivos específicos:

- Descrever as inovações apontadas no processo de formação de enfermeiras, no Estado da Bahia, após a publicação das DCN/ENF;
- Identificar os avanços e dificuldades encontrados pelos cursos de graduação em enfermagem, no processo de incorporação dos fundamentos trazidos pelas DCN/ENF.

Como tese, defendemos que houve inovações no processo de formação de enfermeiras no estado da Bahia a partir da incorporação, pelas Instituições de Ensino Superior, dos elementos fundantes das DCN/ENF, em sintonia com as novas políticas de educação e saúde.

Esta pesquisa se reveste de importância por oferecer subsídios relevantes ao aprimoramento do processo de formação da enfermeira, proporcionando elementos para discussão e reflexão acerca do processo ensino-aprendizagem na contemporaneidade, além de servir como fonte de pesquisa e estudo no âmbito da formação de recursos humanos em saúde.

Este estudo também poderá ser usado comparativamente a outros que se realizarão, permitindo um registro das inovações no processo de formação da enfermeira ao longo da história. E contribuirá para uma reflexão dos docentes a respeito do seu papel na formação profissional da enfermeira e, sobretudo, despertar no discente um compromisso pessoal de responsabilidade com sua formação.

2 A TRAJETÓRIA DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL: DA INSTITUIÇÃO ÀS DCN/ENF

A história nos mostra que a situação de saúde da população brasileira no século XIX era bastante precária. O país estava assolado por uma grave epidemia de varíola, que matou um contingente significativo da população. A febre amarela apresentou vários surtos

epidêmicos juntamente com a malária, o cólera e o tifo (KLETEMBERG, SIQUEIRA, 2003). A prevalência das doenças infecto-contagiosas e a falta de higiene nos portos, dada pela grande desordem urbana, acarretavam resistência à chegada de navios, o que se contrapunha aos interesses da economia exportadora cafeeira. Esse quadro se arrastou pelo país até as primeiras décadas do século XX, constituindo-se um entrave às relações econômicas nacionais e internacionais, e é nesse panorama que emerge o ensino sistematizado da enfermagem, com o propósito de formar profissionais que contribuíssem para o saneamento dos portos.

Rizzoto (2006, p. 2), todavia, discorda dessa justificativa afirmando que “a tese de que o combate às epidemias e o saneamento dos portos foram os principais motivos para a institucionalização da enfermagem moderna no Brasil, carece de base histórica de sustentação”. A autora justifica sua discordância ao afirmar que, nesse momento da história, as doenças infecto-contagiosas, estavam praticamente erradicadas e evidencia que a situação da saúde pública, nas cidades portuárias, não representava um real empecilho às relações econômicas do Brasil com os países importadores, uma vez que a própria política de saneamento urbano constituía oportunidade de investimentos para o capital estrangeiro, como se observa na reforma urbana realizada no Rio de Janeiro no início do século por Pereira Passos, prefeito da capital e Oswaldo Cruz, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP.

Embora as versões históricas predominantes reforcem a interpretação de que a enfermagem brasileira nasce a partir da necessidade de trabalhadores especializados para o combate as grandes epidemias que estariam atrapalhando o comércio do Brasil, concordamos com Rizzoto (2006) ao asseverar que o que realmente motivou a profissionalização da profissão no país foi um rompimento entre a igreja e o Estado e o conseqüente abandono, pelas irmãs de caridade, do Hospital Nacional de Alienados.

Esse rompimento entre o poder laico e o poder clerical deu-se em função de duas situações. A primeira se refere à instituição do Decreto Nº 142 de 11/01/1890 que determinou a desconexão do hospício e suas colônias da Santa Casa de Misericórdia, passando a chamar-se Hospital Nacional de Alienados (STUTZ, 2010). Kletemberg; Siqueira (2003) explicitam que a segunda situação deu-se com o Dr. João Carlos Teixeira Brandão sendo designado pelo então Ministro do Governo Provisório, Aristides Lobo, ao cargo de Diretor Geral do Hospital Nacional dos Alienados, passando os médicos a partir daí a terem um maior controle das ações de saúde.

Em decorrência do desprestígio a que foram legadas nesse período, as irmãs de caridade abandonaram o hospital, gerando a necessidade de pessoal para prestar assistência aos pacientes. A solução achada foi a contratação de enfermeiras francesas para substituí-las.

Apesar das medidas tomadas, o funcionamento do hospital continuou bastante deficiente em virtude da assistência prestada por pessoal não qualificado, frutificando então a ideia da criação de uma escola para o preparo de enfermeiras para o trabalho, tanto no próprio hospital quanto em hospitais civis e militares do Rio de Janeiro (MOREIRA, 2002).

Esse processo culminou com a publicação do Decreto Federal nº 791 de 27 de setembro de 1890, que funda a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, anexa ao Hospital de Alienados e, posteriormente denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.

Dentre as principais disposições sobre o ensino e a prática da assistência de enfermagem no país, trazidas nesse Decreto, destacamos a responsabilidade, que agora passa a ser do Estado, de formar mão-de-obra qualificada para prestar assistência aos enfermos em diferentes serviços e instituições, excluindo, definitivamente, a igreja da responsabilidade pelo treinamento de pessoal e supervisão da prestação do cuidado ao enfermo.

Outro aspecto destacado por Kletemberg e Siqueira (2003) é a composição das disciplinas, que apontavam, prioritariamente, para a formação de uma visão hospitalar, com enfoque biologicista. Segundo essas autoras, esse fato é determinado pela lógica do mercado de trabalho da época, que buscava profissionais para prestar assistência ao doente hospitalizado, respeitando-se a hierarquia profissional.

As mesmas autoras fazem ainda um destaque ao conteúdo do Decreto no tocante à dicotomia entre teoria e prática, no qual os médicos ensinavam noções elementares para o bom desempenho profissional e às enfermeiras francesas cabia a tarefa de supervisão.

Ao ser deflagrada a I Grande Guerra Mundial em 1914, como consequência de lutas pela hegemonia imperialista, a Cruz Vermelha Brasileira, em consonância com o movimento internacional de auxílio aos feridos de guerra, passa a preparar voluntárias para o trabalho de enfermagem e, em 1916, foi criada a Escola Prática de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira, com o propósito de preparar socorristas voluntárias para o atendimento em situação de emergência.

Em 1920, instituiu-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), chefiado pelo sanitarista Carlos Chagas. Esse órgão, junto com a Fundação Rockefeller, fundou em 1923 a Escola de Enfermagem desse Departamento, marcando, de fato, o início da enfermagem moderna brasileira. Em 1926, essa escola passou a ser chamada Escola de Enfermagem Anna Nery.

O confronto do conteúdo do currículo dessa primeira escola brasileira com as determinações contidas no "Standard Curriculum" norte americano de 1917 mostra a grande semelhança entre os dois, tanto na parte teórica quanto nos serviços nos quais as estudantes deveriam estagiar e a fragmentação do currículo em disciplinas de pequena carga horária e de curta duração constituía uma das principais características dos dois currículos (RIZZOTTO, 2006).

Outra característica destacada por Rizzotto (2006) é o direcionamento tanto das disciplinas teóricas quanto dos campos de estágio, para a formação hospitalar. De um total de trinta e cinco disciplinas que compunham o programa teórico dessa escola, apenas quatro (11%) eram voltadas para a saúde pública e, dos trinta meses de estágio, vinte e oito realizavam-se em enfermarias e ambulatórios hospitalares, ou seja, 90% do ensino prático ocorriam dentro dos hospitais.

Constatamos, com as observações da autora, que, desde sua institucionalização, o ensino de enfermagem no Brasil reproduziu o modelo de enfermagem americana, direcionado para o trabalho de enfermagem em instituições hospitalares com enfoque na medicina curativa. E esse modelo tornou-se hegemônico, já que as escolas criadas posteriormente à Escola Anna Nery utilizavam o seu programa de ensino como modelo.

As primeiras enfermeiras formadas pela Escola de Enfermagem Ana Nery, no Rio de Janeiro, fundaram a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas. Manteve esse nome até 1928, quando passou a ser nominada de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, sendo, então, registrada juridicamente. Em 1954 recebeu o nome de Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), conservando-o até os dias atuais.

Há uma preocupação da ABEn, desde sua origem, com as questões educacionais da enfermagem, comprovada pela constituição, em 1945, da Divisão de Ensino de Enfermagem posteriormente designada Divisão de Educação, com os objetivos de organizar o ensino quanto ao currículo teórico mínimo e a duração dos estágios para a formação da enfermeira e estabelecer normas para a formação de auxiliares de enfermagem (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Essa Divisão foi a responsável pela elaboração e discussão do projeto que deu origem a Lei nº 775/49 que dispunha sobre o ensino de enfermagem no Brasil. Assim como o currículo de 1923, o de 1949 também continha um grande número de especialidades médicas com conteúdos de enfermagem e era "pouco inovador relacionado ao programa inicial, prevalece a ênfase no fazer, mais do que no pensar, na repetição de técnicas que tolham a

criatividade das alunas e com a centralização no estado da doença e não do doente” (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001, p. 82).

Com base em sugestões da Comissão de Peritos de Enfermagem nomeada pelo Ministério da Educação, da ABEn e das 19 Escolas de enfermagem existentes no país, o Conselho Federal de Educação fixou, em 1962, através do Parecer CFE n° 271/62 o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem. Esse currículo manteve as disciplinas relacionadas às clínicas especializadas, reduziu a duração dos cursos para três anos, introduziu especializações num quarto ano optativo e eliminou a disciplina Enfermagem em Saúde Pública do currículo mínimo, cuja inclusão nos currículos plenos das escolas passa a ser optativo (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

A exclusão da saúde pública do currículo mínimo restringiu ainda mais a possibilidade do desenvolvimento de um corpo de conhecimentos para atuação nessa área e deu um enfoque mais significativo, no cuidado de enfermagem especializado, individual e curativo. Esse perfil curricular tem consonância com o perfil ditatorial vivido no país àquela época, que valorizava o ensino profissionalizante e o tecnicismo pedagógico.

Aprovou-se, então, um novo currículo mínimo em 1972 pelo Parecer 163/72 e Resolução 4/72 do CFE e tinha como principal característica a criação das habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-cirúrgica e Obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa.

Para Germano (2007), esse Parecer enfatizava a necessidade da enfermeira dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica, uma vez que a profissão médica passara a necessitar de uma enfermagem especializada para juntas atuarem na assistência curativa.

Esse currículo mínimo de 1972 sofreu diversas críticas e gerou muita insatisfação da categoria, desde a sua aprovação, o que se intensificou na década de 1980 quando teve início uma série de movimentos sociais e políticos que buscavam repensar o processo saúde-doença, dentre os quais se destacam:

Conferência Internacional de Alma Ata, ocorrida em 1978 na ex-URSS, na qual é criada a meta universalista "Saúde para todos no ano 2000"; o Movimento da Reforma Sanitária; a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 1986 em Brasília/DF; o Movimento Participação, no âmbito da enfermagem; e o movimento pela redemocratização do país (COSTA; GERMANO, 2007, p. 3).

Em 1988, com a criação do SUS, regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90, vivencia-se a construção de um sistema de saúde com base na universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade. Nesse contexto, o ensino na área da saúde vê-se diante de um novo desafio: formar profissionais aptos a atuar técnica, social e politicamente na construção do SUS, com vistas à consolidação da reforma sanitária.

Durante a década de 1980, a ABEn juntamente com as escolas de enfermagem e a Comissão de Especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior (SESu) do MEC, empreenderam uma série de eventos científicos que tinham como objetivo principal a construção de uma proposta de reformulação do currículo mínimo em vigor, fundamentada em discussões sobre o perfil sanitário e epidemiológico da população, a organização dos serviços de saúde, o processo de trabalho em enfermagem e a articulação entre o ensino e o serviço.

Essa proposta concretizou-se através do Parecer CFE 314/94 e foi bastante elogiada por ter sido fruto de um processo coletivo gerado pela própria categoria. A nova proposta demonstrava o interesse em considerar o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do País/ Região/ Estado e definia que os currículos plenos dos cursos fossem divididos em quatro áreas: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos da Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem (BRASIL, 1994).

Essa configuração proposta para o currículo de 1994 demonstra uma preocupação em formar um profissional em consonância com as características sanitárias da população que irá assistir, ou seja, uma visão bem diferente das propostas outrora vigentes, e propõe uma divisão dos currículos em áreas temáticas, o que traria uma maior dinamicidade ao ensino.

Nos anos seguintes, os cursos iniciam a reestruturação de seus currículos plenos. No entanto, com o tempo, começou a ficar evidente que o Currículo Mínimo de 1994 não conseguiu combater as distorções que o originaram e a enfermagem continua a discutir os rumos do seu ensino, tendo em vista que estava sendo construída uma nova LDB.

Dois anos depois, em 1996 é publicada a LDB, que propõe mudanças e inovações na educação nacional e traz como finalidades do ensino superior:

- I** - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;
- II** - formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;
- III** - incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura,

e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;

IV - promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;

V - suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;

VI - estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;

VII - promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição. (BRASIL, 1996, p.16)

Para Fernandes *et al* (2005), essas novas atribuições trazidas pela LDB para o ensino superior apontam novas configurações para os padrões curriculares vigentes à época, indicando a necessidade de uma reestruturação dos cursos de graduação com mudanças de paradigmas no contexto acadêmico.

Em 1997, o Ministério da Educação lança o Edital 04, que convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentarem propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores. A maioria das áreas promoveu encontros e seminários em todo o país, para consolidar as propostas, a exemplo da ABEn que promoveu no início de 1998, o 3º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEn, realizado na cidade do Rio de Janeiro, que teve como tema central "As Diretrizes para a Educação em Enfermagem no contexto da LDB". Sendo que, a principal finalidade do evento foi: discutir o processo ensino-aprendizagem da enfermagem, em seus diferentes níveis, à luz da LDB, tendo como perspectiva a formulação de propostas de diretrizes curriculares para a formação dos profissionais de enfermagem (VALE; FERNANDES, 2006).

Bagnato e Rodrigues (2007), contudo, aduzem que, embora a enfermagem tenha atendido a convocação do Ministério da Educação, uma nova reformulação curricular naquele momento não era prioritária para a categoria, já que o currículo aprovado em 1994 estava sendo implantado e nem fora avaliado. As autoras ilustram essa asserção:

Tanto a enfermagem não sentia urgência em mudar o currículo que o documento que saiu como síntese do terceiro SENADEn e que serviria de subsídio para a elaboração das diretrizes curriculares resgatou, quase integralmente, o Parecer nº 314/94-CFE e a Portaria nº 1721/94-MEC, em fase de implantação (BAGNATO; RODRIGUES, 2007, p. 509).

As sugestões e críticas encaminhadas pelas instituições foram recebidas pelas Comissões de Especialistas de cada área do conhecimento, instituídas pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação – SESu/MEC, para que fossem agregadas à versão final, que seria divulgada também na Internet, para posterior encaminhamento ao Conselho Nacional de Educação, em um processo que se estendeu por cerca de dois meses em cada uma das áreas (BRASIL, 2007).

Após a análise das propostas, uma Comissão da CES/CNE adotou o seguinte formato, preconizado pelo Parecer CES/CNE 583/2001, para as áreas de conhecimento que integram a saúde (BRASIL, 2001a):

- Perfil do Formando Egresso/Profissional
- Competências e Habilidades
- Conteúdos Curriculares
- Estágios e Atividades Complementares
- Organização do Curso
- Acompanhamento e Avaliação

Já com essa configuração, em 07 de Novembro de 2001, aprovou-se a Resolução CNE/CES 03, que definiu as DCN/ENF (BRASIL, 2001), promovendo uma ruptura como o modelo de currículo mínimo obrigatório para a carreira e lançando diretrizes específicas para a categoria. Seu texto direciona a formação profissional para o sistema de saúde vigente no país, pelo desenvolvimento de competências, habilidades e conteúdos que atendam as reais necessidades de saúde da população com qualidade, eficiência e resolutividade.

As DCN resultaram de uma construção coletiva que teve as seguintes referências: Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde Nº 8.080 de 19/9/1990; LDB Nº 9.394 de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação Nº 10.172 de 9/1/2001; Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997; Edital da SESu/MEC Nº 4/97 de 10/12/1997; Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA e os instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde (BRASIL, 2001).

Ressalta-se, na elaboração das DCN, o papel de fundamental importância da Bahia, através da Carta da Bahia que, juntamente com a Carta de Natal, deram subsídios para a Carta de Florianópolis, originária da plenária da Reunião de Escolas e Cursos de Graduação,

realizada durante o 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e *10º Congreso Panamericano de Enfermería*, realizados em Florianópolis-SC e que embasaram a elaboração da proposta final das DCN/ENF (FERNADES; SILVA; REBOUÇAS, 2011a).

Depois de 10 anos de publicação, destacamos o 13º SENADEn, ocorrido em 2012 em Belém, que teve como tema central: “Uma Década de Diretrizes Curriculares Nacionais: conquistas e desafios”. O evento nos permitiu um resgate histórico de todo o processo de construção e implementação das DCN/ENF bem como uma reflexão acerca das perspectivas para a educação em enfermagem. Como fruto de discussões coletivas e fundamentadas, originou-se, desse evento, a Carta de Belém, que apresenta proposições de natureza técnica, política, organizativa e ética para a Educação em Enfermagem no Brasil.

Concordamos com Santana *et al* (2005) quando afirmam que conhecer a história da construção coletiva das DCN para o Curso de Graduação em enfermagem gera motivação para buscarmos o latente, o não-aparente e o novo nela contido, e entendermos que elas constituem uma superestrutura política e ideológica que direciona a formação dos recursos humanos para a saúde. A análise dessa superestrutura faz-se necessária para que possamos “caminhar” na compreensão da “totalidade orgânica” da educação na área da enfermagem no Brasil.

As DCN/ENF se apresentam por meio de 16 artigos divididos em mais de três dúzias de parágrafos e alguns incisos, que têm o objetivo de nortear a construção dos PPC. Elas não trazem determinações fechadas e sim caminhos a serem seguidos de acordo à vocação de cada escola, dando liberdade para que os cursos construam boa parte dos seus currículos plenos.

Ao contrário do currículo mínimo, que definiam cursos e perfis profissionais estáticos, as diretrizes curriculares abrem a possibilidade das IES definirem seus perfis de egressos de acordo com as potencialidades do curso e às necessidades sócio-político-econômico da sociedade.

As DCN/ENF aduzem em seus artigos, além do perfil esperado do formado/ egresso, um conjunto de competências gerais e específicas requeridos para se atingir esse perfil, e ainda os conteúdos necessários para a construção do PPC. Mais do que o que efetivamente está explícito em seu texto, as DCN/ENF abordam um conjunto de pressupostos filosóficos, conceituais, políticos e metodológicos que direcionam a construção do processo de formação da enfermeira.

Xavier; Fernandes e Cerbelli (2002) e Fernandes *et al* (2003) propõem que os PPC sejam fundamentados nos seguintes elementos: flexibilidade dos currículos; consideração dos estudantes como sujeitos e dos docentes como facilitadores do processo ensino-aprendizagem;

articulação teoria/prática; diversificação dos cenários de aprendizagem; a integração entre ensino, pesquisa e extensão; o uso de metodologias ativas; educação orientada para problemas relevantes da sociedade; currículo fundamentado no humanismo; avaliação formativa e terminalidade dos cursos.

Para Ceccim e Fuerwerker (2004, p. 260):

Seria simplista supor que a formação de um profissional de saúde resulta apenas de um processo de aquisições cognitivas e comprovação de habilidades de discernimento intelectual. A formação de um profissional de saúde resulta de um processo que envolve as políticas de ensino, as políticas do exercício profissional e as do trabalho em saúde.

Pensar em uma formação que fuja da simples obtenção de capacidades técnicas para uma formação revestida de caráter político e compromisso social não é uma tarefa fácil e tem sido um grande desafio para as escolas, principalmente porque criar estratégias para sua concretização requer um trabalho conjunto que envolva discente, docentes e profissionais do serviço dispostos a encarar todos os desafios da mudança, com as incertezas, preocupações, inseguranças e conflitos, sentimentos inerentes ao processo de transformação.

2.1 AS DCN/ENF E O PENSAMENTO FREIRIANO

O modelo pedagógico por muito tempo hegemônico, no processo de formação dos profissionais de saúde e da enfermagem em particular tinham, dentre outras características, um forte enfoque conteudista e organizado de maneira compartimentada e isolada, dissociava conhecimentos das áreas básicas e os da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital, adotava sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica e incentivava a especialização precoce.

A partir da publicação das diretrizes, propõe-se uma mudança do processo formativo de modo que possamos ter profissionais críticos e reflexivos, com capacidade para a compreensão e resolução de problemas que constituem a diversidade do cuidado e promoção da saúde do indivíduo e da sociedade.

Para tanto, as diretrizes se fundamentam filosoficamente sobre os quatro pilares do conhecimento, descritos em um documento elaborado por uma comissão composta por representantes dos diversos continentes, que ouviram educadores e pensadores de todo o planeta e que exprime, oficialmente, a que educação o mundo aspira para o próximo século.

Conhecido como Relatório Delors sugere que para dar respostas ao conjunto de suas missões, a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda a vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a conviver e, finalmente, aprender a ser (DELORS, 2003).

Esses fundamentos são abordados no relatório de forma bastante didática e com muita propriedade, associando-os e identificando-os com algumas máximas da Pedagogia prospectiva, possibilitando assim que sejam usados como subsídios no trabalho de pessoas comprometidas a buscar uma educação de qualidade.

Com base nessa visão dos quatro pilares do conhecimento, podem-se prever grandes conseqüências na educação. O ensino-aprendizagem voltado apenas para a absorção de conhecimento, e que tem sido objeto de preocupação constante de quem ensina, deverá dar lugar ao ensinar a pensar, saber comunicar-se e pesquisar, ter raciocínio lógico, fazer sínteses e elaborações teóricas, ser independente e autônomo; enfim, ser socialmente competente.

Freire (2011, p. 96), em uma de suas frases mais conhecidas e citadas mundialmente, se coloca na mesma direção dos pressupostos trazidos pelo Relatório Delors ao considerar que: “Já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”.

O autor rompe com a tradição hegemônica de um sistema educacional cujo eixo tem sido ensinar coisas. Portanto, ela se constitui como auto-educação, tem como centralidade o “aprender”, não o ensinar.

Nesse prisma, usaremos o referencial teórico-filosófico de Paulo Freire para fundamentar a análise dos resultados deste estudo.

Romão (2000) faz uma correlação bastante interessante entre os quatro pilares da educação trazidos por Delors e os pensamentos de Freire.

Considerando o pilar “Aprender a conhecer”, Romão (2000) assevera que a questão do conhecimento perpassa toda a obra de Paulo Freire, sempre alertando para a necessidade da incorporação da incerteza no universo das verdades científicas.

Com relação ao “Aprender a fazer”, embora indissociável do conhecer, apresenta-se com uma dimensão e uma conotação empobrecedoras, porque tem a ver com a preparação das pessoas para o processo produtivo. Para Romão (2000), em Paulo Freire, o fazer é inerente à educação, porquanto ela é uma forma de intervenção crítica no mundo concreto, histórico, real. Daí a dimensão política de sua pedagogia, traduzida no ato educacional transformador/libertador.

Não junto minha voz à dos que, falando em paz, pedem aos oprimidos, aos esfarrapados do mundo, a sua resignação. Minha voz tem outra semântica, tem outra música. Falo da resistência, da indignação, da “justa ira” dos traídos e dos enganados. Do seu direito e do seu dever de rebelar-se contra as transgressões éticas de que são vítimas cada vez mais sofridas. (FREIRE, 2002, p. 113-14).

Alerta-nos Freire (2002) que a mera consciência da realidade injusta, embora necessária, é insuficiente para sua transformação. É imprescindível, segundo ele, “fundir”, na práxis, a consciência da realidade com a ação, já que ambas iluminam-se e orientam-se mutuamente. Portanto, a prática educativa é, simultânea e dialeticamente, reprodutora e desmascaradora da realidade.

O pilar “aprender a conviver”, para Romão (2000), é a própria essência da obra de Paulo, já que ela tem como centralidade o diálogo. Ora, ele não é possível sem a existência, no mínimo, de dois seres dialogantes e implica na convivência mútua de ambos.

“Aprender a ser” é o quarto e último pilar necessário ao processo educacional proposto para o século XX pelo Relatório Delors. “Aprender a ser” significa o desenvolvimento pleno do homem, em toda sua riqueza e complexidade: “espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade” (DELORS, 2003, p. 16). Para Romão (2000), ele encontra visíveis e inúmeras traduções nos saberes de Freire ao considerar que o homem é, dialeticamente, unidade na diversidade, na medida em que a identidade única da espécie humana, dada pela cultura, não consegue apagar a multiplicidade das culturas.

Nessa unicidade, Freire introduz o importante conceito de inacabamento ou inconclusão, que nos identifica com os demais seres do cosmo, mas, ao mesmo tempo, deles nos distingue, por nossa consciência dessa limitação:

Aqui chegamos ao ponto de que talvez devêssemos ter partido. O do inacabamento do ser humano. Na verdade, o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência vital. Onde há vida, há inacabamento. Mas só entre mulheres e homens o inacabamento se tornou consciente. (FREIRE, 2002, p. 55).

Por isso mesmo, o ser humano é um ser utópico e educável, visto que está sempre à procura de seu acabamento. Os homens e as mulheres nunca alcançam a atualização de todas as suas potencialidades, dado que seu inacabamento está inscrito no inesgotável universo dessas potencialidades. Também por isso, o ato pedagógico é um ato utópico e esperançoso.

Freire é autor de uma vasta obra que, ultrapassando as fronteiras do país, espalhou-se por diferentes países da Europa, da América e da África, e é difícil delimitar na sua obra categorias teóricas puras. Mas podemos destacar alguns valores e princípios pedagógicos que podem ser facilmente identificados nas diretrizes curriculares, como: articulação teoria e prática, liberdade, diálogo, problematização, participação e autonomia; flexibilidade dos currículos; consideração dos estudantes como sujeitos e dos docentes como facilitadores do processo ensino-aprendizagem; articulação teoria/prática; diversificação dos cenários de aprendizagem; a integração entre ensino, pesquisa e extensão; o uso de metodologias ativas; educação orientada para problemas relevantes da sociedade; currículo fundamentado no humanismo; avaliação formativa e terminalidade dos cursos.

Todos esses princípios constituem elementos na construção do protagonismo e a emancipação popular e não podem ser pensados isoladamente, mas de forma integrada, totalizante. Esses princípios nos permitem olhar a vida e as potencialidades humanas em todas as suas dimensões.

Uma das categorias presente nas obras de Freire é a necessidade da articulação entre teoria e prática como essenciais ao processo de construção do conhecimento. Os debates, no campo científico, entre teoria e prática são infundáveis. Os defensores da prática alegam que a teoria é pouco efetiva, uma vez que sua aplicação é sujeita a condições específicas e particulares. Por outro lado, aqueles que defendem a teoria alegam que os conceitos são as verdadeiras fontes do saber e do conhecimento.

Freire (2011, p. 149), todavia, evidencia que:

[...] é preciso que fique claro que, por isto mesmo que estamos defendendo a práxis, a teoria do fazer, não estamos propondo nenhuma dicotomia de que resultasse que este fazer se dividisse em uma etapa de reflexão e outra, distante, de ação. Ação e reflexão e ação se dão simultaneamente.

Para Freire a práxis se dá antes de tudo na relação homem-mundo. Essa relação busca coerência entre pensamento e ação que é práxis, acredita que: “a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática sem a qual a teoria vai virando blábláblá e a prática ativismo” (FREIRE, 2002, p. 12).

Na organização curricular da maioria das escolas de enfermagem ainda é evidente essa dissociação entre teoria e prática, na medida em que primeiro o estudante é informado, em sala de aula, de todos os conceitos teóricos acerca do tema e posteriormente é levado à prática para aplicação desses conceitos. Diante das afirmações trazidas por Freire percebemos a clara

necessidade de articulação entre esses dois momentos, acreditando que o vínculo entre teoria e prática forma um todo em que o saber tem um caráter libertador.

E essa liberdade, que se constitui em uma outra categoria muito explorada nas obras de Freire, só será alcançada quando nós docentes assumirmos uma postura profissional fundamentada no compromisso em ajudar as pessoas a desenvolver seu potencial humano e não simplesmente treiná-las para a realização de técnicas, nos engajarmos na tarefa de encontrar os melhores meios de tornar a educação um instrumento de libertação humana e não de domesticação (FREIRE, 2000).

Para tanto, Freire (2004) destaca na sua proposição pedagógica duas dimensões muito importantes que devem ser considerados na relação docente-estudante quando ambos buscam a liberdade: a dimensão dialógica e a dimensão problematizadora. Com relação à primeira, ele explicita que:

[...] a 'relação dialógica' no ensino que permite o respeito à cultura do aluno, à valorização do conhecimento que o educando traz, enfim, um trabalho a partir da visão do mundo do educando é sem dúvida um dos eixos fundamentais sobre os quais deve se apoiar a prática pedagógica de professores e professoras (FREIRE, 2001, p. 82).

No entanto, não é raro que as relações docente-estudante estejam ancoradas no antidiálogo, considerado como acrítico, desamoroso, auto-suficiente, desesperançoso, arrogante, por isso não comunica e impede a autonomia.

Muitos educadores desconsideram os educandos como sujeitos em sala de aula, ao conduzir sua prática de maneira unilateral. O docente escolhe os conteúdos que considera pertinente, não os articula com os saberes prévios dos estudantes, não estimula a criatividade, a criticidade e a participação, enfim, partem apenas da sua perspectiva, desenvolvendo aulas monótonas e alienadoras. Portanto, o ensino deve ultrapassar a condição de mera reprodução de conteúdos sem significados para o educando, concepção ratificada por Freire, para quem o ensino:

não deve e não pode ser feito através de depositar informações para os alunos. Por isto repudio a 'pedagogia bancária e proponho e defendo uma pedagogia crítico-dialógica, uma pedagogia da pergunta. A escola pública que desejo é a escola onde tem lugar de destaque a apreensão crítica do conhecimento significativo através da relação- dialógica. É a escola que estimula o aluno a perguntar, a criticar, a criar; onde se propõe a construção do conhecimento coletivo, articulando o saber popular e o saber crítico, científico, mediados pelas experiências no mundo (FREIRE, 2001, p. 83).

A escola desejada por Freire e as DCN/ENF têm uma educação problematizadora, oposta à educação bancária, por isso não trata os estudantes como depósitos de conteúdos, busca promover caminhos para que o próprio estudante seja sujeito e construa sua autonomia, dessa forma, a contradição educador-educando, em que o docente era o sujeito e o estudante objeto passivo é superada.

Para Silva e Delizoicov (2008, p. 22), problematizar corresponde a uma dinâmica de articulação entre o estudante e o docente, entendida em duas dimensões:

- 1 - como busca de situações que envolvem a necessidade da emancipação do ser humano, as quais se tornariam os problemas a serem abordados no processo formativo, com a consequente contribuição que podem dar os conhecimentos da área de saúde;
- 2 – como procedimento mediador do diálogo entre conhecimento prévio do aluno e o conhecimento científico do professor em torno das situações eleitas como problemas.

Para o docente, a dimensão problematizadora começa pela identificação das condições materiais e relações sociais significativas que determinam gêneses distintas dos conhecimentos que serão dialogados e problematizados no processo através da investigação temática e nas etapas sucessivas de codificação-problematização-descodificação (FREIRE, 2004).

A problematização parte do pressuposto que o estudante sempre sabe algo sobre alguma coisa, ou seja, que ele traz consigo conhecimentos prévios que o permite interpretar e realizar uma primeira aproximação com o objeto do conhecimento, com o problema proposto, chamando o discente para a sua realidade concreta.

Compreender a Problematização como um processo de reflexão sobre os homens em suas relações com o mundo (FREIRE, 2004), na qual o conhecimento se constrói pelo diálogo constante entre o sujeito-educando-educador e sujeito-educador-educando, tendo como objeto desse diálogo sua interação com a realidade, constitui um passo fundamental para uma metodologia que se pretenda problematizadora; sob o risco de a própria metodologia representar mais um obstáculo para a aprendizagem, do que um instrumento de libertação (SILVA; DELIZOICOV, 2008).

A educação como prática de liberdade, ao contrário daquela que é prática da dominação, implica a negação do homem abstrato, isolado, solto, desligado do mundo, assim como a negação do mundo como uma realidade ausente dos homens (FREIRE, 2004).

Para Brandão (2005) ao imaginar uma educação libertadora, como ele a batizou, Freire pensou em um trabalho pedagógico com um profundo e largo sentido humano. Um ofício de

ensinar-e-aprender destinado a desenvolver em cada educando uma mente reflexiva, uma amorosa sensibilidade, um crítico senso ético e uma criativa vontade de presença e participação da pessoa educada na transformação de seu mundo.

As DCN/ENF orientam para o sentido de formar profissionais a partir de uma metodologia crítica e transformadora, portanto, as categorias trazidas se adequam a esse propósito, pois, Paulo Freire uniu de forma muito feliz a cognição e afetividade, reflexão e ação, opressão e liberdade.

3 A OPÇÃO METODOLÓGICA: CONSTRUINDO UM CAMINHO

Ninguém nasce feito, ninguém nasce marcado para ser isso ou aquilo. Pelo contrário, nos tornamos isso ou aquilo. Somos programados, mas, para aprender. A nossa inteligência se inventa e se promove no exercício social de

nosso corpo consciente. Se constrói. Não é um dado que, em nós, seja um a priori da nossa história individual e social (FREIRE, 2000, p. 104).

Neste capítulo estão apresentados os passos metodológicos necessários para atender ao objeto, com a apresentação do tipo de estudo escolhido e as técnicas e instrumentos que foram utilizados, buscando uma articulação com a experiência profissional, tendo em vista que a temática sugerida para este estudo emergiu da vivência e da problematização do cotidiano do trabalho docente em um curso de graduação em enfermagem.

3.1 TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa descritiva objetiva a descrição de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Segundo Malhotra (2001, p. 108), a pesquisa descritiva “tem como principal objetivo a descrição de algo”, um evento, um fenômeno ou um fato. Assim, a pesquisa descritiva pura tem natureza quantitativa, mas pode ser quantitativa e qualitativa ao mesmo tempo, se representar descrição de amostra não-probabilística.

Os métodos quantitativos e qualitativos apresentam diferentes estruturas, mas não podem ser considerados excludentes. Desse modo, eles se completam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo as dicotomias (MINAYO, 2007).

Para Victora, Knauth e Hassen (2000) é possível trabalhar de forma complementar com as duas abordagens, qualitativa e quantitativa, no sentido de que os resultados de uma questão colocados a partir de princípios teórico-metodológicos suscitem novas questões que só possam ser colocados dentro de princípios qualitativos ou vice-versa.

Neste estudo, a utilização dos aportes quantitativo e qualitativo deu-se pelo emprego do questionário e da entrevista semi-estruturada, como instrumentos de coleta de dados. Partindo do questionário retiramos a opinião dos discentes acerca do seu processo formativo e examinamos quantitativamente, e a partir das entrevistas realizadas com os docentes, extraímos os seus discursos e analisamos de forma qualitativa, também com relação a aspectos do processo de formação.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

No ano de 2001, na Bahia existiam seis instituições que ofereciam o curso de graduação em enfermagem, sendo quatro mantidas pelo governo estadual, uma pelo governo

federal e uma privada. Após contato com essas instituições para apresentação do projeto, apenas cinco instituições deram autorização para coleta de dados.

As cinco IES são universidades, todas com regime jurídico administrativo de direito público.

Por questões éticas os cursos não serão nomeados, faremos uma breve descrição dos pontos relevantes que servirão para localizar o leitor frente às peculiaridades de cada IES.

Quadro 1 Caracterização das IES que compuseram o cenário da pesquisa

| IES | Ano de implantação | C.H | Nº de vagas (por semestre) | Período de funcionamento | Tempo de Integralização |
|-----|--------------------|-------|----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1 | 1982 | 4.190 | 25 | Matutino e vespertino | 09 semestres |
| 2 | 1976 | 4.130 | 40 | Matutino e vespertino | 09 semestres |
| 3 | 1947 | 4.590 | 50 | Matutino | 10 semestres |
| 4 | 1988 | 4.460 | 25 | Matutino e vespertino | 09 semestres |
| 5 | 1987 | 3.825 | 30 | Matutino e vespertino | 08 semestres |

Fonte: Projeto Pedagógico dos cursos

Vale salientar que em decorrência dos ajustes realizados no currículo nos últimos anos, no momento da coleta, a IES 3 estava em processo de transição entre duas matrizes curriculares.

3.3 FONTES DA PESQUISA – POPULAÇÃO E AMOSTRA

As fontes do estudo foram docentes e discentes dos cursos de graduação em enfermagem das 05 IES referidas, e os seus respectivos PPC.

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão para os docentes e determinação da amostra

Adotamos como critérios de inclusão: serem enfermeiras, docentes da IES, terem ocupado a coordenação ou vice-coordenação dos cursos em qualquer período entre os anos de 2001 e 2011 e estarem em atividade no curso.

Como critério de exclusão: não possuírem graduação em enfermagem, não terem ocupado a coordenação ou vice-coordenação dos cursos em qualquer período entre os anos de 2001 e 2011, e não exercerem nenhuma atividade no curso.

A amostra foi intencional, já que era composta por docentes selecionados intencionalmente pelas pesquisadoras, por possuírem características que atendiam ao objetivo do estudo.

Teoricamente, ao ponderarmos que um coordenador ou vice-coordenador de curso tem o mandato com duração de 2 anos, teríamos um total de 10 docentes por escola, totalizando 50 docentes.

Considerando o número de mandatos exercido por cada docente (Tabela 3), totalizamos 32, como possíveis fontes. Desse total, 03 encontravam-se afastadas para pós-graduação (incluindo a autora deste estudo), 02 havia sido transferidas para outra IES, 01 havia se desligado do curso, 03 encontravam-se aposentadas, 01 não demonstrou interesse em participar, e 03 embora num primeiro momento tenham se disposto a participar, não conseguimos agendar um horário para o encontro, ficando a pesquisa com 19 entrevistados.

Os docentes que aceitaram participar do estudo assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

3.3.2 Critérios de inclusão e exclusão para os discentes e determinação da amostra

Quanto aos discentes, optamos por incluir todos os estudantes que estivessem cursando os dois últimos semestres dos cursos, considerando que esses discentes já haviam passado por todos os componentes curriculares teóricos e práticos e se encontrariam cursando apenas Estágio Curricular Supervisionado (ECS), podendo assim, melhor avaliar o decorrer do seu processo formativo.

O critério de exclusão foi não estar cursando Estágio Curricular Supervisionado (ECS).

Calculamos uma amostra aleatória simples sem reposição, teve por objetivo estimar a proporção de estudantes de graduação em enfermagem matriculados nas disciplinas ECS I e ECS II das 5 Instituições de Ensino Superior, durante o 1º semestre de 2011. Adotamos a proporção de discentes nas disciplinas desconhecida ($p=0,50$), admitimos um erro amostral de 3% ($d=0,03$), sob o nível de confiança de 95%, o total de indivíduos na população 217 (estimado com base no número de discentes matriculados no semestre 2011.1). O n

encontrado foi 180, alocamos proporcionalmente ao número de discentes matriculados no semestre. Ao valor encontrado, acrescentamos 10% para perdas eventuais (n=18) (Tabelas 2).

O uso da reposição foi recomendado nas situações em que o aluno não estava presente em sala de aula ou em caso de substituição de questionários com preenchimento incorreto ou sem informação, contabilizamos as recusas como parte da amostra.

A inclusão dos discentes no estudo deu-se através de abordagem em sala de aula, e não houve recusas por parte dos discentes convidados. Todos que aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE.

Tabela 1 - Distribuição dos discentes matriculados nas disciplinas Estágio I e II nos cursos de graduação em enfermagem. Bahia, 2011.

| População de Referência | | | | | |
|--------------------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|--------------|
| IES | Estágio I | <i>Fi</i> | Estágio II | <i>Fi</i> | Total |
| 1 | 24 | 0,11 | 22 | 0,10 | 46 |
| 2 | 21 | 0,10 | 34 | 0,16 | 55 |
| 3 | 8 | 0,04 | 15 | 0,07 | 23 |
| 4 | 20 | 0,09 | 35 | 0,16 | 55 |
| 5 | 0 | 0,00 | 38 | 0,18 | 38 |
| Total | 73 | 0,34 | 144 | 0,66 | 217 |

Fonte: Colegiados dos cursos de graduação em enfermagem.

Tabela 2 - Distribuição dos discentes da amostra nas disciplinas Estágio I e II. Bahia, 2011.

| Amostra | | | | | |
|----------------|------------------|---------------|-------------------|---------------|--------------|
| IES | Estágio I | Perdas | Estágio II | Perdas | Total |
| 1 | 20 | 2 | 18 | 2 | 38 |
| 2 | 17 | 2 | 28 | 3 | 46 |
| 3 | 7 | 1 | 12 | 1 | 19 |
| 4 | 17 | 1 | 29 | 3 | 46 |
| 5 | 0 | 0 | 32 | 3 | 32 |
| Total | 61 | 5 | 120 | 11 | 180 |

Fonte: Dados da pesquisa. Bahia, 2013.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Técnicas e Instrumentos de investigação

A partir de uma análise das diferentes técnicas de investigação, de uma avaliação das suas vantagens e limitações e da compreensão de seu uso em situações diversas optamos pela utilização, neste estudo, da entrevista, do questionário, e da análise documental, corroborando com Bauer, Gaskell e Allum (2008, p.18) quando lecionam que “uma cobertura adequada dos acontecimentos sociais exige muitos métodos e dados, um pluralismo metodológico se origina como uma necessidade metodológica”.

3.4.1.1 A Entrevista

A entrevista é uma das técnicas mais usadas no processo de trabalho de campo, em estudos qualitativos.

Optamos, então, pelo uso da entrevista semi-estruturada em função de oferecer todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, e o entrevistado tem a possibilidade de discorrer acerca do tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Na entrevista, buscamos identificar as mudanças ocorridas no processo de formação em enfermagem a partir das diretrizes, na visão dos coordenadores de curso, enfatizando os elementos que fundamentam as DCN/ENF como: integração entre conteúdos/disciplinas; articulação teoria/prática; presença de práticas interdisciplinares e transversais; flexibilidade dos currículos; consideração dos estudantes como sujeitos ativos e dos docentes como facilitadores do processo ensino-aprendizagem; diversificação dos cenários de aprendizagem; a integração entre ensino, pesquisa e extensão; o uso de metodologias ativas; educação orientada para problemas relevantes da sociedade; currículo fundamentado no humanismo; avaliação formativa e terminalidade dos cursos, além de aspectos como presença e valoração de estágios e atividades complementares; organização do curso; presença de estratégias de acompanhamento e avaliação.

Além disso, buscamos descrever os avanços e dificuldades encontrados pelas escolas no processo de incorporação desses fundamentos, apontando assim as perspectivas do processo de formação das enfermeiras no Estado da Bahia, após dez anos de implantação das DCN/ENF (APENDICE E).

3.4.1.2 O Questionário

Utilizamos neste estudo um questionário fechado (APÊNDICE D); tomamos como base para a sua construção as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem e os Instrumentos de Avaliação de Cursos de graduação utilizados pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior –SINAES.

Na construção do questionário procuramos identificar aspectos semelhantes aos abordados na entrevista com os docentes como: integração entre conteúdos/disciplinas; articulação teoria/prática; presença de práticas interdisciplinares e transversais; flexibilidade dos currículos; consideração dos estudantes como sujeitos ativos e dos docentes como facilitadores do processo ensino-aprendizagem; diversificação dos cenários de aprendizagem; a integração entre ensino, pesquisa e extensão; o uso de metodologias ativas; educação orientada para problemas relevantes da sociedade; currículo fundamentado no humanismo; avaliação formativa e terminalidade dos cursos, além de aspectos como presença e valoração de estágios e atividades complementares; organização do curso; presença de estratégias de acompanhamento e avaliação.

As questões foram estrategicamente detalhadas em afirmações que quando analisadas pelos discentes possibilitaram mensurar, sob a sua ótica, se o seu processo formativo tem se embasado nessas diretrizes. Para tanto, padronizamos o questionário em escala intervalar do tipo Likert de 5 pontos, que consiste em categorizar afirmações declaratórias que expressam o ponto de vista sobre um assunto através das opções Discordo pouco (DP), Discordo totalmente (DT), Nem discordo nem concordo (NDNC), Concordo pouco (CP) e Concordo totalmente (CT). Os discentes indicaram o grau de concordância com a opinião expressa pela afirmação.

3.4.1.3 A Análise documental

A análise documental é uma técnica para coleta de dados que deve ser apreciada e valorizada em função da riqueza de informações que deles podemos extrair. O seu uso possibilita ampliar o entendimento de fenômenos cuja compreensão necessita de contextualização jurídica, histórica e sociocultural.

O uso de documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

Os cinco Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem que compõem o cenário da pesquisa, em vigor na IES, no momento da coleta de dados constituíram as fontes documentais que alimentaram este estudo.

Para Vasconcellos (2005, p. 169), o PPC “pode ser entendido como a sistematização, nunca definida, de um processo de Planejamento Participativo, que se aperfeiçoa e se concretiza na caminhada, que define claramente o tipo de ação educativa que se quer realizar”.

A afirmação do autor traz a ideia de movimento, que se permite uma constante incorporação ou retirada de novas estratégias, metodologias, cenários, referências dentre outros elementos ao PPC, ao longo do processo de formação. Ressalta que esse movimento será participativo, ou seja, o PPC não deve ser um documento escrito pela coordenação do curso ou encomendado a consultores especializados, trata-se de um documento cuja construção requer constante participação de todos os envolvidos no ato educativo.

Nesse sentido, buscamos com a Análise documental identificar as bases teóricas e metodológicas que fundamentam o PPC e direcionam a operacionalização da formação profissional do enfermeiro em cada instituição de ensino, analisando se os elementos que se encontram postos no documento correspondem ao proposto pelas DCN/ENF.

Ademais, a análise do PPC também nos permitiu um confronto com os resultados extraídos dos questionários respondidos pelos discentes, bem como com as falas provenientes das entrevistas com os docentes, no intuito de confrontar se o que é percebido e vivenciado por esses atores acerca do seu processo formativo encontram-se ou não explícitos neste documento.

O uso dessas três diferentes técnicas possibilitou alcançar os objetivos propostos para o estudo tendo em vista que eles trouxeram informações operacionais e de estruturação acerca do curso, através da análise documental, assim como informações processuais e de percepção, por meio dos docentes e discentes sobre o seu processo de formação em consonância com as DCN/ENF.

3.4.2 Operacionalização da coleta de dados

Considerando que inicialmente tínhamos como cenário para a coleta de dados as IES do estado da Bahia que ofereciam curso de graduação em enfermagem no ano de 2001, e que para encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, já

teríamos que ter a concordância dessas escolas, foi necessário um contato inicial com essas instituições a fim de que as mesmas se posicionassem com relação à realização do estudo.

Por meio de contato telefônico, agendamos um encontro com os responsáveis pelo curso, que diferiu de escola para escola. Em quatro escolas esse contato deu-se com o Diretor do Departamento onde o curso é alocado, em uma escola o contato realizou-se com a coordenadora do curso e na última IES contactamos com a Diretora da escola.

Nesses encontros, apresentamos o estudo fazendo um destaque para os objetivos e a metodologia planejada e deixamos um exemplar do projeto com os responsáveis. Cerca de quinze dias após esse primeiro contato, voltamos às IES para obtermos a resposta de aceite ou não de participação e recebemos a Carta de Anuência de cinco das seis IES consultadas. Apenas uma instituição, de modo informal, não concordou em participar do estudo.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP enviamos às escolas o parecer dessa aprovação e prontamente nos foi autorizada a entrada em campo. Como as cinco escolas estão localizadas em quatro cidades diferentes, decidimos por fazer um campo por vez, nos instalando na cidade pelo tempo necessário para finalização do processo.

As escolas nos forneceram a relação dos docentes que haviam sido coordenadores e vice-coordenadores do curso de enfermagem de 2001 até o momento da coleta de dados, o número de discentes matriculados e os horários de aula de Estágio Curricular Supervisionado, dos dois últimos semestres do curso e os nomes dos coordenadores desses estágios, com telefones e e-mails para contato.

De posse dessas informações entramos em contato com os docentes e conseguimos agendar o local, dia e hora adequados para a realização das entrevistas e aplicação dos questionários com os discentes.

Vale ressaltar que nos deparamos com algumas dificuldades na realização dessa etapa do estudo. Com os docentes, destacamos o contratempo no agendamento do encontro em função da ausência de datas disponíveis dada pela sobrecarga de atividades. Com os discentes, o obstáculo se deu basicamente porque nos dois últimos semestres do curso, só há aulas teóricas em sala de aula bem no início do semestre e no período em que ocorreu a coleta, os discentes só estavam indo à IES para reuniões e processos de avaliação do estágio. Nessa senda, o contato com os docentes e coordenadores do ECS foi primordial para intermediação desse encontro.

As entrevistas foram gravadas por meio de aparelho digital, cada uma com duração média de 32 minutos, totalizando cerca de 10 horas de gravação. A maioria das entrevistas realizou-se na própria IES, exceto três que ocorreram no domicílio das entrevistadas e duas

que se efetivaram no campo de estágio onde as docentes acompanhavam discentes. Optamos por ir ao encontro da entrevistada a fim de agilizar o processo de coleta, já que o mesmo deu-se em cidades diferentes.

As discentes responderam os questionários, aproveitando os momentos em que estavam em atividades do ECS nas dependências da IES. A coleta de dados em todas as IES se estendeu por quatro meses, compreendendo o período de fevereiro a junho de 2012 e contou com a colaboração e a disponibilidade dos participantes selecionados para a realização das entrevistas e aplicação dos questionários.

3.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis relacionadas aos discentes foram agrupadas em dados sociodemográficos, da vida acadêmica e percepção com relação ao seu perfil profissional e a estruturação curricular do curso, conforme apresentado a seguir:

3.5.1 Variáveis sociodemográficas e da vida acadêmica

- a) Idade: computada em anos completos
- b) Sexo: feminino ou masculino
- c) Ano de Ingresso: ano que iniciou o curso
- d) Semestre: semestre que está cursando no momento

3.5.2 Variáveis relacionadas à percepção quanto ao seu perfil profissional

3.5.2.1 Considerando o alcance da competência geral “Atenção à saúde” no seu processo formativo:

- a) Profissional com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo;
- b) Profissional capaz de intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional;
- c) Profissional capaz de identificar as dimensões biopsicossociais dos determinantes do processo saúde/doença;
- d) Profissional capaz de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a ética e a cidadania.

3.5.2.2 Considerando o alcance da competência geral “Tomada de decisões” no seu processo formativo:

- a) Profissional capaz de tomar decisões com base em evidências científicas e princípios éticos.

3.5.2.3 *Considerando o alcance da competência geral “Comunicação” no seu processo formativo:*

- a) Profissional acessível e capaz de manter a confidencialidade das informações a ele confiadas;
- b) Profissional com domínio das tecnologias de comunicação e informática;
- c) Profissional com domínio de pelo menos uma língua estrangeira.

3.5.2.4 *Considerando o alcance das competências gerais “Liderança” e “Administração e Gerenciamento” no seu processo formativo:*

- a) Profissional apto a ser gestor, empreendedor, empregador ou liderança na equipe de saúde;
- b) Profissional compreende os princípios e diretrizes do SUS e sabe como aplicá-los na sua prática profissional;
- c) Profissional capaz de compreender as relações de trabalho e sua influência na saúde.

3.5.2.5 *Considerando o alcance da competência geral “Educação permanente” no seu processo formativo:*

- a) Profissional compreende o sentido e a necessidade da Educação Permanente.

3.5.3 Variáveis relacionadas à percepção quanto à estruturação curricular

- a) Utiliza metodologia problematizadora comprometida com o desenvolvimento do espírito científico e com a formação de sujeitos autônomos e cidadãos;
- b) Estimula e valoriza a criticidade e a criatividade do estudante;
- c) Apresenta um fluxograma de distribuição de disciplinas flexível;
- d) Possui uma boa distribuição de carga horária entre as disciplinas;
- e) Os conteúdos curriculares são relevantes, atualizados e coerentes com o perfil do egresso e os objetivos do curso;

- f) Estimula e apoia os discentes para a realização de atividades complementares;
- g) Os locais utilizados para realização de atividades práticas e dos ECS são adequados;
- h) Oferece disciplinas optativas com temas pertinentes e complementares ao curso;
- i) Há previsão de Trabalho de Conclusão de Curso com conteúdo fixado e regulamentação contendo critérios, procedimentos, mecanismos de avaliação e diretrizes técnicas relacionadas à sua elaboração;
- j) O estágio curricular é programado de forma conjunta entre universidade e serviço de saúde;
- k) A supervisão do ECS é realizada de forma apropriada;
- l) Desenvolve ações de avaliação do processo ensino-aprendizagem, de modo formativo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

3.6.1 Das entrevistas

A análise das entrevistas se deu através da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, entendida como:

[...] um conjunto de técnicas [...] visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens” (BARDIN, 2004, p. 42).

A técnica de análise de conteúdo é um instrumento de análise interpretativa, cuja finalidade é explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem, bem como o significado do mesmo, por meio de deduções lógicas e justificadas. Deduções essas que podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica ou econômica, tendo como referência a análise de sua gênese, do contexto em que essa mensagem se processou e/ou dos efeitos da mesma. Assim, tudo que é dito ou escrito está suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. E tudo que é submetido a uma análise de conteúdo é fundamentado em princípios filosóficos que edificam o modo de pensar do pesquisador. Esses princípios ajudam o pesquisador a controlar sua própria subjetividade, visando uma maior “sistematização, objetividade e generalização dos dados obtidos” (OLIVEIRA *et al*, 2003).

Para Bardin (2004), o método de análise de conteúdo não deve ser considerado como um instrumento, mas como um leque de possibilidades marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto, que são as comunicações.

A análise categorial é o tipo de análise mais antiga e na prática a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. Esse tipo de classificação é chamado de análise categorial (BARDIN, 2004).

A análise categorial desenvolveu-se em três etapas, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação. Na pré-análise, realizamos uma leitura flutuante do material pesquisado, direcionando-o para os objetivos propostos neste estudo, no sentido de constituir um corpus que represente a organização do material coletado.

Na fase de exploração do material, buscamos codificar o núcleo de compreensão do mesmo, agregando dados e informações, assim como selecionando as categorias teóricas ou empíricas que norteiam a especificação do tema. Realizamos um recorte de texto e separação das unidades de análise compatíveis de categorização, ou seja, o agrupamento das unidades de conteúdo comuns, de modo que possa construir categorias de acordo com o roteiro pré-estabelecido, sendo que cada categoria poderá ser dividida em subcategorias, visando a uma forma de apresentação e análise mais congruente com o objetivo proposto.

Finalmente, na última etapa, procuramos apresentar inferências e realizar interpretações fundamentadas no quadro teórico delineado neste estudo.

As entrevistas foram analisadas conjuntamente não havendo separação por IES. Identificamos os entrevistados pela letra “E” seguido de numeração sequencial, de 1 a 19.

3.6.2 Dos Questionários

Revisamos os questionários quanto à qualidade da coleta e digitados em uma planilha eletrônica Excel e, após a digitação, exportamos para o software estatístico STATA v.12 para tratamento e geração dos resultados.

A análise dos dados consistiu na descrição das características de interesse do estudo, mediante uso de distribuição de frequências bivariadas, medidas descritivas e de dispersão (médias e desvio padrão). Verificamos as questões escalares do tipo Likert quanto à consistência interna das respostas mediante uso do Coeficiente Alfa de Cronbach. Esse coeficiente mensura o grau de correlação das respostas entre os itens de uma escala do tipo

Likert, seus valores variam de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 mais forte e consistente é a correlação entre as respostas. Adotamos como parâmetro para avaliar a força da correlação entre as respostas a classificação sugerida por Steiner e Norman (2003): valores entre 0,70 a 0,90, boa consistência interna; abaixo de 0,70, fraca consistência interna; e acima de 0,90, alta concordância.

No **Quadro 2**, apresentamos os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach referente às questões da formação do perfil profissional. O alfa global (com todos os itens) foi 0,7692 indicando uma boa consistência interna das respostas, o alfa com a retirada do item manteve-se acima de 0,70 e variou de 0,7386 a 0,7685.

No **Quadro 3**, mostramos os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach concernente às questões da estruturação curricular. O alfa global foi 0,8728 indicando boa consistência entre as respostas, com a retirada do item manteve-se acima de 0,80 com pequenas variações de 0,8622 a 0,8693.

Quadro 2 - Distribuição dos valores do Coeficiente Alfa de Cronbach das respostas ao questionário aplicado aos discentes segundo item excluído

| Item | Questões relativas à formação do perfil profissional | Alfa de Cronbach obtido com a exclusão do item |
|------|--|--|
| 1.1 | Profissional com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo | 0,7573 |
| 1.2 | Profissional capaz de intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional | 0,7588 |
| 1.3 | Profissional capaz de identificar as dimensões biopsicossociais dos determinantes do processo saúde/doença/cuidado. | 0,7488 |
| 1.4 | Profissional capaz de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. | 0,7429 |
| 1.5 | Profissional compreende os princípios e diretrizes do SUS e sabe como aplicá-los na sua prática profissional | 0,7559 |
| 1.6 | Profissional capaz de compreender as relações de trabalho e sua influência na saúde | 0,7386 |
| 1.7 | Profissional capaz de tomar decisões com base em evidências científicas | 0,7550 |
| 1.8 | Profissional acessível e capaz de manter a confidencialidade das informações a ele confiadas | 0,7438 |
| 1.9 | Profissional com domínio das tecnologias de comunicação e informática | 0,7613 |
| 1.10 | Profissional com domínio de pelo menos uma língua estrangeira | 0,7605 |

| | | |
|--------------------------------|--|---------------|
| 1.11 | Profissional apto a ser gestor, empreendedor, empregador ou liderança na equipe de saúde | 0,7685 |
| 1.12 | Profissional compreende o sentido e a necessidade da Educação Permanente | 0,7582 |
| Alfa de Cronbach global | | 0,7692 |

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 3 - Distribuição dos valores do Coeficiente Alfa de Cronbach do questionário aplicado aos discentes segundo item excluído

| Item | Questões relativas à estruturação do curso | Alfa de Cronbach obtido com a exclusão do item |
|--------------------------------|---|---|
| 2.1 | Utiliza metodologia problematizadora comprometida com o desenvolvimento do espírito científico e com a formação de sujeitos autônomos e cidadãos | 0,8661 |
| 2.2 | Estimula e valoriza a criticidade e a criatividade do estudante | 0,8637 |
| 2.3 | Apresenta um fluxograma de distribuição de disciplinas flexível | 0,8649 |
| 2.4 | Possui uma boa distribuição de carga horária | 0,8672 |
| 2.5 | Os conteúdos curriculares são relevantes, atualizados e coerentes com os objetivos do curso e com o perfil do egresso. | 0,8664 |
| 2.6 | Estimula os discentes para a realização de atividades acadêmicas e eventos complementares | 0,8641 |
| 2.7 | Os locais utilizados para realização de práticas e estágios são adequados e a supervisão é realizada de forma adequada | 0,8665 |
| 2.8 | Oferece disciplinas optativas com temas pertinentes e complementares ao curso. | 0,8652 |
| 2.9 | Há previsão de Trabalho de Conclusão de Curso, com conteúdo fixado e regulamentação contendo critérios, procedimentos, mecanismos de avaliação e diretrizes técnicas relacionadas à sua elaboração. | 0,8700 |
| 2.10 | O estágio curricular é programado de forma conjunta entre universidade e serviço de saúde. | 0,8706 |
| 2.11 | A supervisão do ECS é realizada de forma apropriada. | 0,8702 |
| 2.19 | Desenvolve ações de avaliação do processo ensino-aprendizagem, de modo formativo. | 0,8629 |
| Alfa de Cronbach global | | 0,8728 |

Fonte: Dados da pesquisa

Para fins de análise, estabelecemos uma escala na qual foram classificadas as respostas de acordo com o percentual de concordância total emitido pelos discentes. Consideramos como baixo os percentuais inferiores a 40%, definimos valores aceitáveis aqueles entre 41 a 79%, e valores bons os superiores a 80% de concordância. Ao estabelecermos essa escala

ponderamos dois aspectos, o primeiro, que estamos lidando com a formação de profissionais de saúde com toda a complexidade que a profissão exige e, portanto, precisamos de rigorosidade nesse processo; e a segunda, o tempo de publicação das DCN/ENF, depois de dez anos acreditamos já termos tempo suficiente para incorporação de inovações na formação.

3.6.3 Dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC)

Os PPC passaram por uma análise qualitativa. Buscamos identificar no PPC o perfil do formando egresso/profissional; as competências e habilidades necessárias à enfermeira descritas no PPC; os conteúdos curriculares descritos, por disciplinas; o fluxograma dos cursos, considerando os pré-requisitos, o equilíbrio entre as áreas do conhecimento e a carga horária dos estágios; a diversificação dos cenários de práticas; articulação entre a formação e o serviço; desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão; a presença e valorização das atividades complementares; as formas de avaliação didático-pedagógica utilizadas nos cursos.

A análise dos PPC baseou-se na noção de *crítica histórica* descrita por Saint-Georges (1997) como um processo de análise na qual se pretende examinar metodicamente os documentos para se esforçar por determinar o seu alcance real e tentar medir o grau de confiança que possa lhes ser concedido, tanto no que são como no que dizem.

Esse processo se deu em três fases sucessivas e complementares. Na primeira realizamos a crítica interna do documento, com o qual efetuamos uma leitura atenta do texto, procurando interpretá-lo. Em seguida, passamos à crítica externa ou crítica da testemunha, em que examinamos não mais a mensagem, o texto, mas os aspectos materiais do documento com o preenchimento de uma ficha de caracterização de cada IES contendo informações relevantes ao estudo e por fim passamos a crítica do testemunho, que buscamos confirmar a informação, confrontar o testemunho examinado com outros testemunhos independentes do primeiro, como as respostas dos questionários e as unidades de registro das entrevistas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob o Número 167/2011, sendo a pesquisa iniciada após a aprovação pelo Comitê.

Este estudo foi conduzido levando-se em consideração os princípios éticos básicos para as pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução 196/96, do Conselho

Nacional de Saúde e posteriormente adaptado a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde: o respeito à pessoa, o comprometimento com o máximo de benefício individual e coletivo, a garantia de que danos previsíveis seriam evitados, bem como a igual consideração dos interesses dos envolvidos, assegurando sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 1996; BRASIL, 2012).

Nesse inteiro, este estudo não trouxe riscos para a integridade física ou moral das entrevistadas. Todos os dados obtidos foram guardados e manipulados em sigilo. As pesquisadoras assumem o compromisso de não disponibilizar esses dados para terceiros. Considerando que estes poderão vir a ser usados comparativamente a outros estudos que possam surgir, permitindo um registro das mudanças no processo de formação da enfermeira ao longo da história, os questionários ficarão em posse do grupo de pesquisa ao qual este estudo está vinculado. Após um período de pelo menos 05 anos, o grupo decidirá entre continuar mantendo a sua guarda ou destruí-los.

Este estudo não trouxe constrangimentos às entrevistadas que tiveram o direito de aceitar participar ou não, e tendo aceitado puderam desistir e retirar o seu consentimento em qualquer fase da mesma, sem prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição, nem qualquer tipo de represália.

Os resultados obtidos, além de estarem divulgados na tese, serão publicados em artigos e eventos científicos, porém a identificação das entrevistadas não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

A coleta e análise dos dados foram realizadas pela própria pesquisadora, que não obteve remuneração para a participação neste trabalho, bem como as entrevistadas não tiveram nenhum benefício financeiro pela colaboração.

Atendendo ao que dispõe a referida Resolução, elaborou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A e B), e o Termo de autorização de uso de depoimentos (APÊNDICE C), assegurando a confidencialidade, a privacidade e a preservação da imagem das participantes, assim como a solicitação de autorização para utilização dos dados para ensino e pesquisa. As possíveis entrevistadas leram o termo e o assinaram, sem qualquer tipo de coação, protegendo sua liberdade de escolha.

O TCLE e o Termo de autorização de uso de depoimentos constaram de duas vias idênticas que foram assinadas pela informante e pela pesquisadora principal, sendo que cada um ficou de posse de uma via. No Termo consta o telefone, o endereço e o correio eletrônico da pesquisadora principal, podendo ser utilizados para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, em qualquer momento da pesquisa.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Aliás, não tenho nem quero seguidores! Quero recriadores curiosos sobre o que criei, com minha curiosidade epistemológica (FREIRE, 2000, p. 17).

Este capítulo apresenta inicialmente uma análise descritiva dos participantes da pesquisa, que são 19 docentes/coordenadores de cursos de enfermagem de cinco IES públicas do estado da Bahia e 193 discentes dos respectivos cursos.

Em seguida serão apresentadas as categorias analíticas com algumas unidades de registro (UR) obtidos das entrevistas com os docentes, que permitem melhor acompanhar o sentido dessas categorias. Dentro de cada categoria faremos um paralelo com os resultados obtidos através dos questionários e pela análise dos PPC.

É importante esclarecer que a apresentação dos resultados provenientes desses três grupos de informantes não será uma obrigatoriedade nas categorias tendo em vista que em alguns momentos as entrevistas dos docentes geraram categorias que não estavam contemplados nos questionários ou mesmo no PPC.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES DA PESQUISA

4.1.1 Perfil docente

Participaram do estudo 19 docentes, sendo que apenas 1 (5%) era do sexo masculino e 18 (95%) do sexo feminino, o que não surpreende, uma vez que o sexo feminino é historicamente predominante na profissão da enfermagem, embora o número de profissionais do sexo masculino venha aumentando.

Quanto ao tempo de conclusão do curso de graduação, observamos uma variação entre 13 a 36 anos, sendo que apenas 1 (5,3%) informante o tempo de formação foi inferior a 15 anos, entre 15 e 25 anos temos 12 (63,2%) entrevistados e 6 (31,6%) com 25 anos e mais. Isso nos leva a concluir que a maioria dos docentes que ocupam o cargo de coordenador ou vice-coordenador de curso tem mais de 15 anos de formado, o mesmo ocorre quanto ao tempo de docência, cerca de 84% dos entrevistados exercem a profissão há mais de 15 anos (Tabela 1).

Essa informação é relevante à medida que entendemos que a experiência docente do coordenador de curso não é apenas desejável, mas sim necessária. É pelo acúmulo dessa experiência que ele saberá lidar com as questões que dizem respeito à relação discente/docente, docente/docente, currículo, que são melhor percebidas no dia a dia em sala de aula. Acreditamos que o coordenador que já esteve ou está na linha de frente, tem melhor desenvoltura com as dificuldades enfrentadas.

Com referência à titulação, constatamos que 6 (31,5%) são doutoras, 12 (63,2%) são mestres e apenas 1 (5,3%) informante é especialista. Embora não haja uma obrigatoriedade de titulação, disposto em nenhuma legislação, o Ministério da Educação, através do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- INEP, ao realizar as avaliações in loco pelas comissões de especialistas, utiliza um instrumento de avaliação que consta uma escala valorativa que vai da nota “5” para os cursos cujo coordenador possua graduação na área do curso e doutorado na área até a nota “1” para os cursos cujo coordenador não possui graduação na área do curso (BRASIL, 2010a). Nessa conjuntura, fica clara a importância atribuída pelos órgãos de avaliação à presença de coordenadores de curso com formação obtida através de curso de pós-graduação *stricto sensu*.

Não obstante, ser mestre ou doutor é importante na medida em que o Coordenador de Curso irá liderar com docentes portadores desses títulos. Liderar mestres e doutores sem a equivalente qualificação não é tarefa fácil, para não dizer embaraçosa. Mestres e doutores dificilmente aceitariam a liderança de um colega que não tenha, no mínimo o grau de Mestre e não conheça a metodologia de pesquisa científica.

Sobre a dedicação do Coordenador às atividades do curso, constatamos que apenas 3 (15,8%) tinham seu regime de trabalho de 40 horas semanais, sendo a grande maioria (84,2%) docentes com regime de trabalho sob Dedicção Exclusiva – DE, ou seja docentes que possuíam apenas aquele vínculo empregatício e dedicavam 20h semanais apenas à coordenação.

No mesmo instrumento utilizado pelo INEP na avaliação, para analisar a titulação consta a nota “5” para o curso cujo regime de trabalho previsto para o seu coordenador for de tempo parcial ou integral, respeitado o patamar mínimo de dez (10) horas semanais (BRASIL, 2010a). Nessa seara, todos os cursos envolvidos neste estudo teriam a nota máxima nesse item de avaliação do INEP.

Ademais, se considerarmos que ainda é recomendável que o coordenador também ministre pelo menos uma disciplina para seus discentes pode-se afirmar com segurança que sua carga horária deve ser mesmo de 40 horas semanais e preferencialmente com DE.

Quanto ao número de vezes que o informante ocupou o cargo de coordenador de curso, constatamos que 10 (52,6%) dos entrevistados foram coordenadores por apenas um mandato, 8 (42,1%) entrevistados ocuparam a coordenação do curso por duas vezes e apenas 1 (5,3%) informante exerceu a função por três vezes, assim sendo, a maioria dos entrevistados assumiu a coordenação apenas uma vez.

Nossa experiência nos faz afirmar que uma das causas para a ocupação do cargo de coordenador por apenas um mandato, se dá em função do pouco prestígio que a própria IES dá ao cargo. O valor da remuneração é baixo, não existe o cargo de vice-coordenador, o que gera uma sobrecarga de trabalho, além da falta de apoio na operacionalização de atividades relevantes para a sustentação do curso, como consultorias externas, participação em eventos especializados ou mesmo a contratação de profissionais para atividades de educação permanente entre os docentes.

Tabela 3 - Características dos docentes dos cursos de graduação em enfermagem por instituição (n=19). Bahia, 2013.

| Característica | Instituição de Ensino Superior (IES) | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------|---------------|----------------|------------|
| | 1 n (%) | 2 n (%) | 3 n (%) | 4 n (%) | 5 n (%) |
| Sexo | | | | | |
| Feminino | 6 (100,0) | 3 (100,0) | 3 (100,0) | 2 (100,0) | 4 (80,0) |
| Masculino | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (20,0) |
| Titulação | | | | | |
| Especialista | 1 (16,7) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Mestre | 5 (83,3) | 3 (100,0) | 0 (0,0) | 1 (50,0) | 3 (60,0) |
| Doutor | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 3 (100,0) | 1 (50,0) | 2 (40,0) |
| Tempo de formação (em anos) | | | | | |
| < 15 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| 15 a 20 | 1 (16,7) | 0 (0,0) | 1 (33,3) | 1 (20,0) | 1 (50,0) |
| 21 a 25 | 5 (83,3) | 2 (66,7) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (20,0) |
| 26 a 30 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 1 (20,0) |
| 31 e mais | 0 (0,0) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 1 (50,0) | 2 (40,0) |
| Tempo médio de formação (dp) | 21,3 (2,7) | 28,0 (6,9) | 19,3 (7,8) | 24,0 (11,3) | 27,6 (6,5) |
| Tempo de docência (em anos) | | | | | |
| < 10 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| 10 a 15 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (50,0) | 1 (20,0) |
| 16 a 20 | 4 (66,7) | 0 (0,0) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 2 (40,0) |
| 21 a 25 | 2 (33,3) | 2 (66,7) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 2 (40,0) |
| 26 e mais | 0 (0,0) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 1 (50,0) | 0 (0,0) |
| Tempo médio de docência (dp) | 19,0 (2,4) | 27,0 (6,9) | 15,3 (7,0) | 22,0 (11,3) | 19,4 (3,2) |
| Regime de Trabalho | | | | | |
| 40 Horas | 1 (16,7) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (50,0) | 1 (20,0) |
| Dedicção Exclusiva (DE) | 5 (83,3) | 3 (100,0) | 3 (100,0) | 1 (50,0) | 4 (80,0) |
| Número de mandatos | | | | | |
| 1 | 3 (50,0) | 0 (0,0) | 2 (66,7) | 2 (100,0) | 3 (60,0) |
| 2 | 2 (33,3) | 3 (100,0) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 2 (40,0) |
| 3 | 1 (16,7) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |

Fonte: Dados da pesquisa. Bahia, 2013.

4.1.2 Perfil discente

O estudo contou com a participação de 193 discentes, sendo que 83,9% era sexo feminino e 17,1% do sexo masculino. Todas as escolas envolvidas na pesquisa possuem mais estudantes do sexo feminino, o que reflete a realidade nacional da participação da mulher na categoria.

Quanto à distribuição etária, observamos que em todas as IES, o predomínio de discentes com idade entre 20 a 24 anos.

A média de idade dos participantes foi aproximadamente 24,5 anos ($dp=3,5$), o que se encontra dentro do esperado já que o curso tem em média 5 anos de duração e os entrevistados encontram-se no último ano do curso, ou seja iniciaram a graduação logo que finalizaram o ensino médio.

Quanto ao ano de ingresso, identificamos que a grande maioria dos entrevistados, cerca de 82% ingressou na IES entre os anos de 2007 a 2008. Essa é uma informação relevante à medida que nos garante uma amostra homogênea composta por um grupo de discentes que se encontram nivelados, podendo integralizar o curso dentro do período pré-determinado pela IES, de 9 ou 10 semestres letivos.

Tabela 4 - Características sociodemográficas e de ingresso dos estudantes de graduação em enfermagem por Instituição. Bahia, 2013.

| Característica | Instituição de Ensino Superior (IES) | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 1 n (%) | 2 n (%) | 3 n (%) | 4 n (%) | 5 n (%) |
| Sexo | | | | | |
| Feminino | 35 (77,8) | 16 (80,0) | 47 (81,0) | 48 (96,0) | 14 (70,0) |
| Masculino | 10 (22,2) | 4 (20,0) | 11(19,0) | 2 (4,0) | 6 (30,0) |
| Grupo etário (em anos) | | | | | |
| 20 a 24 | 29 (64,4) | 11 (55,0) | 34 (58,6) | 35 (70,0) | 18 (90,0) |
| 25 a 29 | 14 (31,1) | 7 (35,0) | 22 (37,9) | 13 (26,0) | 0 (0,0) |
| 30 e mais | 2 (4,5) | 2 (10,0) | 2 (3,5) | 2 (4,0) | 2 (10,0) |
| Média de idade (dp) | 24,4 (2,4) | 26,1 (4,9) | 24,8 (4,1) | 23,9 (2,7) | 24,0 (3,4) |
| Ano de Ingresso | | | | | |
| 2004 | 0 (0,0) | 1 (5,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| 2005 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (2,0) | 0 (0,0) |
| 2006 | 3 (6,7) | 0 (0,0) | 5 (8,6) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| 2007 | 33 (73,3) | 11(55,0) | 41 (70,7) | 2 (4,0) | 0 (0,0) |
| 2008 | 9 (20,0) | 8 (40,0) | 12 (20,7) | 28 (56,0) | 14 (70,0) |
| 2009 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 19 (38,0) | 6 (30,0) |

| | | | | | |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Total | 45 (100,0) | 20 (100,0) | 58 (100,0) | 50 (100,0) | 20 (100,0) |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|

Fonte: Dados da pesquisa. Bahia, 2013.

Outro aspecto que gostaríamos de destacar dentre as características discentes é a evasão dos estudantes ao longo do curso.

Se considerarmos o número de vagas iniciais disponibilizadas por cada IES e o número de discentes que estão cursando o ECS, percebemos uma evasão média de 57% no ECS I e 15% no ECS II, assim, das 170 vagas oferecidas inicialmente, apenas 73 estão sendo ocupadas no penúltimo semestre dos cursos e 144 no último semestre. Tomando em destaque as IES 3 e 5, a situação é preocupante, já que das 100 vagas anuais oferecidas pela primeira, apenas 23 estão ocupadas nos dois últimos semestres e das 60 vagas anuais oferecidas pela segunda apenas 38 estão preenchidas.

Durante o estudo não buscamos identificar as causas específicas das evasões em cada IES, mas de modo geral, e por meio de depoimentos informais, sabemos que os motivos estão ligadas à inadaptação do discente ao estilo do ensino superior; a sua falta de maturidade; a uma formação básica deficiente; as dificuldades financeiras pra se manter na escola em função da mudança de residência, transporte, alimentação; a decepção com a própria profissão escolhida e a mudança para outro curso.

O problema da evasão é sério e deve ser discutido com todos os envolvidos na IES: gestores, docentes, funcionários, discentes e comunidade, no intuito de identificar as causas do problema e buscar soluções por meio de um planejamento conjunto, visto que como afirma Lobo (2012), o abandono do discente sem a finalização dos seus estudos representa uma perda social, de recursos e de tempo de todos os envolvidos no processo de ensino, pois perdeu discente, seus docentes, a instituição de ensino, o sistema de educação e toda a sociedade.

Tabela 5 - Distribuição do número de vagas iniciais e número de matriculados em Estágio Curricular Supervisionado, por Instituição. Bahia, 2013.

| IES | Nº de vagas (por semestre) | Estágio I | Estágio II |
|--------------|---------------------------------------|------------------|-------------------|
| 1 | 25 | 24 | 22 |
| 2 | 40 | 21 | 34 |
| 3 | 50 | 8 | 15 |
| 4 | 25 | 20 | 35 |
| 5 | 30 | 0 | 38 |
| Total | 170 | 73 | 144 |

Fonte: Colegiados dos cursos.

4.2 OS AVANÇOS E DIFICULDADES APONTADOS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA APÓS A PUBLICAÇÃO DAS DCN/ENF

A promulgação das DCN/ENF traz implícita a perspectiva de uma ampla reforma educacional do ensino de graduação em enfermagem. Sacristán (1996, p. 51) alerta que, sob a denominação de reforma se abrigam “uma infinidade de tipos de iniciativas e programas com propósitos muito variados”, desde a adequação do ensino às demandas do mercado de trabalho até a descentralização da administração do sistema, passando pela incorporação de novas tecnologias educacionais ao currículo ou visando melhorar o rendimento dos discentes ou, ainda, melhorar a qualidade do trabalho docente.

Apontando para uma situação que também nos é muito familiar, qual seja, a de que a área da educação é, em geral, preterida e desvalorizada na concretude da escala de prioridades estabelecida pelas forças econômicas, políticas e sociais, Sacristán (1996) constata que é, exatamente, por isso que todo programa de reforma encontra rapidamente ecos e esperanças nos mais diretamente interessados na educação, ou, ao menos, nos que vivem dela - as escolas e os professores.

Pela sua origem legitimada na construção coletiva, defendemos que as DCN/ENF podem nortear nossa atuação em prol de políticas que resultem em mudanças efetivas na formação dos trabalhadores de saúde/enfermagem, fugindo de um discurso vazio para uma prática compromissada que possibilita a pactuação de estratégias de formação e parcerias comprometidas com a consolidação do Sistema Único de Saúde, com base na compreensão crítica das políticas de saúde e educação.

Santos (2006, p. 200) ressalta que as mudanças propostas pelas DCN/ENF “vão além do que estabelecer novos marcos embasadores, priorizar novos objetivos, mudar perfil, reestruturar conteúdos, restabelecer condições de funcionamento ou de cargas horárias”. A mesma autora defende que se trata de outros atributos desenvolvidos no espaço da sala de aula e nas aulas práticas e estágios, como: “envolvimento do professor e dos discentes nas questões contextuais, na própria relação professor/aluno, na educação que se trilha, no processo ensino/aprendizagem, enfim, em questões que ultrapassam o Projeto Político Pedagógico” (SANTOS, 2006, p. 200).

Nesse sentido, nas discussões a seguir apresentaremos as categorias e sub-categorias que emanaram da análise das entrevistas e da análise dos questionários e PPC, sendo:

Categoria 1: A construção do perfil profissional a partir das Competências Gerais

Categoria 2: A presença e valorização das Atividades Complementares

Categoria 3: Implantação do PRÓ-Saúde e do PET-Saúde

Categoria 4: A construção do conhecimento científico através do Trabalhos de Conclusão de Curso – TCC

Categoria 5: A contribuição do Estágio Curricular Supervisionado ao processo formativo

Sub-categoria 1: A Carga horária do ECS: visões que se contradizem

Sub-categoria 2: A participação do preceptor no ECS

Sub-categoria 3: A articulação entre o mundo do trabalho e o processo educativo

Categoria 6: A flexibilidade curricular

Categoria 7: As metodologias ativas de ensino-aprendizagem

Categoria 8: A configuração dos cenários de aprendizagem

Sub-categoria 1: A relação entre a organização do sistema de saúde e o processo de formação

Sub-categoria 2: A expansão dos cursos de graduação e os cenários de aprendizagem.

Categoria 9: A avaliação e acompanhamento do processo ensino-aprendizagem

4.2.1 A construção do perfil profissional a partir das Competências Gerais

No setor saúde, os avanços tecnológicos associados às transições do perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira têm gerado repercussões na organização do trabalho com implantação de novos modelos tecnológicos e assistenciais.

No bojo desses avanços está o Sistema Único de Saúde – SUS, com princípios éticos, doutrinários, organizacionais e operativos desafiadores, que repercutem diretamente na necessidade de reconstrução do perfil do profissional de saúde.

Na concepção de Silva e Sena (2006) para fazer frente às exigências que se apresentam e se modificam, rapidamente, no perfil dos profissionais de saúde, faz-se

necessário mudanças no processo ensino-aprendizagem, tornando-o adequado à contemporaneidade, à complexidade e à imprevisibilidade, características do processo de trabalho em saúde.

Nesse intento, desde a década de 80, a Secretaria de Ensino Superior (SESU), por meio do Ministério da Educação (MEC), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), vinha colocando na pauta das discussões, as diretrizes curriculares para a educação dos profissionais da saúde, culminando em 2001 na publicação das DCN/ENF.

Esse documento tem como base o modelo de formação por competências que apresenta um conjunto de competências gerais e competências específicas a serem trabalhadas pelas instituições de ensino na formação do profissional de saúde.

Perrenoud (2001, p. 12) traz sob a expressão “competências profissionais” um conjunto diversificado de conhecimentos da profissão, de esquemas de ação e de posturas que são mobilizados no exercício do ofício. De acordo com essa definição as competências são, ao mesmo tempo, de ordem cognitiva, afetiva, conativa e prática.

As competências gerais elencadas nas DCN/ENF são comuns a todos os cursos da área de saúde: a atenção à saúde, a tomada de decisões, a liderança, a comunicação, a administração e gerenciamento, e a educação permanente (BRASIL, 2001, p. 01). Vale destacar que o texto dos PPC analisados, apresenta, quase que na íntegra, a descrição dessas competências como descritas nas DCN/ENF.

No tocante à competência Atenção à saúde, as DCN/ENF abordam que:

Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2001, p. 01).

Notadamente busca-se com o alcance dessa competência, a formação de um profissional generalista, que possa atender indivíduos e coletividades, tendo como base as suas necessidades de saúde, sejam elas de promoção, prevenção ou recuperação, com uma atitude crítica e reflexiva frente às situações que a prática profissional lhe apresentar, e não

apenas seguindo a normatização de direitos e deveres ou regras de comportamento profissional.

As unidades de registro (UR) extraídas das entrevistas com os docentes mostram que, segundo a sua visão, os discentes não têm conseguido alcançar esse perfil generalista, crítico e reflexivo:

[...] eu dou uma questão aberta pedindo pra fazer uma análise sobre uma situação e eles só conseguem falar da patologia, não conseguem contextualizar, então os alunos não conseguem pensar, refletir, não conseguem interpretar (E12).

[...] vão repetir tarefas de forma mecânica, as coisas vão acontecer com o paciente e ele não vai conseguir pensar no processo como todo e fazer as articulações necessárias, até com outros profissionais porque não tem essa capacidade, ele não tem conseguido desenvolver isso na faculdade (E18).

[...] você tem que formar um enfermeiro crítico, reflexivo, cidadão, capaz de fazer transformações, porque ele vai para o serviço e se ele for um enfermeiro crítico reflexivo a tendência é que esse serviço mude e melhore a qualidade da assistência ao indivíduo, família e comunidade (E3).

Os discursos docentes são preocupantes à medida que, com a complexidade dos problemas de saúde enfrentados neste século, faz-se necessário profissionais que percebam que a formação é muito mais do que a obtenção de conhecimentos clínicos ou desenvolvimento de procedimentos técnicos, ela deve contribuir na formação de enfermeiras críticas e conscientes do seu papel técnico, científico e político frente à prestação do cuidado à população.

A mesma preocupação é aflorada quando analisamos, a partir dos questionários, o grau de concordância total dos discentes com a afirmação - Profissional com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo. As respostas evidenciam que apenas 67% dos entrevistados concordam que o seu perfil profissional tem sido formado a partir dessas características, o que dentro da escala constituída para este estudo, é considerado um valor razoável, aceitável, mas ainda abaixo do ideal.

Tabela 6 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do alcance da primeira competência geral “Atenção à saúde” no seu processo formativo. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |

| | | | | | |
|--|---------|---------|---------|-----------|------------|
| 1. Profissional com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo. | 1 (0,5) | 2 (1,0) | 1 (0,5) | 60 (31,1) | 129 (66,8) |
| 2. Profissional capaz de intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional. | 0 (0,0) | 5 (2,6) | 6 (3,1) | 24 (12,4) | 158 (81,9) |
| 3. Profissional capaz de identificar as dimensões biopsicossociais dos determinantes do processo saúde/doença. | 3 (1,6) | 5 (2,6) | 9 (4,7) | 70 (36,3) | 106 (54,9) |
| 4. Profissional capaz de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a ética e a cidadania. | 0 (0,0) | 5 (2,6) | 6 (3,1) | 24 (12,4) | 158 (81,9) |

Fonte: Dados da pesquisa. Bahia, 2012.

Dos cinco PPC analisados, quatro apresentam em seu texto a proposição de formar enfermeiras generalistas com conhecimentos técnicos, científicos, políticos e éticos.

Para Santos (2006), uma formação generalista requer sólidos conhecimentos sobre grupalidade, relações humanas, iniciativa, dinamismo, e capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar. E que, além da clínica ampliada, tenha vínculo com o território e seja capaz de promover atuações intersetoriais e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, operando com o novo paradigma de saúde-doença.

O alcance da competência “Atenção à Saúde” também prevê a formação de uma profissional que seja capaz de intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença prevalentes no perfil epidemiológico nacional.

Acerca dessa característica, as UR trazem que:

A formação [...] é feita com base no perfil epidemiológico, agora mesmo colocamos um conteúdo sobre violência à mulher, fizemos um seminário interdisciplinar (E17).

A política de saúde do Homem, que é uma coisa nova, a gente já introduziu na disciplina (E14).

O conteúdo programático da disciplina tem não apenas o enfoque na doença, na patologia; mas também a gente trabalha com as políticas

públicas, tanto em relação à criança quanto ao adolescente, a questão do abuso sexual, da pedofilia, esses temas atuais (E11).

Para Calil e Prado (2009) é preciso compreender que as concepções pedagógicas precisam ser determinadas a partir das concepções políticas existentes nas instituições de ensino bem como nos problemas sociais e culturais prementes de serem solucionados.

A mesma visão é defendida pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, através do Parecer n. 8, de 03 de Junho de 2007, que dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial:

Os princípios constitucionais, os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde, exigem novos perfis profissionais e o comprometimento das instituições de ensino por meio do cumprimento de diretrizes curriculares que contemplam as prioridades expressas nos perfis epidemiológico e demográfico de cada região do país (BRASIL, 2007, p. 07).

Concordamos com os autores e defendemos que a formação profissional deve ser orientada para os problemas mais relevantes do país, fundamentada nos diferentes níveis de atuação do enfermeiro subsidiado no desenvolvimento progressivo de suas competências, tendo como perspectiva o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social.

Os discentes também aderem ao entendimento que o seu curso forma um profissional capaz de intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença prevalentes no perfil epidemiológico nacional, à medida que 81,9% dos informantes concordaram totalmente com essa afirmação (Tabela 6).

Os PPC buscam a construção desse perfil à medida que as ementas de alguns componentes curriculares trazem a informação de serem pautados no perfil epidemiológico de diferentes grupos populacionais, como crianças e mulheres ou ainda frente às situações como violência e seu reflexo no cuidado de urgência e emergência.

Nesse ensejo, os resultados nos mostram que as IES têm formado profissionais com conhecimentos e capacidade de intervenção sobre os problemas e situações de saúde-doença e em relação às demandas prevalentes e prioritárias da população, tornando a formação adequada ao atendimento às reais necessidades de saúde.

Outro aspecto que deve ser buscado no alcance da competência “Atenção à Saúde” é a formação de um profissional capaz de identificar as dimensões biopsicossociais dos determinantes do processo saúde/doença.

Para entendermos a complexidade do processo saúde/doença é preciso compreendermos separadamente o significado social de cada elemento, em consonância com a evolução tecnológica e os avanços socioeconômicos que os envolvem, afinal a doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer, enfim os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adocece.

A doença tem um significado, um valor diferente em cada ser, ou seja, a mesma doença afeta as pessoas de forma distinta, resultando em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades. Sendo assim, a percepção individual sobre a saúde é que conta para o bem-estar individual e o desempenho social.

Sobre esse aspecto, destacamos a UR do entrevistado 2 que afirma que:

Uma das coisas que chamo sempre a atenção do meu aluno é a importância que ele tem que dar a queixa do paciente que muitas vezes não tem nada a ver com a patologia, ou é exagerado, mas é o jeito dele de manifestar o sofrimento e tem que ser valorizada (E19).

O entrevistado ressalta a necessidade de se considerar a subjetividade que envolve o processo de adoecimento, na medida em que indivíduos consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuam a uma situação.

Num passado não muito distante, a saúde era pensada em termos negativos, como a ausência de doença. A Organização Mundial da Saúde, ao definir a saúde como "o completo bem-estar físico, mental e não apenas a ausência de doença" (OMS, 1976, p. 1), propôs superar essa negatividade por meio de um conceito integrador que, mais que um conjunto de negativas, pretende designar a inexistência de qualquer condição indesejável.

Contudo, esse conceito tem recebido inúmeras críticas ao longo dos tempos, principalmente por ser considerado utópico e inatingível para grande parcela da população mundial.

No conceito da OMS, a saúde aparece como algo absoluto e indivisível, como um valor demasiadamente genérico, que faz uso de um termo estático como "estado" para designar algo que é essencialmente mutável e de outro pouco preciso como "bem-estar".

Rosa, Cavicchioli e Brêtas (2005, p. 4) fazem também uma crítica ao tripé físico, mental e social proposto pela OMS, trazendo alguns questionamentos:

[...] como assegurar o *status* de saudável para pessoas com doenças crônicas? Como analisar o bem-estar mental, quando há dificuldade na auto-avaliação, mesmo de profissionais, perante um universo de subjetividades que constitui o ser humano? Como definir o bem-estar social numa sociedade capitalista com predominância de políticas de cunho neoliberal que geram desigualdades, levando parcela significativa das pessoas ao sofrimento?

Partindo dessas indagações, os autores sugerem um conceito de Saúde mais amplo, capaz de teoricamente possibilitar a inclusão de mais pessoas a esse atributo: “saúde é a habilidade que o indivíduo tem de superar incapacidades, utilizando o meio onde vive a seu favor, tendo a aptidão de responder satisfatoriamente a certas variações do mesmo” (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005, p. 5).

Tal conceito leva à reflexão de que não é possível imaginar que a vida se desenvolva na solidão do organismo individual, nem que se possa alcançar um conhecimento dela pela comparação entre os organismos. O ser vivo e o meio não podem ser chamados de normais se forem considerados em separado, e isso nos permite entender que o processo saúde-doença-adoecimento ocorre de maneira desigual entre os indivíduos, as classes e os povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade.

O processo envolvendo adoecimento e cura tem sido influenciado, ao longo dos tempos, pelos paradigmas que regem a saúde e a doença. O renascimento com os miasmas, os determinantes do ambiente social e laboral, no século XVIII com a chegada das indústrias e, finalmente, no século XIX o avanço da microbiologia. Neste último, definiram-se as causas para as doenças, desde então, o aspecto biológico tem recebido destaque (SILVA, 2006).

Devido a sua incapacidade e insuficiência para explicar a ocorrência de uma série de outros agravos à saúde humana, essa teoria é complementada por uma série de conhecimentos produzidos pela epidemiologia, que demonstra a multicausalidade como determinante da doença e não apenas a presença exclusiva de um agente. Finalmente, uma série de estudos e conhecimentos provindos principalmente da epidemiologia social nos meados do século XX esclarece melhor a determinação e a ocorrência das doenças em termos individuais e coletivo (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

A partir de então se passa a considerar saúde e doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais.

Nesse diapasão, o processo saúde-doença recebe atenção especial, vez que:

[...] é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado

espaço geográfico e num determinado tempo histórico (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998, p. 29).

Assim, desenvolver no discente a competência de identificar as dimensões biopsicossociais dos determinantes do processo saúde/doença é torná-lo capaz de compreender que aspectos econômicos, políticos, socioculturais, socioepidemiológicos e históricos influenciam os processos de saúde, adoecimento e morte da população e o conhecimento dessas dimensões assegura a qualidade no cuidado à saúde.

No entanto, as UR demonstram que, na percepção docente, os discentes não compreendem a complexidade do processo saúde-doença:

O entendimento dos discentes sobre o processo saúde-doença é muito restrito, eles acham que vão conseguir ser bons profissionais se souberem realizar técnicas de enfermagem (E12).

O aluno não entende que a falta do emprego pode ser a causa da doença ou o marido preso, ou o filho dependente químico (E19).

Confirmando o posicionamento docente, apenas 54,9% dos entrevistados concordam totalmente com a afirmação de que seu curso tem formado um profissional capaz de identificar as dimensões biopsicossociais dos determinantes do processo saúde/doença (Tabela 6).

Os PPC, todavia, apresentam nas ementas de alguns componentes curriculares o estudo da relação entre elementos como a organização familiar, o meio-ambiente, as relações interpessoais, o trabalho e o processo saúde-doença, o que evidencia que pelo menos teoricamente o processo saúde-doença tem sido analisado sob uma ótica além da biológica.

O último aspecto que deve ser buscado no alcance da competência “Atenção à Saúde” é a formação de um profissional capaz de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso ético.

Ao pensarmos em formar um profissional capaz de atuar com senso de responsabilidade social, idealizamos um profissional que durante o seu processo de trabalho seja capaz de atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, ou seja, prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Na medida em que fundamentamos o nosso processo de trabalho, sob esse eixo, podemos afirmar que aplicamos a técnica relacional do acolhimento, entendida por Carvalho e Campos (2000, p. 512) como “um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário”.

As UR demonstram que os docentes têm a compreensão do significado do acolhimento e incentivam os discentes para a sua aplicação:

[...] o paciente se queixou de alguma coisa e você passou direto. Não passe pela queixa por mais que você saiba que aquilo ali pode não ser nada. Você tem que dar importância, porque aquilo é importante para ele (E19).

[...] minha experiência tem demonstrado que, muitas vezes, o fato de você acolher (no verdadeiro sentido da palavra), parar para ouvir as queixas e responder atenciosamente contribui para a melhora do usuário e eu passo isso para os alunos (E3).

[...] a questão de que você deve acolher, estabelecer empatia com o paciente, deixar ele à vontade, é fundamental (E7).

Contudo, as UR mostram que, na perspectiva docente, o discente tem uma preocupação maior com o desenvolvimento da técnica do que com as relações interpessoais.

[...] no geral do pessoal ‘tá’ todo mundo preocupado com a técnica, que é o que foi orientado a fazer (E4).

[...] eles (os discentes) realmente tão mais interessados em desenvolver aquela técnica que ficou deficiente nas outras disciplinas, eles tão mais preocupados com a técnica (E7).

[...] você tem que ter a percepção de que são vários os fatores que podem estar desencadeando aquela doença, então é importante colher todas as informações, não só aquela específica da doença, e muitas vezes o aluno quer só ver a técnica (E14).

Para Ramos e Lima (2003) o acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las.

Concordamos com os autores que o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, mas isso só será possível a partir do momento em que a organização e funcionamento do serviço de saúde passar a ser usuário-centrado.

Para tal fim, Franco; Bueno e Merhy (1999, p. 347) defendem os seguintes princípios:

- 1 Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população;
- 2 Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;
- 3 Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Os mesmos autores defendem o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização (FRANCO; BUENO; MERHY 1999).

Nessa esteira, defendemos que o processo formativo deve ser centrado em um modelo de atenção à saúde que valorize o acolhimento, entendendo a sua consecução como estratégia para a construção de um perfil profissional caracterizado pela responsabilidade social.

Quando falamos de perfil ético não nos referimos apenas ao conhecimento do código de ética profissional, mas sim o estabelecimento, pelos profissionais da enfermagem, de objetivos e intervenções dentro de parâmetros que considerem o interesse maior da sociedade.

Para Freire (1996, p. 56): A capacitação de mulheres e de homens em torno de saberes instrumentais jamais pode prescindir de sua formação ética. A radicalidade dessa exigência é tal que não deveríamos necessitar sequer de insistir na formação ética do ser ao falar de sua preparação técnica e científica.

O desenvolvimento desse conhecimento se faz cada vez mais necessário, uma vez que os profissionais se veem cotidianamente confrontados com escolhas que apresentam caráter ético em meio a todo o desenvolvimento tecnológico existente e às condições concretas dos serviços de saúde.

Eu quero formar um profissional ético, que saiba como lidar com a falta do medicamento no posto de saúde, com os exames solicitados que não acontecem, com as escolhas forçadas, enfim com os dilemas da profissão, que não são poucos (E12).

Ter que mudar o decúbito do paciente de 2 em 2 horas e não fazer é não agir eticamente e esses exemplos eu dou ao estudante o tempo todo (E2.)

[...] de certa forma eu vejo que nós temos alguns professores que vem buscando uma formação como as diretrizes propõem [...] com uma visão geral do que é ser enfermeiro, das questões éticas que envolvem o cuidado(E3).

Podemos caracterizar bem essa situação paradoxal trazida na UR do Entrevistado 12, ao pensarmos nas maravilhas tecnológicas que os tempos atuais proporcionam, que apontam para possibilidades nunca antes cogitadas pelo ser humano, entre elas, a viagem virtual pelo corpo humano, a possibilidade de impedir o aparecimento de doenças futuras no período intra-útero, a escolha das características e do sexo do bebê, e a possibilidade de reproduzirmos seres humanos ou seus órgãos através da clonagem. Entrementes, uma grande parcela da população ainda não tem acesso a exames diagnósticos básicos ou a garantia do medicamento.

As UR dos entrevistados 2 e 3 nos mostram a relação ética que se deve estabelecer com a pessoa que se está prestando o cuidado. Nesses momentos cotidianos do trabalho da enfermeira temos que estar atentos ao direito que todo ser humano tem de receber um cuidado de qualidade, que alie a realização da técnica correta com a interação, o respeito, a atenção, tão necessários quando nos encontramos em estado de fragilidade.

As situações descritas nas UR são a mínima parte do enfrentamento ético que se vivencia no exercício da nossa profissão, mas elas nos evidenciam o sentimento de que as IES têm se preocupado com a formação de enfermeiras não apenas habilmente adestrados, mas profissionais-cidadãs, que irão exercer a profissão, não respaldadas no sentimento de compaixão, como historicamente registrado pela enfermagem, mas por uma consciência que nos faz nos reconhecer no outro, na sua dignidade e liberdade de escolhas, na sua possibilidade de uma existência digna.

Freire (2002) defende que em uma prática educativa ética o professor assume sua função docente com responsabilidade, mantendo um clima democrático, com o diálogo, com o respeito ao aluno como ativo no processo de aprendizagem, reconhecendo-os como sujeitos sociais, de história, de transformação e de solidariedade, bem como o respeito de sua heterogeneidade, de seus valores, costumes e sua cultura.

Essa postura ética assumida pelo docente durante o processo formativo irá se refletir na conformação da prática desenvolvida pela enfermeira durante o seu processo de trabalho, através de ações menos autoritárias, preconceituosas ou discriminatórias.

Nessa seara, os discentes foram questionados se as suas formações lhes tornaram capazes de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a ética. As respostas nos mostraram que 81,9% deles acreditam totalmente que sim. Dentre os quatro

itens que retratam a competência geral “Atenção à saúde”, este foi o que obteve o maior percentual de concordância total, por parte dos discentes (Tabela 6).

Embora acreditemos que a oferta de um componente curricular que aborde o tema da ética ao longo de 5 anos de formação não seja o ideal, tendo em vista que trata-se de um tema transversal que como tal não deveria ser explorado em horário específico de aula, dos 05 PPC analisados, 04 trazem o ensino da ética sob essa configuração por meio de denominações como Ética em enfermagem; Ética e Bioética, Deontologia em Enfermagem e Bioética e Ética e exercício da enfermagem.

As ementas desses PPC, de modo geral, convergem para os aspectos éticos e legais do exercício da Enfermagem, apenas duas delas tratam da Bioética.

Um PPC, nada obstante, exhibe uma proposta diferenciada, embora apresente a ética como um componente curricular, o faz em diferentes momentos do curso - no segundo, quinto e oitavo semestres. Além disso, traz a questão ética nas ementas de mais duas disciplinas que tratam do cuidado de enfermagem.

Percebemos nesse PPC um planejamento do ensino, do primeiro ao último componente que aborda o tema, orientado por uma proposta precisa e convenientemente sequenciada de conteúdos, que vão desde o estudo da legislação que embasa o exercício profissional a temas com o processo de trabalho, os direitos humanos, os procedimentos e valores que envolvem a profissão.

A forma como está organizada o estudo da ética nesse PPC poderia ser usada como exemplo às demais IES, conquanto, é preciso entender que a construção de um profissional com perfil ético transcende a questão pedagógica, embora o seu suporte seja muito importante.

Para a construção de uma realidade profissional voltada para a ética, necessitamos propiciar aos discentes condições para desenvolvimento de competências pessoais que consideram não apenas os aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática profissional. É no espaço da formação que se tem a possibilidade de construção de um perfil profissional ético, ativo, responsável e participativo, sensível às questões humanas inerentes à produção do cuidado em saúde e comprometimento com a cidadania.

Frente a um cenário tão plural como é o da saúde, pensar a formação de profissionais para atuarem nessa área só pode ser feito de maneira a considerar essa complexidade, sob risco de reduzirmos ao nível meramente técnico tal formação.

A segunda competência geral trazida nas DCN/ENF como necessária ao profissional enfermeiro é a “Tomada de decisões”, defendida em seu texto como elemento fundamental ao processo de trabalho:

[...] o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2001, p. 02).

Tabela 7 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do alcance da segunda competência geral “Tomada de decisões” no seu processo formativo. Bahia, 2013.

| Item | DT | DP | NCND | CP | CT |
|---|---------|---------|----------|-----------|------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Profissional capaz de tomar decisões com base em evidências científicas e princípios éticos | 1 (0,5) | 6 (3,1) | 14 (7,3) | 64 (33,2) | 108 (56,0) |

Fonte: Dados da pesquisa. Bahia, 2013.

Pode-se observar na Tabela 7, que, 3,6% dos discentes discordam serem possuidores da competência “Tomada de decisões”, 7,3% nem concordam nem discordam, enquanto que 33,2% concordam pouco com a afirmação e apenas um pouco mais da metade, 56,0% concordam totalmente, ou seja, acreditam ter a competência para tomar decisões.

Esse percentual encontrado nas respostas discente é reflexo da forma como nós docentes temos conduzido a aquisição dessa competência durante a formação. As UR extraídas dos discursos docentes nos mostram isso:

O que fazer primeiro, o que fazer depois, são decisões que nós professores tomamos, a gente não espera pelo aluno (E3).

A gente ‘tá’ sempre segurando na mão do nosso aluno, ele recorre muito a nós (E8).

O discente só é estimulado a tomar decisões só no estágio, nos outros anos da formação nós é que decidimos como vai ser feito (E3).

As UR evidenciam que não há um estímulo para que o discente decida como se dará o desenvolvimento da sua ação, há uma dependência entre o discente e o docente durante todo o processo formativo e apenas durante o ECS, ao final do curso, essa situação é diferente.

Essa postura é oposta ao que defende Freire (2002), quando afirma que o ato de ensinar é respeitar a autonomia do aluno e despertar mais autonomia do mesmo a partir do ato de ensinar. Isso exige um bom senso do professor, tratando o aluno como ser autônomo e pensante.

Tomar decisões é um processo permeado de complexidade, tendo em vista que envolve a escolha consciente de um rumo de ação entre várias alternativas possíveis para se chegar a um resultado desejado ou mais próximo dele e, portanto, necessita de conhecimento, racionalidade e consciência, elementos que devem ser estimulados desde o início da formação e não apenas em sua reta final.

O enfermeiro, ao assumir um trabalho em uma instituição, depara-se com situações diversas que lhe exigem atitudes coerentes, precisas e imparciais para uma tomada de decisões que venha ao encontro de seus valores pessoais e éticos e ao mesmo tempo em que atenda aos objetivos e metas da organização. Nesse liame, é importante que ele conheça as etapas constituintes de um processo decisório, a fim de melhor estruturar o processo de decisão, e garantir a direcionalidade para a melhor alternativa.

Para Bateman e Snel (1998) o processo de tomada de decisão é composto por seis etapas, iniciando pela identificação e diagnóstico do problema; elaboração das possíveis soluções; avaliação das alternativas; escolha; implementação da decisão e avaliação da decisão tomada.

Os autores esclarecem que a primeira etapa centraliza-se na importância de reconhecer a existência de um problema a ser resolvido e que esse deve ser buscado e compreendido na sua origem e não apenas através dos sintomas explícitos.

Na segunda etapa, Bateman e Snel (1998) expõem que a maioria das alternativas elaboradas se fundamenta nas experiências anteriores dos administradores. Na fase seguinte, quando serão avaliadas as alternativas, os mesmos autores alertam o quão fundamental é prever as consequências possíveis de acordo com a escolha de determinadas alternativas. Eles consideram que o tomador de decisão, nessa etapa, deve provocar questionamentos tipo ‘e se’, a fim de apontar a necessidade de estar preparado para implementar uma outra solução.

Na quarta etapa, os autores incluem os conceitos de satisfação, otimização e maximização como subsídios para fazer a escolha. Definem satisfação como a primeira opção minimamente aceitável ou adequada à situação; otimização como o equilíbrio possível entre

as metas e a maximização, como o resultado máximo de benefício, obtido por meio de uma busca ampla de alternativas e comparações.

Na quinta etapa é realizada a implementação da decisão. No entanto, Bateman e Snel (1998) atentam que o processo decisório não termina na implementação. É necessária a etapa final do processo de tomada de decisão: a avaliação da decisão. Significa que após a implementação da alternativa escolhida se deve coletar informações sobre o quão bem a decisão está operando, ou seja, é o *feedback* do processo.

Mesmo com um esquema que conduz o processo decisório, diferentes escolhas serão tomadas, tendo em vista que fatores inerentes à estrutura mental daquele que toma a decisão pode influenciar no processo, pois as interpretações variam de pessoa para pessoa e de grupo para grupo. As diferentes interpretações originam-se da percepção que cada pessoa ou grupo tem do problema. Os entrevistados 12 e 9 nos apresentam essa mesma leitura da tomada de decisão.

[...]o que eu quero do meu aluno é que ele tome uma decisão que seja coerente com o problema apresentado, mesmo que não seja a decisão que eu tomaria (E12).

[...] no final, quando eu ia fazer a avaliação eu dizia pra eles que o que eu menos iria levar em consideração era a aplicação porque essa era uma habilidade técnica que iria se construindo com o tempo, o que eles tinham que desenvolver ali era a autonomia de indicar uma vacina corretamente, de fazer a leitura correta de uma caderneta, de dizer ao cliente qual a vacina indicada para ele, mesmo que fosse contrária à prescrição médica trazida pelo usuário [...] (E9).

A tomada de decisão da enfermeira deve ser coerente com sua filosofia de trabalho, com seu estilo de liderança, com seu compromisso com a profissão e com o seu grupo de trabalho, mas ela precisa primordialmente estar centrada sobre o usuário do serviço.

Segundo Longarito (1999) as decisões sobre os cuidados serão enquadradas, em enfermagem, em dois cenários antagônicos: a tomada de decisão pode estar centrada nos objetivos do enfermeiro, sendo tomada por terceiros, pela e para a pessoa e sua circunstância ou a decisão é tomada com e para o cliente, negociando estratégias e estabelecimento de resultados em conjunto.

Não restam dúvidas de que essa segunda perspectiva é a mais indicada na relação profissional-usuário, considerando que os profissionais de saúde têm conhecimento profundo sobre as doenças enquanto que o doente é o perito nas suas crenças, valores e preferências.

Sendo assim, a deliberação daquilo que vai ser executado será feita de forma compartilhada entre profissionais, usuários e família, valorizando o exercício da autonomia.

A autonomia refere-se ao poder de decisão do indivíduo sobre si mesmo, constituindo-se na capacidade de si autogovernar. O direito à autonomia é inerente a cada indivíduo e gera o dever nos demais em respeitá-lo, portanto, requer condições favoráveis à liberdade para agir. (KOERICH, MACHADO; COSTA, 2005).

Nesse parâmetro, devemos durante o processo de formação oferecer elementos e situações didático-pedagógicas que estimulem a construção da competência “Tomada de Decisão” pelo discente, para que mais tarde, enquanto profissional, ele possa agir de modo consciente, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Para Freire (2002) o ato de ensinar é um compromisso social de superação e transformação do sujeito em ser autônomo e reflexivo. O docente deve ensinar com liberdade, sem perder a autoridade, reconhecendo e respeitando a “*autonomia do ser*” no aluno.

A “Comunicação” é a terceira Competência Geral trazida nas DCN/ENF:

Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação (BRASIL, 2001, p. 2).

O termo comunicar provém do latim *communicare* que significa colocar em comum. A partir da etimologia da palavra entendemos que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal. Freire (2006, p. 65) afirma que “o mundo social e humano, não existiria como tal, se não fosse um mundo de comunicabilidade, fora do qual é impossível dar-se o conhecimento humano. A intersubjetividade ou a intercomunicação é a característica primordial deste mundo cultural e histórico”.

Analisaremos se a formação tem apontado inovações no tocante à competência “Comunicação”, a partir dos três itens descritos na tabela a seguir.

Tabela 8 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do alcance da terceira competência geral “Comunicação” no seu processo formativo. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|-------|----|----|------|----|----|
|-------|----|----|------|----|----|

| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1. Profissional acessível e capaz de manter a confidencialidade das informações a ele confiadas | 4 (2,1) | 2 (1,0) | 8 (4,2) | 6 (3,1) | 173 (89,6) |
| 2. Profissional com domínio das tecnologias de comunicação e informática | 8 (4,2) | 16 (8,3) | 27 (14,0) | 84 (43,5) | 58 (30,1) |
| 3. Profissional com domínio de pelo menos uma língua estrangeira | 63 (32,6) | 30 (15,5) | 26 (13,5) | 52 (26,9) | 22 (11,4) |

Fonte: Dados da pesquisa. Bahia, 2013.

No tocante ao item 1, constatamos que apenas 2,1% dos entrevistados discordam totalmente da afirmação, 1% discorda pouco, o que soma um baixo percentual de discordância, 4,2% nem concordam, nem discordam, enquanto que, 3,1% concordam pouco e 89,6%, concordam totalmente que a sua formação lhe permite ser um profissional acessível e capaz de manter a confidencialidade das informações que lhes são conferidas.

Dentre os itens que caracterizam a aquisição da competência “Comunicação”, esse foi o que apresentou o maior percentual de concordância total.

Quando nos referimos a um profissional acessível, estamos falando daquele disposto a ouvir, se comunicar, se abrir ao diálogo, através de um movimento de troca. As UR a seguir demonstram que a formação tem buscado esse perfil.

Hoje eu sinto um curso diferente do que a gente tinha antigamente, daquele enfermeiro performático que ficava desfilando no corredor com a prancheta, hoje o enfermeiro está mais próximo do doente, conversa, toca, troca experiências (E3).

[...]eu estimulo muito o lado afetivo deles (discentes), estimulando a alteridade e o desenvolvimento de vinculações interpessoais[...] (E1).

[...] alguns professores trabalham com a questão da importância do cuidar, do conversar, do tocar, do acolhimento, do vínculo, isso é muito importante (E18).

A relação dialógica para Buber (1974) significa estar disponível para uma convivência, ou seja, o homem vive em comunhão com os outros, e esta comunhão humana autêntica só existe quando se transcende a pura objetividade no interpessoal. Essa é a relação dialógica, que Buber (1974) denomina como a relação do “EU e do TU”, que levará o ser humano a experienciar o mundo e a si mesmo, haja vista como pressupõe a teoria, a

relação entre enfermeiro-equipe e paciente não pode ser apenas tecnicamente competente, como uma relação do sujeito com o objeto, mas sim, autêntica. Para o autor, a relação dialógica é a categoria existencial por excelência, quando ajuda na compreensão da realidade, por meio da experiência vivida (ação) e da reflexão (pensamento).

Silva (2006a) destaca também que na relação de dominação-opressão não há um interesse mútuo, mas um egoísmo, que não funciona dentro da perspectiva dialógica, visto que poderá gerar um tipo de imposição de ideias e de ações. O amor, sentimento subjetivo que atua nas atitudes dos indivíduos, naturalmente traz consigo a humildade ao invés de arrogância, e essa humildade é imprescindível na relação dialógica.

Para Freire (2006, p. 82-83), o diálogo é entendido como:

[...] o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo. Se ao dizer suas palavras, ao chamar ao mundo, os homens o transformam, o diálogo impõe-se como o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial.

Dada tal importância ao diálogo, é possível dizer que, dialogar não pode ser “catequizar”, mas socializar para uma reflexão-ação. Dialogar vai além de intercambiar ideias ou conversar polemizando. Trata-se de uma conversa que gera uma reflexão coletiva visando criar ou aprimorar ações emancipadoras dos oprimidos.

O diálogo é o instrumento que determina a libertação dos oprimidos e deve ser desenvolvido com o amor em sua essência. O diálogo não pode existir sem um profundo amor pelo mundo e pelos homens. Designar o mundo, que é ato de criação e de recriação, não é possível sem estar impregnado de amor. Freire (2006, p. 83) acredita que “O amor é ao mesmo tempo o fundamento do diálogo e o próprio diálogo”.

O diálogo como instrumento libertador não é aquele da fala verbal, nem o restrito à comunicação como mandar e receber mensagens, logo, como comunicação em termos de chamado e resposta. Chamado e resposta que é bidirecional e, portanto, relacional.

Ambos, enfermeiro/ equipe e paciente experienciam o diálogo complexo, o qual é simultâneo, que chamam e respondem ao mesmo tempo, e é refletido em todas as formas de comunicação humana, da verbal a não verbal. A relação dialógica é um estar olhando para o outro, não só no corpo, por conseguinte, com sentimentos como a gentileza, a empatia, a alteridade, o interesse e o amor pelos outros. Por meio dessa relação dialógica inter-humana, um ajuda o outro a ser mais e melhor.

Quando a comunicação faz parte do dia a dia do trabalho do enfermeiro, o paciente passa a vê-lo como uma pessoa em quem pode confiar, um profissional capaz de manter a

confidencialidade das informações a ele confiadas. Essas informações além de serem transmitidas pelos pacientes ou responsáveis, serão obtidas por meio da anamnese, exame físico, dos cuidados ao paciente ou provenientes das observações de outros profissionais, dos resultados de exames laboratoriais ou radiológicos e procedimentos administrativos (MASSAROLLO; SACCARDO; ZOBOLI, 2006).

As UR demonstram uma preocupação docente com a formação de um profissional que entenda a importância da confidencialidade das informações por ele acessadas.

O aluno tem acesso a prontuário, a exames do paciente então a gente desde o início do curso bate nessa tecla, o que viu ali tem que deixar ali (E19).

Nós somos espelhos para eles (os discentes,) então[...] não podemos comentar nada sobre o paciente que não seja de interesse para o cuidado que estamos dando (E16).

Um aspecto destacado por Francisconi e Goldim (1998) com relação à confidencialidade é que a preservação dos dados de um paciente não cessam com a morte deste, nem com o fato de ser uma pessoa pública. O profissional não deve sequer confirmar uma informação que já é de domínio público. Os familiares, por sua vez, não têm o direito de acesso e, muito menos, de obrigar o terapeuta a fornecer essas informações, que permanecerão resguardadas. Nesse tipo de situação o profissional somente poderá dizer à família, ou a qualquer outra pessoa que solicitar informações, que está impedido de atender a esses pedidos por motivos morais e legais, justificando a sua conduta sob o ponto de vista da adequação ética.

A confidencialidade é uma característica presente desde os primórdios das profissões de saúde. O juramento hipocrático, do século V a.C., estabelecia que qualquer coisa que o profissional de saúde visse ou ouvisse, profissional ou privadamente, que devesse não ser divulgada, ele a manteria em segredo e não contaria a ninguém.

Segundo Goldim (1997) o artigo XII da Declaração Universal dos Direitos Humanos, proposta pela ONU em 1948, já estabelecia o direito a não interferência na vida privada pessoal ou familiar.

O atual Código de Ética dos Profissionais de enfermagem, publicado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 311/2007, possui cinco artigos que tratam do sigilo profissional. Seu art. 82 traz como dever dos profissionais “manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos

previstos em lei, ordem judicial ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal” (COFEN, 2007, p. 4).

A garantia da preservação do segredo das informações, além de uma obrigação legal contida no Código Penal e na maioria dos Códigos de Ética profissional, é um dever de todos os profissionais e também das instituições.

Contudo, a exceção de confidencialidade pode ser eticamente aceitável desde que o paciente dê a sua permissão; que a lei obrigue a revelação; que haja risco de vida ou possibilidade de dano físico ou psicológico para uma ou mais pessoas identificadas (FRANCISCONI; GOLDIM, 1998).

Mesmo quando esses quatro critérios estiverem contemplados é prudente apresentar o caso ao Conselho Regional de Enfermagem do seu estado, em situação formal de consultoria, esclarecendo adequadamente os fatos e a situação encontrada. Em suma, o fundamental é reconhecer que as pessoas sempre possuem dignidade, independentemente de sua condição socioeconômica, idade ou capacidade, merecendo, dessa forma, todo o nosso respeito e cuidado para com as informações a elas pertinentes.

O item 2 da Tabela 8 - Profissional com domínio das tecnologias de comunicação e informática - nos mostra um resultado um pouco diferente do primeiro, com um percentual bem inferior de concordância total, apenas 30,1%, enquanto que os que concordam pouco são 43,5%. Entre os entrevistados que nem discordam nem concordam temos 14%, um valor muito próximo dos que discordam da afirmação que é de 12,4%.

Percebemos com isso, que apenas um 1/3 dos discentes acredita ser totalmente hábil no domínio das tecnologias de comunicação e informática, o que é preocupante, já que na atualidade, o fenômeno da globalização nos coloca em um contexto cada vez mais competitivo e dependente da informação em quantidade e rapidez no seu fluxo.

Ademais, existe uma forte correlação entre a qualidade da comunicação estabelecida no cuidado com o cliente e suas atitudes, padrões de reações e participação no seu tratamento, implicando na eficácia de tais cuidados na recuperação da sua saúde e/ou readaptação a uma nova condição de vida (FERREIRA, 2006).

Para Oriá, Moraes e Victor (2004) o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades. Todavia, o processo de interação com o cliente se caracteriza não só por uma relação de poder em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas, também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.

O processo de comunicação se constrói de diferentes formas, e que para haver comunicação a expressão verbal ou não-verbal de um dos sujeitos, tem que ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro. Caso isso não aconteça, não existirá a compreensão de sinais entre os sujeitos, inviabilizando o processo comunicativo e consequentemente comprometendo o cuidado (ORÍÁ; MORAES; VICTOR, 2004).

A comunicação verbal é associada às palavras expressas, por meio da linguagem escrita ou falada. Quando interagimos verbalmente com alguém, estamos tentando nos expressar transmitindo, clarificando ou validando a compreensão de algo.

A comunicação não verbal pode ser definida como a que inclui todas as formas de comunicação que não envolvam as palavras expressas. Ela envolve todos os órgãos do sentido e ocorre na interação pessoa-pessoa mesmo que não haja verbalização de palavra alguma.

Ou seja, quando é aceito e entendido que todo comportamento, numa situação interacional tem valor de mensagem, entendemos que o indivíduo pode deixar de verbalizar algo ao outro, mas não deixa de se comunicar por intermédio da expressão facial, postura corporal, distância mantida entre outros (WATZLAWICK, 1967).

Nesse esteio, Silva (2006b) defende que o indivíduo participa simultaneamente de dois modos de se relacionar com o mundo: a dimensão verbal lhe confere um repertório psicolinguístico, proporcionando uma exteriorização do ser social e a outra não-verbal que lhe confere um estatuto psicobiológico, proporcionando uma exteriorização do ser psicológico.

Segundo Oriá, Moraes e Victor (2004) alguns autores têm identificado que problemas de comunicação ou comunicação insatisfatória entre enfermeiro e cliente, especialmente quando relacionados a pacientes terminais, devido ao medo da morte, ansiedade do enfermeiro sobre a habilidade do cliente de enfrentar a doença, falta de tempo, falta de treinamento de como interagir com eles e ansiedade sobre as consequências negativas para os enfermos têm repercutido no estabelecimento de uma melhor interação enfermeiro-cliente.

Essa situação é refletida nas UR extraída dos discursos dos entrevistados, expostos a seguir:

[...] o cuidado não é uma mera técnica, mas o cuidado ele 'tá' numa ação simples de atenção, comunicação, relacionamento interpessoal e que às vezes manter um canal de comunicação significa muito mais do que uma injeção, um curativo em si (E19).

Então a gente tenta fazer o aluno compreender que a falta de tempo não justifica a falta de atenção (E1).

Se comunicar de forma satisfatória com o paciente é também uma forma de terapia, um jeito de 'tá' cuidando[...] (E18)

Comunicar por comunicar todos fazem, mas comunicar-se de forma eficaz, conhecendo os processos envolvidos, requer estudos relacionados aos processos e elementos envolvidos na comunicação. O conhecimento desses processos e elementos nos parece um fator essencial para as relações humanas, formais e informais, portanto, se faz relevante que o processo formativo dê um maior enfoque à competência de comunicação.

Nos PPC analisados não há nenhum componente curricular obrigatório que aborde a questão da comunicação, entretanto quatro PPC apresentam componentes curriculares optativos que trazem em suas ementas um enfoque para o fenômeno da comunicação, ou de forma direta ou através do estudo das relações interpessoais e a importância da comunicação nesse processo.

O domínio da informática também é um elemento preponderante na garantia de uma boa comunicação, porém para Marin e Cunha (2006) embora a Informática em Enfermagem seja uma área de conhecimento com mais de 30 anos de aplicação e desenvolvimento, ainda é, para muitos profissionais em nossa realidade, um desafio, uma área desconhecida e um mistério a ser respeitado e temido.

Llapa *et al* (2008) comungam desse mesmo entendimento ao afirmarem que:

Apesar de nos encontrarmos em uma época de grandes progressos e alta tecnologia, a população especializada e não especializada em informática ainda tem muito caminho a percorrer. Muitos profissionais encontram-se, ainda, ansiosos frente à tecnologia, seja por desconhecimento do uso dos computadores ou pelo desconhecimento de seus benefícios.

Devemos buscar o rompimento com essa percepção quanto ao uso da informática considerando que atualmente, é difícil apontar uma profissão que possa prescindir desse recurso tecnológico. Assim é fundamental que haja uma ênfase nessa temática nos cursos de graduação, possibilitando que no futuro profissional, possa haver uma otimização na utilização dos mesmos no desenvolvimento de seu campo de atuação.

Peres *et al* (2001) destaca que a enfermagem como uma profissão constituída por um corpo específico de conhecimentos e de maior representatividade de trabalho na área da saúde, não pode prescindir do processo de informatização para a melhoria da eficiência e eficácia da produtividade.

A informática na enfermagem enfatiza a busca, armazenamento, manipulação e distribuição de dados de enfermagem para o suporte da prática, administração, educação e pesquisa nessa área, ou seja, utilizamos os recursos e produtos da informática quer seja como

auxílio para o dia a dia na prática e no cuidado direto ao paciente, quer seja na realização de pesquisas, quer seja no ensino, como um instrumento a mais para estimular discentes e pacientes, na busca de informações com qualidade (EVORA, 2007).

Nesse contexto, os profissionais de saúde, as instituições e a sociedade, como um todo, devem reconhecer a importância do uso do computador na área da saúde, assim como, seus potenciais benefícios, considerando que este favorece o acesso à informação, facilita a comunicação e pode melhorar a qualidade do cuidado em saúde.

Apesar de sistemas de informação estar sendo desenvolvidos para melhorar a eficiência e a produtividade da equipe de enfermagem, a chave para o sucesso está na sua aceitação e na disponibilidade de iniciar um processo de mudança.

É importante que o enfermeiro compreenda como a tecnologia da informação pode modificar o seu trabalho diário, e como usufruir de seus benefícios para criar novas oportunidades e ocupar seu espaço frente aos processos de mudança. A informática em enfermagem é um novo paradigma que se apresenta ao enfermeiro em decorrência dos impactos produzidos pelos avanços da tecnologia computacional (EVORA, 2007).

A conscientização dos profissionais de enfermagem frente à utilização da tecnologia de informação tende a beneficiar o paciente, reduzir os custos e racionalizar o trabalho. Dessa forma, o processo educacional de enfermagem deve contemplar a capacitação dos graduandos para atuarem nesse novo contexto tendo em vista uma sociedade do conhecimento, na qual quem não o detém não pode sobreviver no mercado de trabalho.

Conquanto, é preciso que essa ferramenta seja usada com ética e responsabilidade, haja vista que temos presenciado registro de dados irreais acerca das condições clínicas dos usuários, quando da utilização de recursos de transferência de informação, sem a devida confirmação *in loco*, o que tem gerado turbulência nos processos gerenciais de cuidado à saúde.

Assim como o fenômeno da comunicação, a informática é contemplada como componente curricular optativo nos PPC analisados, só que em apenas três deles.

Nesse prisma, reafirmamos que a informática na enfermagem é uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento da profissão e para a melhoria da assistência prestada, e como tal deve ser oferecida e valorizada dentro dos currículos para que seu uso possa ser cada vez mais otimizado de forma ética e responsável.

O último item da Tabela 8 afirma que para se ter a competência geral “Comunicação”, é necessário que o profissional tenha o domínio de pelo menos uma língua estrangeira. Do total de entrevistados apenas 11,4% concordam totalmente com essa afirmação, enquanto que

46,1% discordam e 13,5% nem concordam nem discordam. Os dados indicam que um percentual bastante reduzido, cerca de 11% do total possuem o domínio de outra língua além da materna.

Um estudo realizado por Puschel; Inácio e Pucci (2009) mostra uma realidade diferente da encontrada neste estudo. De um total de 175 egressos do curso de graduação em enfermagem de uma IES pública do sudeste do país, entre os anos de 2000 e 2005, a maior parte dos participantes mencionou ter domínio da leitura (95,4%), escrita (65,1%) e fala da língua inglesa (51,4%). Da língua espanhola, mencionaram ter o domínio da leitura (50,3%), escrita (14,3%) e fala (12%).

O fenômeno da globalização do mundo tornou indispensável o conhecimento de um segundo idioma por parte dos profissionais de diversas áreas e para aqueles que se preparam para ingressar em um mercado de trabalho cada vez mais competitivo e exigente. O domínio de outro idioma significa desenvolvimento pessoal, cultural e profissional e, acima de tudo, melhores condições de acompanhar as rápidas mudanças que vêm ocorrendo neste novo e tecnológico século.

Em estudo realizado por Mendonça e Fleith (2005) acerca de bilinguismo e criatividade, os resultados apontam que o aprendizado de uma segunda língua estimula o desenvolvimento da criatividade, tanto verbal quanto figurativa e do autoconceito (atitude social e responsabilidade social). Os resultados do estudo indicaram que os discentes bilíngues apresentaram escores superiores aos monolíngues no teste de inteligência, que sugerem que a aprendizagem de uma segunda língua favorece o desenvolvimento intelectual dos indivíduos.

Além da possibilidade de estímulo à criatividade e ao autoconceito, aprender uma segunda língua permite que uma pessoa se adapte a uma variedade de contextos culturais, ou seja, uma nova língua nos dá acesso a outras culturas e nossas vidas adquirem uma nova dimensão. Ao aprender um novo idioma você ganha novos horizontes ao mesmo tempo em que reforça a sua própria identidade e, portanto, a sua autoconfiança.

Magalhães (2010) ressalta ainda que em algumas áreas profissionais o conhecimento de uma segunda língua significa um salário até 70% maior. Os dados mostram que o aumento varia de acordo com os idiomas. Quem fala só português ganha menos do que quem fala também espanhol, que, por sua vez, recebe menos do que quem domina só o inglês e do que aqueles com fluência nas duas línguas estrangeiras. Para a autora: “A globalização torna necessário, cada vez mais, o domínio de outras línguas. Saber falar inglês e espanhol é

vantagem competitiva e se traduz, também, em maior ganho financeiro” (MAGALHÃES, 2010, p. 1).

Os cinco PPC analisados oferecem componentes curriculares optativos que contemplam o estudo do inglês e um desses PPC oferece um componente curricular voltado para o estudo do francês.

Diante de todos os aspectos levantados como positivos para a aquisição de um segundo idioma, é essencial que as IES estimulem os seus discentes para essa qualificação. Isso pode ser feito por meio da oferta de vagas em disciplinas de cursos de licenciatura na área de educação que tenham como foco a oferta ou aperfeiçoamento de língua estrangeira, o que já tem sido feito por todos os cursos analisados, além de computar a carga horária utilizada pelos discentes em cursos de idiomas não acadêmicos como carga horária de Atividades complementares, previstas no currículo.

A quarta competência geral proposta nas DCN/ENF é a “Liderança”:

No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001, p. 02).

A quinta competência é “Administração e gerenciamento”, descrita nas DCN/ENF como:

Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (BRASIL, 2001, p. 02).

Percebemos que as descrições trazidas nas DCN/ENF para a competência Liderança e para a competência Administração e gerenciamento possuem vários pontos de interseção e, dessa maneira, serão discutidas em uma única tabela, entendendo que são competências que se complementam.

Para Gardner (1990) liderança é o processo pelo qual um grupo é induzido a dedicar-se aos objetivos defendidos pelo líder ou partilhado por ele e seus seguidores.

Já para Tannenbaum *et al.* (1970), liderança é o exercício da influência interpessoal numa situação via processo comunicativo para que seja atingida metas determinadas.

A liderança é tida como uma das principais competências a serem adquiridas pelo profissional de saúde, sendo a enfermagem uma área propícia para o desenvolvimento da liderança, já que, o trabalho é desenvolvido por um grupo de pessoas com formação diversificada, ou seja, desde o nível elementar até o nível superior; cabe ao enfermeiro a responsabilidade em coordenar as atividades exercidas pelos demais membros da equipe de enfermagem (SIMÕES, 1997). Em outras palavras, compete ao enfermeiro liderar a equipe de enfermagem.

Segundo Galvão (1990), o enfermeiro através da liderança na sua prática gerencial, tenta conciliar os objetivos da organização com os objetivos da equipe de enfermagem, buscando a melhoria da prática profissional e da assistência de enfermagem prestada.

Os conceitos de administração e gerência estão fortemente entrelaçados com o processo gerencial do enfermeiro. A Administração é tida como a ciência que embasa a gerência de enfermagem que, por sua vez, compreende-se como prática coletiva entre cliente e trabalhador de saúde, sujeitos sociais em ação (SPAGNOL, 2005). Assim, no que se refere à administração, o enfermeiro, em sua prática, faz uso de instrumentos que o auxiliam no gerenciamento do seu trabalho, a fim de atender as necessidades dos clientes, de modo a melhorar a qualidade da assistência.

Tabela 9 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do alcance das competências gerais “Liderança” e “Administração e Gerenciamento” no seu processo formativo. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|---|---------|----------|-----------|-----------|------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 1. Profissional apto a ser gestor, empreendedor, empregador ou liderança na equipe de saúde | 2 (1,0) | 11 (5,7) | 32 (16,6) | 72 (37,3) | 76 (39,4) |
| 2. Profissional compreende os princípios e diretrizes do SUS e sabe como aplicá-los na sua prática profissional | 1 (0,5) | 11 (5,7) | 11 (5,7) | 79 (40,9) | 91 (47,2) |
| 3. Profissional capaz de compreender as relações de trabalho e sua influência na saúde | 5 (2,6) | 8 (4,2) | 11 (5,7) | 52 (26,9) | 117 (60,6) |

Fonte: Dados da pesquisa. Bahia, 2013.

O item 1, da Tabela 9, afirma que o profissional deve estar apto a ser gestor, empreendedor, empregador ou liderança na equipe de saúde. Dentre os entrevistados, 6,7% discordam dessa afirmação, 16,6% nem discordam nem concordam, enquanto que 37,3% concordam pouco e apenas 39,4% concordam totalmente, o que indica que apenas 1/3 dos discentes sentem-se aptos a exercer liderança, seja como gestor, empreendedor ou empregador.

Na dimensão gerencial, a enfermeira tem como objetivo articular as atividades de organização do trabalho e de recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho para os trabalhadores (FELLI; PEDUZZI, 2005). Dessa maneira, é a enfermeira a responsável pela organização e coordenação das atividades assistenciais prestadas ao usuário e sua família dentro das suas várias áreas de atuação e pela viabilização para que os demais profissionais da equipe de enfermagem possam executar tais atividades.

Essa afirmação é retratada nas UR descritas a seguir:

[...] é o enfermeiro que gerencia o cuidado, porque gerenciar hoje, em alguns momentos, é até mais importante do que você fazer (E12).

Quando você tem um bom gerenciamento desse cuidado você tem uma boa formação dos técnicos com quem você está trabalhando e esse gerenciamento faz com que a equipe observe e valorize o enfermeiro como gerente do cuidado (E3).

Eu acho que gerenciar é o nosso caminho, mas gerenciar com competência e presente junto com o aluno, com o técnico (E8).

Cunha e Ximenes Neto (2006) identificaram seis competências gerenciais que devem estar presentes em um profissional que atua na gestão, são elas: poder pessoal, efetividade interpessoal, gestão financeira, gestão de recursos humanos, cuidados com o *staff*, com os pacientes e consigo mesmo, pensamento sistematizado e como atributos adicionais destacam o otimismo e a resiliência.

Percebemos o quão complexa é a gestão, pois ela envolve aspectos relacionados à pessoa individualmente, dela com o grupo e dela na sua atuação na empresa.

Gerenciar envolve tudo, é gerenciar os recursos, o espaço, a equipe, o cuidado [...] é bastante complexo (E5).

Quanto ao perfil empreendedor, a enfermagem possui competências múltiplas e um campo de atuação amplo e socialmente reconhecido, mas precisa ousar, no sentido de explorar

as oportunidades e visualizar novos espaços, entendendo que ser empreendedor é ser capaz de protagonizar novos campos e práticas de atuação profissional. É ter a capacidade de imaginar, desenvolver e concretizar visões, nas quais conceitos de si, sinergia, liderança e sistema de relações/interações são elementos fundamentais (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2010).

Dees (2001) ressalta que existe uma diferença entre o empreendedorismo de negócio ou privado, atrelado às atividades de negócio, e o empreendedorismo social, mesmo que o último tenha sido fortemente influenciado pelo primeiro.

Enquanto para o primeiro, a geração de riquezas é uma maneira de mensurar a geração de valor, para o segundo, a missão social é central e concebe a riqueza como meio para alcançar determinado fim (DEES, 2001).

Abreu (2010, p. 1) define empreendedorismo social como “um conjunto de ações que visam à melhoria da sociedade, onde os empreendedores lançam mão de medidas que podem ser ao mesmo tempo lucrativas e sociais”.

Já para Backes; Erdmann e Buscher (2010) empreendedorismo social é um paradigma emergente de um novo modelo de desenvolvimento em redes e parcerias, com foco na dimensão humana e social. Pode ser entendido, também, como um fator indutor e gerador de auto-organização do sistema social, que contribui para o desenvolvimento integrado e sustentável, bem como no enfrentamento das expressões da questão social.

Concordamos com os autores e defendemos que o empreendedorismo social gera transformação social, emancipação social e empoderamento dos cidadãos, contribuindo para a sustentabilidade e justiça social.

Na lógica competitiva do mercado, o discente de enfermagem precisa estar preparado para atuar nos diferentes espaços, com estímulo à capacidade criativa, arrojada e empreendedora para buscar, de forma inovadora, os seus próprios referenciais de sustentabilidade.

Gonçalves, Piancó e Almeida (2011) acreditam que ser empreendedor significa, acima de tudo, ser um realizador que produz novas ideias através da congruência entre criatividade e imaginação. O empreendedor, em geral, é motivado pela autorrealização e pelo desejo de assumir responsabilidades e ser independente. Observamos que a autoavaliação, a autocrítica e o controle do comportamento são características do empreendedor que busca o sucesso. Para se tornar um empreendedor de sucesso, é preciso reunir imaginação, determinação, habilidade de organizar, liderar pessoas e de conhecer técnica e cientificamente a área que você vai atuar.

Nessa senda, formar profissionais geradoras de novas ideias empreendedoras deve ser considerado mais um desafio aos educadores do novo século.

Com os crescentes avanços sociais, principalmente, no campo do conhecimento, é preciso superar os moldes tradicionais de ensino e dar centralidade às metodologias questionadoras e instigadoras de novas possibilidades. É preciso que se tire a centralidade da figura do docente e se promova o desenvolvimento de metodologias participativas e a criação de espaços capazes de estimular a criatividade, a iniciativa e a auto-direção para a prática do empreendedorismo.

O que se pretende, de outro modo, é elevar o grau de interesse do aluno para o fomento de novas possibilidades nos diferentes espaços de atuação do enfermeiro e promover competências e aptidões sócio-políticas por meio do processo de ensinar e aprender de modo criativo e construtivo.

Essa proposta encontra respaldo em Freire (2002) quando afirma que ensinar consiste em uma prática muito além que mecanicamente treinar alunos e alunas ou meramente depositar-lhes uma quantidade massiva de conteúdos, mas uma prática “educativo progressista” ou crítica, na qual nenhuma consciência crítica é formada pelo treinamento, mas por meio da valorização do dia a dia do educando, do reconhecimento do princípio da inconclusão do ser humano, de modo a criar as possibilidades para uma educação baseada no direito a liberdade do ser, de poder ver, rever, refletir e construir o seu próprio conhecimento.

No que tange ao segundo item da Tabela 9 – “Profissional compreende os princípios e diretrizes do SUS e sabe como aplicá-los na sua prática profissional”, as respostas dos discentes demonstraram um percentual de concordância total baixo de 47,2% das respostas, enquanto que 40,9% dos entrevistados concordam pouco com a afirmação. Dentre os que nem concordam nem discordam temos 5,7%, semelhante aos que discordam pouco. Apenas 1 informante (0,5%) discorda totalmente.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 tem como uma de suas características principais a valorização de alguns direitos de cidadania, entre eles a saúde, reconhecida como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1998). Muito dessa conquista deve-se ao movimento de reforma sanitária, encabeçado por um conjunto expressivo de militantes e intelectuais que buscavam a democratização do país e a construção de uma sociedade mais justa.

Ao longo desses quase 25 anos da sua promulgação muito se avançou na busca de um sistema de saúde que concretizasse o ideário expresso no texto constitucional, como afirma Mattos (2001, p. 42):

Construiu-se um arcabouço institucional para dar conta da diretriz da participação popular, com a criação de conselhos e conferências de saúde, e a descentralização também tem avançado, embora gradualmente. Em geral, o processo político em saúde envolve hoje um conjunto de atores muito mais amplo que outrora. E, mais recentemente, têm sido implementadas propostas que visam diretamente a modificar o modo de organização dos serviços e das práticas assistenciais.

No setor de ensino, entretanto, revela-se necessário e urgente um movimento social por uma Reforma da Educação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), na qual haja um investimento maior em políticas educacionais para a formação de profissionais de saúde sustentados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Rebouças (2007) constatou através de sua dissertação de mestrado que os discentes dos cursos de graduação em enfermagem acreditam que o que é visto durante a sua formação acadêmica não é o que elas acham necessário para compreender o SUS. Segundo os discentes, as aulas evidenciam uma valorização de leis, um discurso teórico, enquanto que eles buscam entender os princípios do SUS e as formas práticas e possíveis de sua aplicação cotidiana.

Embora as DCN/ENF tragam uma preocupação com a consolidação do SUS, ampliando a responsabilidade social e com a capacidade de resposta e oferta da universidade aos problemas e demandas contemporâneos, como interpretam Ceccim; Feuerwerker (2004), percebemos nas falas dos discentes, retratadas no estudo de Rebouças (2007) que o compromisso e a responsabilidade da universidade com o SUS ainda é bem pequeno, constatada pela abordagem superficial que é dada ao tema e pelo despreparo sentido pelas próprias alunas para a sua implementação.

Segundo Rebouças (2007) há um acordo geral de que a formação é falha na abordagem do Sistema Único de Saúde, seja ela em seus aspectos históricos, que possibilitariam o conhecimento das dificuldades enfrentadas com a consequente compreensão da situação atual, seja ela quanto a seus princípios, princípios esses que deveriam nortear todo o processo de formação da profissão.

A mesma autora ressalta que nas falas das docentes participantes da sua pesquisa, o SUS é visto como mais um conteúdo a ser ministrado. Há uma dificuldade em entender que o ensino na área de saúde deve acontecer de forma articulada e negociada com os seus princípios.

O estudo de Rebouças (2007), contudo, vai de encontro aos depoimentos obtidos no nosso estudo, constatados através das UR retratadas a seguir:

O curso de enfermagem dessa escola aborda o SUS do início até o final. Os princípios do SUS permeiam todas as disciplinas. Elas abordam esse conteúdo, o tempo inteiro a gente 'tá' falando desse assunto, até disciplinas como a minha [...] que é semiologia, semiotécnica, a gente já aborda essa questão. Então ele vê isso desde o início do curso, então ele tem uma boa base, conhecimento do que é o SUS [...](E7).

A gente lutou muito por esse modelo de atenção que o SUS traz, então eu acho que a formação tem que estar em consonância com esse modelo pra ajudar na sua concretização(E9).

Nós tivemos um momento interessante aqui na escola há cerca de três anos, onde nós tivemos um curso intitulado “Capacitação pedagógica para docentes para o SUS”, financiado pelo Ministério da Saúde [...]e serviu como um despertar para entender que a formação tem que se voltar para o SUS (E10).

Nós temos várias disciplinas voltadas para o contexto da Saúde Coletiva, e o aluno tem sido formado mais próximo daquilo que se idealiza como o profissional ideal pra trabalhar no SUS (E12).

[...] nosso objetivo maior é formar profissionais que vão atuar dentro desse sistema, que é o grande empregador hoje, na área de saúde em nosso país[...](E6)

Nosso curso tem como imagem/objetivo formar profissionais pra transformar esse sistema e não pra se adequar a seus entraves e dificuldades, mas sim pra tentar transformar e adequar esse sistema às reais necessidades de saúde da população (E15).

Percebemos nas UR um entendimento geral da necessidade de se formar profissionais de qualidade e comprometidos com a construção do SUS. Só por meio de uma formação articulada e comprometida com o sistema de saúde é que poderemos romper com os entraves que ainda dificultam a efetivação do sistema e oferecer serviços de qualidade voltados para o atendimento das reais necessidades de saúde da maioria da população.

O último item, da Tabela 9, trata das competências gerais “Liderança” e “Administração e Gerenciamento” - Profissional capaz de compreender as relações de trabalho e sua influência na saúde, apresentou o maior percentual de concordância total 60,6%. Dentre os que concordam pouco com a afirmação temos um total de 26,9%. Nem concordam nem discordam somam 5,7% e dentre os que discordam da afirmação temos 6,7% dos entrevistados.

Os resultados demonstram que a maioria dos discentes compreende que as relações no trabalho têm uma influência sobre a qualidade da assistência à saúde prestada pela equipe.

Os docentes demonstram essa mesma compreensão e têm se preocupado em desenvolver atividades que possibilitem o trabalho em equipe multidisciplinar, como podemos ver nas UR seguintes:

[...] pra gente formar um aluno crítico-reflexivo temos que criar um espaço de discussão com outro colega de outro componente curricular, como é que a gente vai querer que o aluno depois tenha um processo de discutir com outros profissionais, de trabalhar com a transdisciplinaridade, considerando a equipe multiprofissional se nós não prepararmos o aluno pra isso (E2).

[...] essa atividade para ser aprovada pela universidade ela não pode ser de um curso só, somente para o estudante de enfermagem. Ele tem que ser uma atividade que as suas ações envolvam estudantes de enfermagem, no caso, e mais outros de qualquer outra área, isso já vai no projeto e obriga o trabalho em equipe multidisciplinar colocando os estudantes a pensarem em conjunto sobre as ações. Então aqui na escola tem vários projetos com estudantes de Nutrição, de Medicina, Psicologia, Sociologia, Odonto[...](E5).

O currículo atual aumenta a autoestima do estudante, traz pra ele uma outra visão sobre o papel dele no serviço, o papel dele junto à comunidade, o papel dele enquanto profissional, cidadão e da sua importância enquanto componente da equipe de saúde. O estudante está sendo provocado a refletir o tempo inteiro sobre isso, a si posicionar e a si envolver (E5).

Nesse primeiro semestre temos sete disciplinas e apenas uma é só da enfermagem, as demais são oferecidas para todos os cursos juntos e assim agente trabalha a questão da interdisciplinaridade e acredita que esse aluno sairá com um diferencial, entendendo a importância do trabalho em equipe multiprofissional de forma interdisciplinar e a qualidade da sua assistência será diferenciada (E10).

[...]eu acredito que nenhuma prática possa ser suprida por atividades em laboratório, o contato com o paciente, com a equipe é fundamental, é aí que ele vai entendendo o que é cuidar de verdade (E13).

[...]tem que haver um trabalho em equipe multidisciplinar, se isso não ocorre na trajetória formativa não vai acontecer na vida profissional(E15).

O trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas, que possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns.

O trabalho em equipe dentro de um serviço de saúde:

Tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a

possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO e ROCHA, 2007, p. 03)

É sabido que existem diferentes formas de se considerar o trabalho em equipe. Peduzzi e Palma (1996, p. 240) diferenciam equipe multidisciplinar e equipe interdisciplinar:

[...] o prefixo “multi” traduz a justaposição de trabalhos realizados por um agregado de agentes de diferentes qualificações técnicas [...] ao passo que o prefixo “inter” diz respeito a uma conexão e integração que considera cada um dos trabalhos como seus respectivos aportes práticos e teóricos.

Iribarry (2003, p.1) define multidisciplinaridade como: “[...] uma gama de disciplinas propostas simultaneamente, mas sem fazer aparecer diretamente as relações que podem existir entre elas”.

Por exemplo, em um hospital, vários profissionais estão reunidos, mas trabalham isoladamente. O paciente passa pelo médico ortopedista, em seguida, é atendido no serviço de Raio-X e, finalmente, dirige-se ao Fisioterapeuta.

Nesse caso, não há contato entre os profissionais envolvidos no atendimento, eles não estão articulados entre si de modo que haja relações entre as disciplinas.

Há uma concepção de equipe apenas como um conjunto de trabalhadores de um mesmo estabelecimento, sem uma preocupação com a organização do trabalho de modo a possibilitar a realização de assistência integral, com a articulação de saberes essenciais para a boa prática do cuidado.

Rebouças (2007) afirma que na realidade de muitos serviços de saúde existe a estrutura de equipes multiprofissionais, com a presença de representantes de diferentes categorias profissionais, porém o que não se dispõe é de um planejamento compartilhado, de divisão de tarefas, de cooperação e colaboração entre os membros, elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde.

Ceccim (2004, p. 260) assevera que: “devemos reconhecer a imposição social da multiprofissionalidade. Resta-nos partir da admissão dessa condição, já de antemão, para negociar em cada realidade os modos, meios, processos e dinâmicas para sua efetivação”.

Concordamos com o autor de que o trabalho multiprofissional, no qual há intercessão de saberes, é uma necessidade eminente. Não se pode pensar no cuidado sendo prestado sob um só ângulo, nem tampouco pensar que existem fórmulas prontas para se conseguir esse trabalho conjunto. Cada espaço institucionalizado, cada comunidade, cada grupo de

profissionais possui características próprias que deverão ser consideradas no trabalho em equipe. Dito de outra forma, cada equipe de saúde, seja ela hospitalar ou da atenção básica deve conhecer suas potencialidades e fraquezas e a partir daí, encontrar o caminho para a construção do trabalho em equipe.

É importante entendermos que para assegurar o cumprimento do objetivo fundamental de uma organização, seja hospitalar ou da atenção básica, que é o de produzir saúde com qualidade, é necessário, como propõe Campos (1998), a busca de um modelo technoassistencial, comprometido e vinculado com os usuários, em que se atue em equipes multiprofissionais, operando conhecimentos interdisciplinares.

A sexta e última competência geral proposta nas DCN/ENF é a “Educação permanente”, assim descrita em seu texto:

[...] os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2001, p. 02).

Educação Permanente em Saúde - EPS, em contrapartida, é definida na Portaria 198/GM/MS, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, como “estratégia de reestruturação dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo, de valores e conceitos dos profissionais” (BRASIL, 2004). Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem.

Brasil (2004) apresenta a Educação Permanente como aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Devendo ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A PNEPS introduz no Brasil um novo pensar para a qualificação dos profissionais de saúde e coloca em lócus seu próprio processo de trabalho.

A política adotada pelo MS comprova a situação de descompasso entre a educação formal e o crescente desenvolvimento do conhecimento em vários campos do saber, que tem apontado para um mercado de trabalho cada vez mais exigente quanto à qualificação dos

trabalhadores e para uma carga de informações impossível de ser assimilada apenas durante os anos escolares.

Mancia; Cabral e Koerich (2004) acreditam que ao interferir e propor diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área da saúde, com enfoque na “pedagogia das competências”, o MS lançou um desafio às escolas, quanto à necessidade de formar recursos humanos para o SUS, parecendo assim coerente a proposta de educação permanente em saúde, que daria continuidade ao processo educativo formal dos profissionais da saúde, trazendo para os Pólos ou rodas de gestão loco-regionais a responsabilidade de propiciar aos trabalhadores da saúde um processo permanente de desenvolvimento de competências.

A tabela a seguir mostra o entendimento dos discentes quanto à temática Educação Permanente.

Tabela 10 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do alcance da sexta competência geral “Educação permanente” no seu processo formativo. Bahia, 2013.

| Item | DT | DP | NCND | CP | CT |
|--|---------|---------|----------|-----------|------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 1. Profissional compreende o sentido e a necessidade da Educação Permanente. | 0 (0,0) | 2 (1,0) | 10 (5,2) | 22 (11,4) | 159 (82,4) |

Fonte: Dados da pesquisa. Bahia, 2013.

Os dados apresentados na Tabela 10 apontam um percentual elevado de concordância total e parcial que quando somados chegam a aproximadamente 94% das respostas. Isso indica, com certa clareza, que o discente compreende o que é Educação Permanente e entende que a aquisição de competências e habilidades, tal qual a educação, não se completa com a formatura, mas deverá ser um processo permanente e contínuo também na vida profissional, permitindo que os profissionais da saúde, especialmente da enfermagem, atuem de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades apontadas pelos cenários de saúde, educação e trabalho, em sua área de atuação.

Assim como os discentes, os docentes reconhecem a importância da Educação Permanente no processo de formação profissional:

[...] a gente tem feito educação permanente com os enfermeiros da unidade, então, por exemplo, no Centro Cirúrgico todas as capacitações que o enfermeiro sugere para a equipe a gente desenvolve junto com o estudante

estagiário, eles fazem, eu só faço supervisionar as atividades, organizar, orientar e eles é que fazem(E4).

O setor de Recursos Humanos do Hospital [...] hoje tem um planejamento de capacitações dos profissionais, então na medida do possível a gente participa, tanto quanto ouvinte, quanto na elaboração e as vezes até toma para si (E4).

O aluno também capacita os profissionais da Unidade Gestora da universidade, localizada no Hospital. Com isso ele já percebe a necessidade de capacitar os profissionais que ele vai gerenciar, dá a ele uma percepção da importância da Educação Permanente (E19).

A questão da Educação Permanente hoje é imprescindível (E3).

Você está fazendo sua visita como enfermeiro ou como professor com o seu aluno e você tem que aproveitar para discutir com ele o processo de cuidado, senão você perde a oportunidade e se não for naquele momento deixa de ser educação permanente (E13).

A educação permanente é um processo onde há ganho para os dois lados (E15).

Seguindo essa linha de pensamento, é importante reafirmar que o aperfeiçoamento técnico é necessário, mas devem ser consideradas as necessidades estabelecidas pelos profissionais e usuários e não somente as priorizadas pelos serviços ou instituições. A EPS deve ser parte do processo de trabalho, havendo a criação de espaços dentro dos serviços de saúde para sua implantação, nos quais os profissionais possam repensar suas práticas, buscar estratégias de intervenção, superar limites e dificuldades enfatizando o trabalho em equipe como estratégia para superar conflitos, divergências e provocar mudanças na qualidade da assistência prestação à população.

Não é uma ação de fácil implementação se considerarmos que a educação de adultos tem suas peculiaridades. Os adultos são pessoas independentes, portanto, as experiências de aprendizagem necessitam ser estruturadas cuidadosamente de modo a estimular diálogos abertos, troca de ideias e respeito à heterogeneidade do grupo e dos seus indivíduos. Além disso, os docentes têm de ser facilitadores ou fonte de recursos para os aprendizes, o conteúdo deve ser baseado em experiências reais e a verificação da aprendizagem baseada em componentes de autoavaliação (NIETSCHE, 1998).

Destarte, destacamos os princípios e práticas do método de Paulo Freire - os quais são entendidos muito mais como uma teoria do conhecimento do que como uma metodologia de ensino, muito mais como um método de aprender que um método de ensinar- como um pressuposto teórico que poderá ser usado na implementação da EPS.

A proposta de Freire (2000), utilizada inicialmente na alfabetização de adultos, parte do estudo da realidade (experiência do educando) e da organização dos dados (experiência do educador). Nesse processo surgem os Temas Geradores, extraídos da problematização da prática de vida dos educandos. Seu projeto educacional contempla uma prática libertadora, construindo sua teoria do conhecimento com base no respeito pelo educando, na conquista da autonomia e na dialogicidade enquanto princípios metodológicos.

A proposta de Freire é diferente das metodologias tradicionais porque possibilita uma aprendizagem libertadora, não mecânica e estática, não compartimentalizada, não fragmentada, mas uma aprendizagem abrangente e com um forte teor ideológico que nos incita a uma tomada de posição frente aos problemas com que vivemos.

Em síntese, a Pedagogia Libertadora destaca que o ato educativo deve estar alicerçado no respeito pelo educando, na conquista da autonomia e na dialogicidade e que ele é sempre um ato de recriação, de ressignificação de significados, num movimento de observação-reflexão-readmiração-ação para tornar o aprender um ato de conhecimento da realidade concreta e de desvelamento de aspectos dessa realidade.

A Pedagogia Libertadora, conforme sua denominação, pretende libertar, tirar as amarras e propiciar a seus agentes interferir na sua própria realidade, o que vai ao encontro da proposta de educação permanente, que está embasada na aprendizagem significativa, ou seja, pressupõe uma pedagogia diferenciada, que considere cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades e destaca que educadores e estudantes têm papéis diferentes dos tradicionais.

A lógica da educação permanente é descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar. Envolve mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas. Desse modo, a formação e a gestão do trabalho em saúde, passam a ser consideradas questões técnico-políticas e não apenas técnicas, requerendo ações no âmbito da formação, na graduação, na pós-graduação, na organização do trabalho, na interação com as redes de gestão e de serviços e no controle social (MANCIA, CABRAL; KOERICH, 2004).

Vemos a Educação Permanente em Saúde como uma estratégia fundamental para gerar transformações reais no mundo do trabalho, fazendo desse espaço um lugar para uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada além de tecnicamente competente.

4.2.2 Presença e valorização das Atividades Complementares

As Atividades Complementares constituem um conjunto de estratégias didático-pedagógicas que permitem a complementação, por parte do estudante, dos saberes e habilidades necessárias à sua formação, a partir da sua visão de mundo. Constituem-se em um espaço livre para a personalização curricular pelos graduandos em função de seus interesses e das necessidades do mercado de trabalho.

Elas objetivam imprimir flexibilidade aos currículos dos cursos, e ampliar horizontes do conhecimento para além dos espaços físicos da IES, favorecendo o relacionamento entre grupos e possibilitando, ao aluno, adquirir autonomia para realizar uma trajetória particular de estudos e vivências que possam contribuir com a construção de competências e habilidades, além de ensejar condutas adequadas ao exercício profissional (FACULDADE DE SÃO VICENTE, 2011).

As DCN/ENF aduzem em seu Art. 8º que:

O projeto pedagógico do Curso de Graduação em enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins (BRASIL, 2001).

Os cursos de graduação em enfermagem da Bahia, em sua maioria, têm atendido a essa proposta explicitada pelas DCN/ENF, já que em apenas um PPC analisado as Atividades Complementares(AC) não são uma realidade.

Nessa IES, eles preferiram ao invés de fazer modificações pontuais, como a inclusão das AC, estabelecer uma reestruturação total do currículo, a partir da implantação de uma proposta de Currículo Integrado, porém até o momento da coleta de dados, esse novo currículo não havia sido implantado e, por conseguinte, a escola ainda trabalha com o currículo da época da criação do curso.

Como até 2011 o PPC não havia sido aprovado, e a escola já tinha dez anos de defasagem desde a publicação das diretrizes, eles resolveram fazer uma reformulação em cima do projeto antigo. Diminuíram a carga horária de algumas disciplinas, ampliaram a carga horária de Estágio Supervisionado, incluíram o TCC e as Atividades Complementares. No entanto, mesmo essas alterações não foram implantadas, pois estão aguardando a aprovação no Consepe.

Nas quatro demais IES, as Atividades Complementares já se encontram em funcionamento e são regidas por normas internas criadas pelos Colegiados de Cursos ou

Resolução publicada pela IES para todos os cursos. Abaixo apresentamos as Atividades Complementares de cada curso, disponíveis em seus PPC.

Quadro 4- Atividades Complementares consideradas pelos Cursos de graduação em enfermagem e carga horária correspondente, conforme Projeto Pedagógico. Bahia, 2012.

| CARGA HORÁRIA ATIVIDADE | IES 1 | IES 2 | IES 3 | IES 5 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| | 200h | 200h | 102h | - |
| Participação em projetos institucionais de extensão ou iniciação científica, orientados por docentes | X | X | X | - |
| Participação como voluntário em atividades de extensão e pesquisa institucional | X | X | X | - |
| Intercâmbio em IES nacionais ou internacionais. | X | | | - |
| Monitoria em disciplinas pertencentes ao currículo | | X | X | - |
| Participação em eventos técnico-científicos específicos | X | X | X | - |
| Participação em eventos técnico-científicos afins | X | | | - |
| Participação em eventos técnico-científicos específicos ou afins, com apresentação de trabalho | | | | - |
| Participação como autor em trabalho de Pesquisa | X | X | X | - |
| Publicação de artigo científico em revista especializada e em anais | X | X | X | - |
| Participação em grupos de estudo | | | X | - |
| Participação em Comissões de Departamento de Saúde, Colegiado, CONSU e CONSEPE | X | X | | - |
| Estágios não obrigatórios | X | X | X | - |
| Participação como Representante estudantil nos conselhos | X | X | | - |
| Participação em diretórios central e | X | X | | - |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| acadêmico | | | | |
| Participação em empresa júnior | | X | | - |
| Participação como Mesário em processo eleitoral | | X | | - |
| Participação como voluntário em Programas Governamentais, tais como: Comunidade Solidária, Programa Amigos da Escola; atividades em instituições sociais ou ONG'S (orfanato, asilo) e voluntários em Entidades de Classe/órgãos fiscalizadores (ABEN, COREN, Sindicatos). | X | X | X | - |
| Participação como bolsista ou voluntário em Serviço de Saúde Universitário | X | | | - |
| Participação como monitor em eventos (cursos, jornadas, semanas, etc.) | X | X | X | - |
| Participação em Comissão Organizadora de eventos | X | X | | - |
| Palestrante em oficinas, eventos, mini-cursos, igrejas, escolas e associações com temas relacionados à área de saúde | X | X | | - |
| Cursos com conteúdo da área de saúde, informática (programas não incluídos nos componentes curriculares obrigatórios) | X | X | X | - |
| Cursos de Educação à Distância relacionados à área de saúde | X | X | | - |
| Proficiência em língua estrangeira (instituição reconhecida) | X | X | | - |
| Participação em atividades artísticas e culturais | X | X | | - |
| Atividades profissionais diversas (bolsa trabalho universitário) | | X | | - |
| Aplicação de vacinas ou outros procedimentos sob supervisão em campanhas internas e externas à universidade | | X | | - |

Observamos nos PPC uma inovação na diversidade das AC consideradas, já que as DCN/ENF sugeriam apenas monitorias e estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

As AC são bem semelhantes para todos os cursos e elas contemplam além das atividades diretamente ligadas a formação profissional do enfermeiro, também atividades de cunho social, político e cultural, que estimulam a cidadania, o voluntariado, o empreendedorismo, a liderança, a aquisição de um segundo idioma, a comunicação, dentre outras habilidades e competências intrínsecas a essas AC.

Apoiadas em Freire (1989), reafirmamos nosso entendimento de que a educação está para além dos muros da escola, ela se complementa na educação não escolar. Educação é um processo de interação que ocorre o tempo todo, é uma via de mão dupla, na qual quem educa é, ao mesmo tempo, educado, o que demarca sua amplitude para além da instituição escola.

Segundo Smith (2012), o sistema de educação formal no final dos anos 60 apresentava uma lenta adaptação às mudanças sócio-econômicas em curso e, desse modo, para enfrentar as novas demandas sociais seria necessário o envolvimento de outros setores da sociedade. Marco desse movimento é o relatório construído por Faure *et al* (1972) para a UNESCO, que firmou diretrizes quanto à “educação ao longo da vida” (*lifelong education*) e a “sociedade de aprendizagem” (*the learning society*).

Tal documento serviu de base para a criação das três categorias de sistemas de aprendizagem largamente discutidos na atualidade: a educação formal, a educação informal e a educação não-formal.

Para Gadotti (2005) a educação formal tem objetivos claros e específicos e é representada principalmente pelas escolas e universidades. Ela depende de uma diretriz educacional centralizada como o currículo, com estruturas hierárquicas e burocráticas, determinadas em nível nacional, com órgãos fiscalizadores dos ministérios da educação.

Para Souza (2001) a educação formal, isto é, a educação escolar, que não está necessariamente associada à educação domesticadora, se impôs na modernidade quando o conhecimento se tornou um meio de produção e um produto cada vez mais elaborado. Desde então, não podemos deixar de nos referir a ela como um direito que queremos ver universalizado.

Já a educação informal pode ser entendida como educação não intencional decorrente de processos espontâneos na trajetória dos indivíduos em interação com a família e nas demais experiências de vida. Para Gohn (2006), educação informal é aquela que os indivíduos aprendem durante seu processo de socialização - na família, bairro, clube, amigos etc, carregada de valores e culturas próprias, de pertencimento e sentimentos herdados.

A educação não-formal, para Akamine (2007) é aquela que tem um caráter transformador, em que valoriza e resignifica as práticas educativas e culturais com o intuito de

educar e formar cidadãos capacitados a integrar-se na sociedade, transformando-a de maneira a se tornar mais humana e igualitária.

Na educação não-formal, o ato de ensinar conteúdos escolares decorre de forma mais “espontânea” que nas instituições escolares, uma vez que sempre se busca a relação entre conteúdo e vivências fora do espaço educativo. Dessa maneira, os conteúdos ministrados e a finalidade das práticas educativas podem e são determinadas pela comunidade e seu contexto social.

Para Freire (2001, p. 116):

[...] a educação autêntica, não se faz de A para B ou de A sobre B, mas de A com B, mediatizados pelo mundo. Mundo que impressiona e desafia uns aos outros originando visões ou pontos de vista sobre ele. Visões impregnadas de anseios, de dúvidas, de esperanças ou desesperanças que implicam temas significativos, à base dos quais se constituirá o conteúdo programático da educação.

A partir da realidade vivenciada pelo aluno, seu contexto de mundo, suas relações sociais, crenças, valores, gostos artísticos, pode-se promover atividades atraentes para esse aluno, garantindo uma aprendizagem significativa, visto que se trata de conteúdos relacionados à sua própria vivência, numa prática que considera os conhecimentos já obtidos anteriormente.

De acordo com Akamine (2007), a educação não-formal designa um processo com várias dimensões. A primeira delas é a dimensão política da aprendizagem: “aprendizagem política, em que o sujeito compreende seu papel enquanto cidadão integrado em seu meio social e natural”(AKAMINE, 2007, p. 20). Identificamos essa dimensão no discurso dos docentes quando se referem a AC, retratada nas UR a seguir:

[...] aqui na escola a gente considera até participação em mesa eleitoral porque é uma questão de cidadania, a gente não pode achar que porque é enfermeiro só pode participar de coisas de enfermagem, isso é um equívoco, porque pra ser crítico, reflexivo você tem que se envolver com todas as áreas, de direito, de saúde, de educação, isso é que vai fazer você crescer (E2).

[...] é importante que o aluno participe das entidades de classe como ABEN e o sindicato porque isso amplia sua visão sobre as questões políticas que envolvem a categoria (E15).

O colegiado dá todo o apoio para o diretório acadêmico porque ficamos um tempo sem ter o diretório aqui na escola e foi uma época morna de representação discente (D18).

Uma segunda dimensão da aprendizagem não-formal trazida por Akamine (2007) é a “aprendizagem de conteúdos escolares, porém de maneira diferenciada quanto à metodologia e espaço físico, desenvolvida de modo que possibilitem aos indivíduos fazerem uma leitura do mundo do ponto de vista de compreensão do que se passa ao seu redor” (AKAMINE, 2007, p. 20). Essa também foi uma dimensão identificada nos discursos docentes:

A gente informa que as AC podem ser realizadas tanto intra- muros como extra muros, e que diversos cursos da instituição, da área de saúde ou não, oferecem seminários, conferências, simpósios e que eles podem e devem participar (E7).

Além das atividades realizadas dentro da própria universidade eles podem participar em congressos não promovidos especificamente por essa instituição, mas por outras instituições públicas e privadas do município, no próprio estado, fora do estado, no Brasil e até eventos internacionais (E13).

[...] fala ‘prá’ eles participarem como bolsistas de projetos de pesquisa, projetos de extensão, monitorias de disciplinas (E1).

As unidades de registro docentes vão ao encontro do que afirma Gadotti (2005, p. 03) “O espaço da aprendizagem é aqui, em qualquer lugar; o tempo de aprender é hoje e sempre”. As experiências de aprendizagem estão em todas as partes que exista convívio social, sejam eles dentro da própria enfermagem ou não, dentro do país ou não, dentro de espaços públicos ou não, porquanto “a sociedade do conhecimento é uma sociedade de múltiplas oportunidades de aprendizagem” (GADOTTI, 2005, p. 03).

As unidades de registro comprovam que essa sociedade do conhecimento tem favorecido o desenvolvimento das AC, haja vista asseverarem que:

As atividades complementares têm acontecido sem problemas (E1).

[...] a maioria dos alunos conseguem dar conta. A gente já teve alunos que fizeram mais de 1000 horas de atividade complementar (E15).

O aluno é incentivado a fazer atividades complementares desde o primeiro dia que ele entra na universidade e não temos dificuldade para o cumprimento (E7).

Nesse intento, questionamos aos discentes se o seu curso os estimula e apoia para a realização de atividades complementares. Os resultados, apresentados na Tabela 11 nos mostram que um percentual bastante baixo, 33,2% dos respondentes concordam totalmente com essa afirmação, enquanto 37,8% concordam pouco. Dentre os que discordam totalmente temos 5,7% e os que discordam pouco são 14,5%. Nem concordam nem discordam 8,8%.

Tabela 11- Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca das “Atividades Complementares”. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|--|----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 1. Estimula e apoia os discentes para a realização de atividades complementares. | 11 (5,7) | 28 (14,5) | 17 (8,8) | 73 (37,8) | 64 (33,2) |

Os números nos evidenciam que na opinião discente o curso não tem estimulado e apoiado as AC, ou seja, a resposta dos discentes vai de encontro ao que é proposto no PPC quando de modo geral afirmam que a AC propicia aos seus discentes enriquecimento curricular e diversificação temática através de estudos independentes interdisciplinares, transversais, de permanente e contextualizada atualização, que se realizem, sobretudo, nas relações com o mundo da cultura e do trabalho.

Concordamos com a afirmação de Moura; Perez e Zucchetti (2010) de que a educação não se reduz apenas à aquisição de conhecimentos e habilidades necessários para a formação da força de trabalho, mas é resultado da ação humana e dos artefatos culturais que fazem parte da nossa herança civilizatória ocidental, hegemônica.

Observamos no quadro 7, que na IES 5, a carga horária proposta para AC é de 102 horas, assim, metade do estabelecido pelas demais escolas. Um outro aspecto que não consta do quadro mas verificamos nos PPC é que, nessa escola, a carga horária computada para algumas atividades correspondem a carga horária efetivamente cumprida pelo estudante. Como por exemplo, se o discente atuar como monitor de disciplina durante um semestre, com carga horária de 120h, a carga horária será considerada em sua totalidade. Nesse caso, o aluno só precisaria realizar uma AC. As demais escolas consideram apenas um percentual dessa carga horária.

Quando as escolas estabelecem um número máximo de horas para cada atividade, a intenção é diversificar as AC a serem realizadas pelos discentes, proporcionando a esse discente a oportunidade do encontro com diferentes contextos de mundo. Porém, para as informantes da IES 5 houve duas situações que influenciaram as normas de AC da escola. O primeiro deles é o fato de um percentual grande de discentes serem trabalhadores e não disporem de tempo pra se envolver com tantas AC:

Não pode ser complementar e obrigatória para a universidade, mas obrigando o aluno a fazer várias coisas ao mesmo tempo, porque a gente sabe que hoje a realidade do aluno é diferente, temos muito aluno-trabalhador (E16).

[...] e aí tem esse nó também, o que fazer com o aluno-trabalhador que não tem tempo de fazer tantas atividades? Então o nosso quadro ele é mais real, mais humano, então se ele participou de um congresso de quarenta horas, vão ser computadas as quarenta horas (E1).

Outro aspecto levantado pelas informantes é a condição financeira do discente, que muitas vezes é um elemento que dificulta seu envolvimento em outras atividades:

O aluno às vezes não tem disponibilidade de dinheiro também pra participar de eventos, pra se envolver em atividades extra sala de aula, depende muito da condição também do estudante (E19).

Muitos dos nossos alunos são do interior e moram aqui em pensionatos, em casa de parentes e a família muitas vezes não tem condição de financiar uma viagem para participação em evento ou a inscrição em congresso (E1).

As questões levantadas pela IES 5 ganham respaldo na afirmação de Gadotti (2005) que defende que as escolas precisam conhecer como vivem seus discentes, sua origem social, cultural, econômica, suas motivações, seus sonhos e utopias. Para isso, precisamos construir uma nova cultura escolar, que leve em conta a identidade cultural do aluno na construção do seu itinerário educativo.

Macedo (2011) coaduna que os educadores devem entrar no mérito do que se configura como currículo e saibam lidar com suas complexas e interessadas dinâmicas de ação e concepção.

A tarefa de se definir a educação não é fácil, pois devido à sua complexidade e ao seu caráter multidimensional e plurifacetado, o conceito de educação torna-se passível de análise sob diversos enfoques, abrindo margem para variados entendimentos, ou ainda entendimentos parciais sobre educação por parte dos profissionais que atuam direta ou indiretamente na área educacional.

O entendimento parcial do conceito de educação por parte desses profissionais pode se dar devido à comum tendência de se olhar direcionadamente à sua área de atuação ou de sua formação acadêmica, de maneira a não compreender o todo que envolve tal conceito ou ainda deixando outros aspectos, que não suas especificidades de pesquisa e atuação, como secundários, tornando sua definição parcial e incompleta.

Como diz Freire (2002, p. 50):

Se estivesse claro para nós que foi aprendendo que aprendemos ser possível ensinar, teríamos entendido com facilidade a importância das experiências informais nas ruas, nas praças, no trabalho, nas salas de aula das escolas, nos pátios dos recreios, em que variados gestos de alunos, de pessoal administrativo, de pessoal docente se cruzam cheios de significação.

Dessa forma, as atividades complementares devem fazer parte da trajetória acadêmica do aluno, visto que elas enriquecem a formação, propiciam o desenvolvimento da autonomia e auxiliam na articulação teoria-prática. Os discentes adquirem autoconfiança, empoderam-se e sentem-se mais capacitados para o enfrentamento de situações do cotidiano da formação e posteriormente do cotidiano profissional.

4.2.3 A implantação do PRÓ-Saúde e do PET-Saúde

Nas duas últimas décadas a formação de profissionais de saúde passou a ser objeto de reflexão de várias categorias profissionais em função do reduzido impacto da atuação profissional frente às necessidades de saúde da população.

A formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência cartesiano-newtoniana, fragmentada e reducionista. O processo ensino-aprendizagem, igualmente, tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, o que tem inviabilizado a identificação de cenários diferenciados para a formação (PINHEIRO; CECCIM, 2005).

Destarte, ao se pensar em novas e diferentes práticas em saúde, é possível inferir que essas mudanças serão possíveis com a formação de novos profissionais envolvidos com o contexto histórico-social, atuando na perspectiva de atenção à saúde de forma intersetorial.

Com base nessas constatações e na tentativa de repensar a formação do profissional de saúde, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, em parceria, lançaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101/2005. O eixo central do programa era a integração ensino-serviço, com a inserção dos estudantes no cenário real de práticas da rede SUS, perspectivando gerar reflexões e possíveis transformações nos saberes e ações cotidianas (BRASIL, 2005).

O PRÓ-Saúde foi criado a partir do acúmulo construído, ao longo das décadas anteriores, em experiências de integração ensino-serviço e a partir da avaliação do Promed, primeira iniciativa governamental voltada para apoiar a implementação das Diretrizes

Curriculares Nacionais (DCN) em 20 cursos de graduação em Medicina (HADDAD *et al*, 2012).

O Promed, que incidira apenas na Medicina, foi ampliado para a enfermagem e para a odontologia no PRÓ-Saúde I em 2006. Eram essas as profissões inseridas na Estratégia de Saúde da Família. Já o PRÓ-Saúde II foi estendido, em 2007, para as 14 profissões da área da saúde, seguindo a recomendação do Conselho Nacional de Saúde e o mesmo movimento de criação dos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF), que promoveram a inserção de outros profissionais da saúde na atenção básica no SUS (HADDAD *et al*, 2012).

Na Bahia foram aprovados no PRÓ-Saúde II para a enfermagem, propostas da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Universidade Federal da Bahia (BRASIL, 2008).

Tentava-se através do PRÓ-Saúde minimizar o distanciamento entre a teoria construída durante a formação acadêmica e as reais necessidades de vida e saúde da população, por estimular a formação de profissionais críticos e reflexivos. Esses trabalhadores deveriam ser capazes de atuar de forma interdisciplinar, comprometidos com suas responsabilidades técnicas e sociais e com a melhoria da qualidade do ensino superior (BRASIL, 2005, 2007).

Para Haddad *et al* (2012) o PRÓ-Saúde desempenhou um papel importante na efetiva implementação das DCN e na reorientação da formação, na direção de que o processo de ensino-aprendizagem se dê desde o princípio e ao longo de todo o curso, inserido e articulado com a rede de serviços, com ênfase na atenção básica, na compreensão ampliada dos determinantes sociais no processo de saúde-adoecimento, com destaque no aprendizado do aluno e no uso das metodologias ativas e na concepção de saúde usuário-centrada.

No processo de avaliação do PRÓ-Saúde observou-se a necessidade da inserção do aluno no serviço de saúde e de formas de financiamento que contribuíssem para a efetivação da interação ensino-serviço. No atendimento dessa demanda, surge, portanto, o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), criado por iniciativa dos Ministérios da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, junto com o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior a partir da Portaria Interministerial nº 1.802 (BRASIL, 2008).

O PET-Saúde tem por objetivo criar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), oferecendo aos acadêmicos da graduação o aperfeiçoamento nos serviços das profissões por meio de estágios e vivências proporcionados

pelas instituições de ensino superior em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2008).

Segundo Brasil (2008) o PET-Saúde tem o objetivo geral coincidente com o PRÓ-Saúde, mas lançou mão de estratégias complementares, focadas no eixo dos cenários de prática e no processo de ensino-aprendizagem que se dá na rede de serviços, em uma relação que envolve o docente, o estudante, a equipe de saúde do serviço e os usuários do SUS.

Se o PRÓ-Saúde foi estruturante para promover mudanças institucionais e o deslocamento da área da saúde da universidade, de dentro dos seus muros, para a integração com a comunidade e suas necessidades no SUS, o PET-Saúde reforçou esse movimento, conferindo maior concretude ao processo por meio de projetos diretos de intervenção com base em diagnóstico situacional do território (HADDAD *et al*, 2012).

Quanto à estruturação das equipes dentro do PET-Saúde, elas obedecem à seguinte configuração: para cada docente (tutor) há seis profissionais do serviço (preceptores) e até trinta discentes, divididos em 12 bolsistas e até 18 não bolsistas. No primeiro edital, de número 12/2008, lançado pelo Ministério da Saúde em setembro do referido ano, foram aprovados 84 projetos. No geral, os projetos continham ações de ensino, pesquisa e extensão para uma vigência de 12 meses, tendo sido aprovados um total de 306 grupos, entre os diversos cursos da área da saúde. Na Bahia, aprovaram-se os projetos da Universidade Estadual de Feira de Santana, da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Estadual Santa Cruz.

Para a continuidade das ações que estavam sendo realizadas, lançou-se outro edital, o de número 18/2009, em 16 de setembro de 2009. Esse edital, com uma vigência de 24 meses, convidava todas as instituições de ensino superior, independentemente de terem grupos PET-Saúde ou não, a apresentarem, em parceria com as secretarias municipais de Saúde, propostas novas ou de continuidade para as práticas do PET-Saúde durante os anos letivos de 2010 e 2011. Nesse novo edital foram selecionados 461 grupos de trabalho, contabilizando 17.057 participantes nas diferentes categorias profissionais. Na Bahia, além das três universidades aprovadas no edital de 2008, tivemos também a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, dentre os contemplados.

No ano de 2010 é publicada uma nova legislação para o PET-Saúde. Através da Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010 é instituído o PET-Saúde para a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS referendando logo em seguida a publicação das Portarias Conjuntas nº 2 e nº 3, de 3 de março de 2010, fundando respectivamente o PET-Saúde - Saúde da Família (PET-Saúde/SF), para a

formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da estratégia Saúde da Família e o PET-Saúde - Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS), para a formação de grupos de aprendizagem tutorial na área de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010 abc).

De acordo ao estabelecido nessas portarias conjuntas, Ministério da Saúde e da Educação lançam o Edital nº 7, de 3 de Março de 2010, que convidam as IES para em conjunto com Secretarias Estaduais de Saúde e/ou Secretarias Municipais de Saúde apresentarem propostas com vistas à seleção de projetos para participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde/Vigilância em Saúde (PET Saúde/VS).

Nesse edital ainda foram aprovadas propostas da Universidade Estadual de Feira de Santana, da Universidade Federal da Bahia, da Universidade Estadual Santa Cruz e da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Ainda em 2010, os Ministérios de Educação e Saúde instituem através da Portaria Conjunta nº 06 de 17 de setembro desse mesmo ano, no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o PET-Saúde/Saúde Mental e na mesma data através do Edital Conjunto nº 27, convida as IES a enviarem suas propostas.

A portaria conjunta nº 10 de 14 de Dezembro de 2010 traz os resultados desse edital, sendo aprovados projetos das mesmas universidades baianas.

Em 15 de Dezembro de 2011 é lançado o Edital nº 24, no qual o Ministério da Saúde convida as IES para em conjunto com as Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde apresentarem propostas para participação do PRÓ- Saúde articulado ao PET- Saúde. O edital esclarece que a articulação dessas iniciativas visa:

- (1) à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população;
- (2) a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas IES (BRASIL, 2011, p. 1).

Vale ressaltar que, para fins desse edital, considerou-se a apresentação da Proposta referente aos Programas PRÓ-Saúde e PET-Saúde de forma articulada, denominando Projeto a descrição de atividades referentes ao PRÓ-Saúde e Subprojeto as atividades referentes ao PET-Saúde.

A portaria nº 06 de 03 de Abril de 2012 homologa o resultado desse processo seletivo, tendo todas as Universidades públicas da Bahia, inclusive a Universidade do Estado da Bahia sido contempladas, além da Universidade Federal da Bahia.

Constatamos, porquanto, que há um envolvimento das universidades baianas com os Programas PRÓ- Saúde e PET- Saúde desde a sua criação, inclusive com escolas tendo suas propostas aprovadas em todos os editais lançados. Nesse diapasão, os discursos dos docentes demonstram que esses programas têm contribuído sobremaneira na implantação das DCN/ENF nos cursos de enfermagem da Bahia.

O primeiro aspecto levantado pelos docentes diz respeito à aproximação entre a instituição de ensino e o SUS. As DCN/ENF em seu Art. 5º, Parágrafo Único afirma que “a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento” (BRASIL, 2001, p. 3).

Embora esteja explícito no texto legal, construir uma articulação entre as instituições formadoras e o SUS tem sido um desafio permanente para os que fazem saúde e educação no Brasil. A possibilidade dada pelo PET-Saúde da inserção dos estudantes precocemente nos espaços dos serviços é um dos elementos que tem contribuído para essa articulação conforme apresentado nos discursos docentes:

[...] quando surgiu o ministério com o projeto do PRÓ- Saúde, nós achamos que casou perfeitamente com o que nós desejávamos, que era inserir precocemente o aluno na rede e ter uma recepção melhor desses preceptores (E15).

O Pet tem contribuído muito pra levar o aluno para a realidade do serviço mais precocemente, porque quanto mais cedo ele se insere no serviço e conhece o processo de trabalho mais fácil é a sua capacidade de articular teoria e prática (E12).

Eu acredito que se todos os alunos tivessem a oportunidade de passar pelo Pet e conhecer a realidade social em que o serviço está inserido mais precocemente, teríamos profissionais muito melhores, principalmente pelo convívio com a comunidade (E19).

O Pet permite que o aluno logo no começo do curso perceba os problemas que envolvem os serviços de saúde e a comunidade e isso gera consciência crítica (E2).

Os alunos do Pet podem não ter ainda determinada competência pra realizar determinados procedimentos, mas eles conseguem visualizar como funciona a atenção básica, diferente dos alunos, que prestes a formar

entram em um contexto que deveria ter sido apresentado a eles há muito mais tempo (E12).

Marsden (2009) leciona que ao permitir que o aluno trabalhe com problemas reais e ao promover a interação ativa de discentes com a população e profissionais de saúde, desde o início de seu curso universitário, contribuimos para o ingresso no mercado de trabalho de profissionais melhor qualificados, que apresentem uma atuação voltada para uma assistência universal e integral à população.

Concordamos com a autora que ao tirar o aluno da redoma que é a escola e colocá-lo em um contexto real, próximo dos problemas do mundo do trabalho e vivenciando *in loco* as necessidades de saúde da população, estamos cooperando na construção de um referencial mais ampliado, que dá a esse estudante, futuro profissional, uma visão mais crítica do processo saúde-doença e do seu papel enquanto profissional e cidadão frente a esses problemas.

Para Marsden (2009) a inserção precoce do aluno no contexto social é ainda fundamental para superar a dicotomia entre teoria e prática, permitindo ao aluno, através de uma prática reflexiva, entender a íntima inter-relação que envolve esses dois momentos e sua importância na construção do conhecimento e na qualidade da assistência prestada.

A introdução precoce do estudante de enfermagem nas atividades rotineiras do SUS acarreta em benefícios mútuos, visto que “depois de formados os mesmos já possuirão conhecimento teórico e prático suficientes para desenvolverem suas atividades de forma a agregar valores contributivos que resultem de fato numa melhoria contínua e eficaz da saúde da população” (ARAÚJO *et al*, 2012, p. 1).

Um segundo aspecto destacado pelos docentes como elemento que contribui à implantação efetiva das DCN/ENF diz respeito ao caráter interdisciplinar do PET-Saúde.

Observamos muitas aproximações entre o pensamento freiriano e a perspectiva interdisciplinar da educação, especialmente quando ele entende que as duas concepções pautam-se potencialmente em orientações emancipatórias, libertadoras e de luta constante contra todos os tipos de violência. A crítica a uma ciência que não tenha como parâmetro essencial a felicidade e a dignidade humana é fortemente combatida pelas duas perspectivas, bem como a valorização da ideia de que a aprendizagem é uma construção coletiva e permanente, que implica sentimentos de solidariedade e responsabilidade com o outro.

A dinâmica interdisciplinar do PET-Saúde foi manifestada pelos docentes com relação às ações desenvolvidas pelos discentes de diferentes cursos de graduação da área de saúde, permitindo a análise dos contextos e problemas detectados, a partir de olhares diversos:

Nós ainda não desenvolvemos nenhuma atividade com participação de várias disciplinas, exceto quando envolve o pet, que tem contribuído muito na formação do nosso aluno (E16).

O pet tem conseguido fazer essa articulação entre disciplinas, processo de trabalho e teoria (E1).

O PRÓ-Saúde e o PET-Saúde promovem muito a integração entre os cursos, os próprios alunos no processo de avaliação, falam que não sabiam o que é que o colega da enfermagem estudava, que não sabia o que o farmacêutico estudava e agora eles tinham essa visão, então eles fazem uma avaliação muito positiva dessa integração (E2).

No PET-Saúde a gente desenvolve ações envolvendo vários cursos e isso tem gerado um saldo positivo para a formação (E6).

É muito interessante a gente ver alunos de vários cursos discutindo uma situação, interagindo, isso leva o aluno a perceber como é importante o trabalho em grupo, interdisciplinar (D15).

O trabalho interdisciplinar tem como significado a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto no qual estão inseridas (BRASIL, 2001c).

Batista *et al* (2005) destacam que aprender com pessoas de diferentes áreas de conhecimento parece ser uma experiência que amplia a compreensão do trabalho coletivo e da ambiguidade da realidade que se apresenta nos cenários em saúde.

Segundo Abrahão e Teixeira (2009) o avanço dos meios de comunicação e divulgação da informação vem revelando, ao longo das últimas décadas, a impossibilidade de um único sujeito apreender todo o conjunto de conhecimentos produzidos em sua área, dada a velocidade dessa produção. Dessa forma, apresenta-se a necessidade de uma produção de conhecimento que se estabeleça não mais individualmente, mas, sim, coletivamente.

Ainda para Abrahão e Teixeira (2009, p.35) a construção coletiva do conhecimento, “além de permitir o agrupamento das ciências, das tecnologias e das artes num sistema aberto, sem qualquer ideia de hierarquia, teria a vantagem de introduzir referências cruzadas em todos os campos de conhecimento e recortes disciplinares”.

A interdisciplinaridade fica em evidencia no discurso dos docentes quando se referem ao incentivo dado pelo PET-Saúde à integração entre ensino, serviço e comunidade. No parecer deles, a interação dos estudantes com o cotidiano dos serviços e da comunidade leva a uma formação mais ciente das necessidades dos serviços de saúde e da população:

Com o PET os alunos circulam no serviço com mais naturalidade e entendem mais os problemas enfrentados (E19).

O aluno chegou me dizendo que nunca pensou que tivesse tanta gente com problema mental naquela área, então você percebe como é importante ele vivenciar aquele espaço (E2).

Com a pesquisa que ele desenvolve no PET ele consegue se aproximar dos problemas do serviço e da população (E15).

Para Leite *et al* (2012) o contato sistemático com a comunidade através do PET-Saúde promove a troca de experiências em processo crítico e de mútua aprendizagem e uma atuação de acordo com as diretrizes da atenção básica no SUS. Permite, ainda, que os estudantes conheçam com mais afinco a realidade de sua clientela e identifiquem situações-problema para propor intervenções resolutivas.

A identificação de problemas e proposta de soluções tem se consolidado por meio de pesquisas desenvolvida pelos estudantes e tutores do PET-Saúde. Para Haddad *et al* (2012) o PET-Saúde ajudou a introduzir o componente pesquisa, em especial a pesquisa clínica, a pesquisa-ação, a pesquisa sobre ensino e aprendizagem e sobre a gestão dos serviços da saúde e, segundo os autores, esse componente, juntamente com o ensino-aprendizagem incorporados aos serviços e ao processo de trabalho em saúde, tem contribuído decisivamente para qualificar a atenção à saúde prestada.

Na concepção de Severino (2002, p. 123), a pesquisa é fundamental no processo de extensão dos produtos do conhecimento à sociedade, “pois a prestação de qualquer tipo de serviços à comunidade social, que não decorre do conhecimento da objetividade dessa comunidade, é mero assistencialismo saindo da esfera da competência da universidade”.

A articulação entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade, que se deu inicialmente de forma pontual por meio da inserção de docentes e estudantes em práticas de disciplinas, projetos de extensão e de pesquisa, se ampliou, refletindo sempre uma preocupação com a necessária integração entre formação e rede de serviços, ligando e fortalecendo a relação entre o mundo do trabalho e o mundo da aprendizagem.

Assim, pensar na integração ensino e serviço passa pelos eixos basilares de qualquer instituição universitária, especialmente pela indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão, potencializando a pesquisa como um meio de descobrir e transformar o cotidiano (MORAIS *et al*, 2012).

O discurso dos docentes acerca do PET-Saúde nos permitiu visualizar outro aspecto importante do programa: a valorização dada ao profissional da unidade de saúde. Brasil (2010) ressalta que é função do PET estimular a constante capacitação dos trabalhadores já

inseridos no campo de trabalho, tornando-os coprodutores de conhecimentos e práticas que deem conta das diferentes demandas da população assistida pelo sistema de saúde brasileiro.

[...] então você vê que vem um programa externo, que favorece a todos, o processo formativo, o aperfeiçoamento profissional, recebemos recursos pra isso, estrutura as unidades e valoriza o profissional, que é o melhor disso tudo (E15).

Ele recebe uma bolsa que geralmente é 50% do salário dele, então é claro que isso motiva o profissional (E2).

E se o enfermeiro do serviço se vê reconhecido nesse processo, adere as nossas iniciativas, ele se qualifica através de cursos de especialização (E2).

[...] muitos preceptores estão agora na pós-graduação, no mestrado profissional, no mestrado acadêmico (E6).

Então isso mexe com tudo, com a IES, com o serviço de saúde e eu acho que é por aí que a gente vai conseguir reduzir um pouco os desencantos que existem dentro do nosso sistema de saúde principalmente na gestão do trabalho e da educação que é muito polêmica (E15).

Sabemos que a precarização dos vínculos trabalhistas na enfermagem é uma realidade em quase todos os municípios, em que o profissional não tem garantia de estabilidade, não tem progressão na carreira profissional, os salários são desiguais, as demissões frequentes com substituições dos profissionais capacitados, prejudicando a continuidade do trabalho de forma sistematizada.

Nesse sentido, trazer o profissional do serviço para dentro do PET-Saúde consistiu em uma forma de valorização e reconhecimento desses profissionais, gerando a necessidade de educação permanente e repercutindo no envolvimento e comprometimento desses profissionais com a proposta do PET-Saúde.

Para Abrahão *et al* (2011) com a implantação do PET-Saúde o aprender vem sendo estimulado a ser encarado de forma participativa – um espaço em que se pretende facilitar a compreensão da complexidade das relações e das instituições humanas, integrando teoria e prática, assim como os atores das cenas de ensino, configurando um processo de trabalho em equipe multiprofissional.

Oliveira *et al* (2012) acredita que após o PET-Saúde os preceptores mostram-se mais confiantes quanto à construção de propostas factíveis em relação à realidade em que trabalham e à abertura ao trabalho com integração universidade-serviço, valorizando a troca de saberes profissionais, acadêmicos e populares.

É inegável que a construção do SUS, a implantação da LDB e as mudanças no mundo do trabalho vêm gerando processos coletivos de discussão, redefinição de papéis, criação de novo arcabouço jurídico, alterações nos currículos e projetos pedagógicos escolares, no sentido de melhorar a qualidade da formação de recursos humanos em saúde. Essa mudança requer sustentabilidade operacional, vontade política e novos arranjos tecnológicos para sua constituição e governança, merecendo intenso debate acadêmico nas áreas da saúde e da educação, já que os profissionais a serem formados deverão ter, em sua graduação, enfoques direcionados às demandas da própria sociedade (LEITE *et al*, 2012).

Nesse esteio, acreditamos que a implantação do PET-Saúde constitui um avanço rumo aos pressupostos das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, à medida que percebemos nos discursos dos docentes entrevistados relatos de contribuições do programa para a maturidade técnico-científica do estudante, para a iniciativa, a criatividade, a cidadania, a importância do trabalho em equipe, para o pensamento reflexivo desse estudante pondo em destaque elementos que ultrapassam a formação tecnicista.

Em síntese, o PET-Saúde veio demonstrar que, apesar de ainda prevalecer em alguns cursos de graduação a ideia de formar profissionais apenas tecnicamente competentes, fica cada vez mais clara a necessidade da abordagem de temas educacionais de caráter humanista como parte do conteúdo curricular. É necessária a aquisição de conhecimentos novos, adequados à nova realidade social, juntamente com o desenvolvimento da capacidade de análise e de ação, o aprimoramento de práticas e a determinação em alcançar as transformações almejadas.

4.2.4 A construção do conhecimento através do Trabalho de Conclusão de Curso

A configuração da sociedade, na atualidade, impõe ao ser humano o preparo para enfrentamento de inúmeros desafios, que serão superados, na maioria das vezes, a partir do conhecimento apresentado por cada ser. Esse conhecimento não se refere apenas a ensinamentos ministrados em sala de aula, seja no ensino fundamental ou na universidade, mas diz respeito a tudo aquilo que contribui para o crescimento e o desenvolvimento das pessoas.

De acordo com Gil (1999, p. 19), “o ser humano valendo-se de suas capacidades, procura conhecer o mundo que o rodeia [...] desenvolvendo sistemas mais ou menos elaborados que lhe permitem conhecer a natureza das coisas e o comportamento das pessoas”.

Esse conhecimento pode ser adquirido através de quatro modalidades: a experiência cotidiana, a filosofia, a religião e a ciência. Uma modalidade não descarta as demais, e cabe a cada pessoa escolher a forma que norteará a sua vida.

Dentre essas formas de conhecimento, destacamos aquela norteadada pela ciência como a que mais encontra correlação com as pesquisas desenvolvidas nas Universidades, a partir do entendimento de pesquisa como: “conjunto de atividades que têm por finalidade a descoberta de novos conhecimentos no domínio científico, literário, artístico etc.” (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 2200)

Da mesma maneira, Cervo, Bervian e Da Silva (2007, p. 57) afirmam que a pesquisa:

[...] parte, pois, de uma dúvida ou problema e, com o uso do método científico, busca uma resposta ou solução. Os três elementos – dúvida/problema, método científico e resposta/solução – são imprescindíveis, uma vez que a solução poderá ocorrer somente quando algum problema levantado tenha sido trabalhado com instrumentos científicos e procedimentos adequados.

Para Freire (2002) não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. A pesquisa consiste em uma das exigências do ato de ensinar. Todo educador é um pesquisador ou deveria ser, tendo em vista que a pesquisa é o ponto inicial para o conhecimento do novo, e pelo seu intermédio é que o educador pode alcançar um aprendizado eficaz.

No Brasil, apesar da enfermagem profissional ter quase um século de existência, somente nos anos 70 do século XX, com a emergência da pós-graduação em enfermagem, é que a pesquisa passa a ser objeto de preocupação de um número maior de enfermeiros.

Segundo Rizzotto *et al* (2005) em nível de graduação, a partir dos anos de 1990 acentuou-se a preocupação em relação à produção de conhecimentos específicos, como forma de tornar essa profissão mais independente e com maior capacidade de intervenção/resolução dos problemas de saúde. Isso se daria na medida em que os profissionais enfermeiros, ao compreenderem a realidade, por meio de investigações científicas, teriam melhores condições e maior autonomia para propor ações efetivas visando à solução dos problemas da área de saúde e os da profissão.

O resultado dessa preocupação foi expresso nas DCN/ENF, na forma da recomendação trazida no Art. 12 de que “para conclusão do curso de graduação em enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente” (BRASIL, 2001, p. 5), que no caso das IES estudadas tem o nome de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

O TCC tem como finalidade introduzir o aluno à pesquisa, fazendo-o utilizar a metodologia científica para detectar, conhecer, resolver situações e propor ações que necessitam da intervenção da enfermagem, além de incentivá-lo a prosseguir com sua formação acadêmica.

Essas finalidades do TCC constam nos discursos docentes:

Eu não vejo uma universidade sem pesquisa, aí vai ser uma escola de segundo grau, o diferencial da universidade é a produção do conhecimento a partir da pesquisa (E10).

Através do TCC o aluno desenvolve o olhar para entender o que é um problema de pesquisa e como pode encontrar respostas para resolver aquele problema (E1).

Quando o aluno tem uma boa experiência com a pesquisa durante o curso, ele vai continuar fazendo pesquisa quando for um profissional (E16).

O que a gente quer com o TCC é ensinar esse aluno a fazer pesquisa, não só os passos de uma pesquisa, mas com o entendimento de que aquela pesquisa pode dar uma resposta para os problemas reais que ele vai enfrentar ao longo da sua vida profissional (E9).

O TCC serve como uma iniciação do estudante na pesquisa, com ele além dos caminhos metodológicos em si, o aluno deve descobrir a importância de se fazer pesquisa (E13).

Polit, Beck e Hungler (2004) aduzem que conhecimento científico proporciona uma base especialmente sólida, sendo que as enfermeiras que embasam suas decisões administrativas e clínicas em informações cientificamente documentadas são responsáveis de uma maneira profissional por seus pacientes, além de estarem auxiliando a enfermagem a atingir sua própria identidade profissional. Anuímos com Aguiar (2002, p.19), ao assinalar que:

[...] muito mais que pensar a pesquisa como uma função a ser desenvolvida pelo enfermeiro ao lado das funções assistencial, administrativa, de ensino e de educação, a pesquisa é uma dimensão da prática docente, assistencial e gerencial da enfermeira imbricada no fazer cotidiano que possibilita e dá visibilidade à sua participação no processo histórico-social de construção do saber.

Nesse inteire, o TCC não só possibilita o aprendizado dos passos do processo de investigação, mas proporciona a formação de uma nova geração de enfermeiros que adotam o método científico no seu fazer cotidiano e a partir dele sejam capazes de construir teorias,

propor inovações, reconstruir conceitos, incorporando, na prática, os resultados das pesquisas realizadas.

Rizzotto *et al* (2005), a partir de uma análise retrospectiva, assegura que os objetos e os temas abordados pelos pesquisadores da enfermagem sempre estiveram em consonância com a conjuntura econômica e política do país, como também os diferentes métodos científicos utilizados. No entendimento das mesmas autoras, até os anos 70 os temas enfocavam, sobretudo, a formação de recursos humanos, a metodologia e o ensino de enfermagem. Já nos anos 80 a pesquisa esteve centrada nas necessidades do paciente e uma reflexão sobre a prática profissional, atualmente há uma diversificação de temas nas diferentes áreas de pesquisa no âmbito da enfermagem brasileira que contribuem para a consolidação da profissão.

Percebemos nos discursos dos docentes essa pluralidade de temas trabalhados nos TCC:

Os TCCs são muito bem feitos e com temas variados e atuais (E13).

O aluno tem feito pesquisa na área da saúde coletiva, na área hospitalar, sobre ensino, estudos epidemiológicos, enfim eles sempre têm escolhido objetos que refletem as necessidades atuais da sociedade (E15).

A gente não tem linhas de pesquisa muito fechadas, então o aluno pode transitar em diversas áreas do conhecimento, e isso enriquece a enfermagem (E7).

As declarações das docentes encontram respaldo em Prado e Gelbcke (2001) quando preceituam que a enfermagem com o propósito de entender a realidade na qual está inserida, vem buscando desenvolver um arcabouço teórico/filosófico, através de pesquisas que apresentam um caráter interdisciplinar articulado às demais profissões envolvidas com a saúde, tendo a finalidade de ampliar a produção de conhecimento, visando conhecer cada vez mais o poder da educação e sua influência no processo saúde-doença.

O caráter interdisciplinar com que a enfermagem tem feito suas pesquisas, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, colabora na produção de um saber que valoriza a enfermagem como ciência e não apenas como profissão.

Um dos pontos de maior destaque nas falas dos docentes foi a qualidade dos TCCs. Segundo eles, os trabalhos, em sua grande maioria, são muito bem elaborados, com temas relevantes e discussão profunda dos resultados, podendo tranquilamente serem comparados a dissertações de mestrado:

Os nossos Trabalhos de conclusão de curso são riquíssimos, parecem dissertações de mestrado, quando você lê e vai pra banca você pensa: esse trabalho aqui é de mestrado, não é um TCC (E17).

Os Trabalhos de Conclusão de curso desenvolvidos na escola tem uma boa qualidade, eu que trabalho também em uma escola particular sinto na pele isso (E13).

Às vezes eu até acho que não precisaria nem de uma discussão tão profunda porque é um TCC, mas os alunos capricham (E19).

Eles (os alunos) abordam cada tema difícil... mas correm atrás, buscam co-orientação, estudam, conseguem mesmo (E14).

Os docentes creditam essa qualidade do TCC ao fato de possuírem várias disciplinas de pesquisa distribuídas ao longo do curso, também fazem referência ao empenho do discente e ao comprometimento do orientador nesse processo.

[...] eu acho que em pesquisa a gente está bem, tem disciplina boas, no início do curso, no meio do curso, com os trabalhos de conclusão de curso sendo elaborados no final, fora isso eles fazem vários trabalhos com diversos núcleos (E2).

[...] as disciplinas que a gente tem no 2º, no 7º e no 8º semestres dão um suporte muito bom para o aluno construir seu TCC (E7).

O nosso aluno tem mais bagagem e isso gera mais facilidade pra escrever, além do compromisso (E13).

O TCC depende muito da orientação e do empenho do aluno (E11).

Quando o TCC é introduzido no início do curso, a pesquisa acompanha a trajetória de vida do acadêmico e não tem um cunho apenas de trabalho final. A construção de um TCC é um processo complexo, que necessita de tempo para a leitura e a sistematização das ideias, que gera ansiedade e, portanto, o contato com a pesquisa ao longo do seu processo formativo vai dando ao discente uma bagagem que o auxiliará na construção do estudo com menos ansiedade e mais maturidade científica.

Defendemos ainda a relação entre a qualidade do estudo e de como se desenvolve o processo de orientação docente e concordamos com Demo (2005) quando ele ressalta que o docente deve orientar o aluno a expressar-se de modo fundamentado, exercitar formulação própria, reconstruir autores e teorias e tornar cotidiana a pesquisa. É necessário que essa relação não seja de dependência, mas, sim, que o aluno o veja como um facilitador, alguém que o oriente a buscar respostas às suas indagações.

Quando a relação aluno-orientador acontece nessa perspectiva de direcionamento, estímulo, parceria, o resultado final é sempre o melhor.

Abaixo apresentamos um quadro, extraído dos PPC, que consta a soma da CH das disciplinas direcionadas a pesquisa, na matriz curricular de cada IES. Embora o PPC da IES 5 não tenha indicado a construção do TCC, na sua matriz curricular constam duas disciplinas direcionadas a pesquisa.

Quadro 5 - Distribuição da Carga horária disciplinar direcionada a pesquisa na matriz curricular dos cursos de graduação em enfermagem. Bahia, 2011.

| IES | IES 1 | IES 2 | IES 3 | IES 4 | IES 5 |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|
| CH | 135 | 120 | 136 | 165 | 90 |

Fonte: Projeto pedagógico dos cursos.

Observamos que há um investimento significativo de CH nas disciplinas direcionadas à pesquisa. Dada à sua importância no processo de formação, acreditamos que apoiar o discente na construção do seu TCC é contribuir para o desenvolvimento de estudos sérios, com rigor científico e relevância acadêmica e social.

Dos cinco PPC analisados, um ainda não consta do TCC. Nos demais, identificamos que o trabalho é feito individualmente ou em dupla de discentes, na forma de monografia. Constam também nos PPC as normas específicas para a construção do TCC, com disposições acerca das obrigações do docente, do discente, do orientador, do colegiado, da apresentação do TCC, do processo avaliativo, enfim, informações que esclarecem como deverá ser conduzida a construção e avaliação dos trabalhos.

A partir dessas informações identificadas nos PPC questionamos aos discentes se em seu curso havia previsão de TCC, com conteúdo fixado e regulamentação contendo critérios, procedimentos, mecanismos de avaliação e diretrizes técnicas relacionadas à sua elaboração.

Tabela 12- Distribuição das respostas com relação à percepção de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do Trabalho de Conclusão de Curso. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |

| | | | | | |
|---|----------|---------|-----------|-----------|------------|
| Há previsão de Trabalho de Conclusão de Curso, com conteúdo fixado e regulamentação contendo critérios, procedimentos, mecanismos de avaliação e diretrizes técnicas relacionadas à sua elaboração. | 14 (7,3) | 6 (3,1) | 20 (10,4) | 39 (20,2) | 114 (59,1) |
|---|----------|---------|-----------|-----------|------------|

Os resultados nos mostram que 59,1% dos entrevistados concordam totalmente com a afirmação, o que consideramos um valor razoável, e nos faz acreditar que os cursos têm buscado cumprir as especificações trazidas no seu PPC com relação ao TCC, mas ainda com muito a avançar.

Esse cenário não é o desejado para a profissão, vez que a sociedade necessita de enfermeiros críticos e reflexivos, capazes de transformar a prática em uma constante construção de novos conhecimentos, fazendo da realidade uma fonte inesgotável de indagações e investigações que venha a elevar, cada vez mais, o nível de formação e o poder de transformação do enfermeiro, assim como do status *quo* da instituição (PALMEIRA; RODRIGUEZ, 2008).

Concordamos com as autoras ao acreditar que a universidade precisa formar profissionais comprometidos com os problemas sociais, econômicos e políticos do contexto em que se encontram inseridos, por meio de práticas investigativas consubstanciadas cientificamente, que elevarão o seu poder de transformação da realidade.

A universidade não deve ser vista apenas como uma instituição de ensino superior, formadora de técnicos, já que tem um sentido mais amplo. A formação superior está associada com a investigação científica, com o desenvolvimento cultural e científico, voltados para a compreensão e resolução dos problemas nacionais ou regionais.

Para Silva (1996, p. 340), a pesquisa é “um mecanismo de propulsão, um instrumento de redimensionamento e redirecionamento do saber”, e a investigação científica “é uma prática social e um ato político, pela qual a enfermagem obtém ferramentas para se fortalecer enquanto ciência e melhorar a qualidade de vida do homem”.

Os discursos docentes levantaram um ponto negativo com relação ao TCC, relacionado ao seu formato. Alguns docentes asseguram que o TCC construído sob a forma de monografia dificulta a publicação dos resultados, tendo em vista que após a apresentação final, o aluno teria que reescrever o trabalho em forma de artigo científico, o que raramente

tem acontecido, considerando que essa apresentação só se dá no último semestre do curso e há um distanciamento do aluno da escola.

Nessa lógica, defendem a normatização do TCC em formato de artigo, o que, segundo eles propiciaria a publicação em periódicos científicos e a consequente socialização dos resultados dos estudos.

O aluno se dedica pra fazer o melhor Trabalho de Conclusão de Curso - TCC possível, mas eles geralmente ficam engavetados, são trabalhos lindos que poderiam ser publicados (E13).

Os Tcc deveriam ser artigos com obrigatoriedade de publicação, mesmo que não seja fácil de publicar, o aluno tem que tentar (E13).

[...] acho que se o TCC já fosse construído como um artigo a possibilidade de publicação seria maior (E12).

[...] um aspecto que eu acho muito negativo é a questão do TCC ser em formato de monografia (E19).

Eu acho que se fosse em formato de artigo a gente iria ganhar mais tempo e esse aluno teria mais possibilidade de publicação, que é o que a gente quer (E19).

A publicação científica é fundamental para todos os pesquisadores e leitores. O trabalho que uma pesquisa proporciona só terá validade se puder ser apreciado pela comunidade científica, porque somente dessa maneira há disseminação, preservação da ciência e sua divulgação.

Sabemos que a publicação de artigos científicos em revistas da área de enfermagem atualmente não tem sido fácil, principalmente em virtude da exigência que os cursos de pós-graduação tem feito no tocante à publicação e o número reduzido de periódicos. Resguardadas as devidas exceções, o que tem melhor qualidade tem maior probabilidade de publicação. Assim, comungamos com os docentes que orientar o trabalho sob a forma de artigo, poderia contribuir para a publicação dos seus resultados, tendo em vista que o discente já faria um direcionamento para qual revista deseja publicar, considerando seus temas prioritários bem como o seu público alvo, não precisando posteriormente transformar o seu trabalho monográfico em um artigo científico.

Diante dessas considerações defendemos que não é somente uma grade curricular e regulamentações que conseguem pôr em prática a exigência do TCC, mas um processo contínuo, dinâmico, flexível às reformulações e adequações, em que o aprender a aprender esteja presente diariamente tanto para os discentes como para os docentes.

4.2.5 A contribuição do Estágio Curricular Supervisionado ao processo formativo

A configuração atual do Sistema de Saúde brasileiro por sua dinamicidade e complexidade impõe desafios à formação profissional no âmbito da superação da simples prática de aplicar teorias apreendidas ou repetir procedimentos e/ou metodologias utilizadas em outros contextos. É preciso estimular o desenvolvimento de uma postura crítico-reflexiva, que lhe permita articular os conhecimentos teóricos apreendidos em sala de aula e as situações reais vivenciadas.

Ao tratar da formação profissional, Pimenta (2001) constata uma distância entre o processo de formação inicial e a realidade encontrada nos serviços e chama a atenção para um problema que há tempo se instaura nesse processo de formação, que diz respeito à relação entre a teoria estudada nas Universidades e a prática desenvolvida no ambiente profissional, entre a formação e o trabalho. Para ela, a formação não se constrói apenas por acumulação de cursos, de conhecimentos ou de técnicas, mas por meio de um trabalho de reflexão crítica sobre as práticas e de uma (re)construção permanente de uma identidade pessoal.

A insatisfação trazida pela dicotomia entre situações de formação e situações de trabalho só será superada quando as universidades se mobilizarem na direção de privilegiar, em seus currículos, a dimensão prática, não como espaço isolado, mas como um elemento articulador do curso.

Entendemos que o Estágio Curricular, se bem fundamentado, estruturado e orientado, configura-se como um momento de relevante importância no processo de formação dos futuros profissionais.

O Art. 7º das DCN/ENF preconiza que:

Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em enfermagem (BRASIL, 2001, p. 4).

Os PPC nos mostram que todas as IES já têm o ECS em funcionamento nos dois últimos semestres do curso, entretanto no tocante a CH determinada para esse componente curricular, duas IES não se adaptaram ao que recomenda o Parágrafo Único desse mesmo artigo:

A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso de graduação em enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001, p. 4).

Podemos demonstrar essa inadequação no quadro a seguir, construído a partir da análise dos PPC. Nele identificamos que a CH do ECS da IES 1 corresponde a 16,1% da CH total do curso e a CH do ECS da IES 2 corresponde a 7,1% do seu total, cerca da terça parte do que é recomendado pelas DCN/ENF.

Quadro 6 - Distribuição por IES da Carga horária total e de Estágio Curricular Supervisionado nos cursos de graduação em enfermagem. Bahia, 2012.

| CARGA HORÁRIA | IES 1 | IES 2 | IES 3 | IES 4 | IES 5 |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| CH TOTAL DO CURSO | 4.190 | 4.130 | 4.590 | 4.460 | 3.825 |
| CH ECS I | 315 | 450 | 459 | 450 | 135 |
| CH ECS II | 360 | 450 | 459 | 450 | 135 |
| CH ECS TOTAL | 675 | 900 | 918 | 900 | 270 |
| CH ECS TOTAL (%) | 16,1 | 21,8 | 20,0 | 20,2 | 7,1 |

Fonte: Projetos Pedagógicos dos cursos.

Se considerarmos a CH total dos cursos, podemos constatar que os estágios ocupam quase um quarto da carga horária do processo formativo dos enfermeiros. Se analisarmos a parte profissionalizante dos cursos, esse percentual alcança praticamente metade da carga horária dessas disciplinas. Portanto, o ECS é uma estratégia pedagógica de significativa relevância para o processo formativo desses profissionais.

Por ser um componente que, aliado às disciplinas, compõe o currículo do curso, o ECS se apresenta como um elemento que dispõe, simultaneamente, de um espaço/tempo na IES e nos serviços de saúde, futuros campos de atuação profissional dos enfermeiros em formação.

Essa característica de mobilidade, de trânsito, não somente entre os dois espaços físicos, mas também entre as concepções, ideias, experiências, desafios, vivenciados nesses dois campos favorecem a construção significativa de aprendizagens tanto para os discentes, quanto para o docente, e, outrossim, para o enfermeiro do serviço, tido como preceptor.

Na compreensão de Freire, teoria é um princípio de inserção do homem na realidade como ser que existe nela, e existindo promove a sua própria concepção da vida social e política. Para confirmar essa opinião, vale a pena reler o texto:

De teoria, na verdade, precisamos nós. De teoria que implica uma inserção na realidade, num contato analítico com o existente, para comprová-lo, para vivê-lo e vivê-lo plenamente, praticamente. Neste sentido é que teorizar é contemplar. Não no sentido distorcido que lhe damos, de oposição à realidade [...] (FREIRE, 2000, p. 93).

Ao enfatizar o caráter contemplativo da teoria, Freire (2000) garante a inserção do homem na realidade. Ele deixa claro que teoria é sempre a reflexão que se faz do contexto concreto, isto é, deve-se partir sempre de experiências do homem com a realidade na qual está inserido, cumprindo a função de analisar e refletir essa realidade, no sentido de apropriar-se de um caráter crítico sobre ela. Compreende-se então, que teoria, para esse mesmo autor, não será identificada se não houver um caráter transformador, pois só assim estará cumprindo sua função de reflexão sobre a realidade concreta.

Por outro lado, é elucidativa a visão que Freire dá em relação à prática quando diz que é necessário não só conhecer o mundo, é preciso transformá-lo. Isso é significativo, visto que conhecer não é um ato passivo do homem frente ao mundo, é antes de tudo conscientização, envolve intercomunicação, intersubjetividade, que pressupõe a educação dos homens entre si mediatizados pelo mundo, tanto da natureza como da cultura.

Então, a prática não pode ater-se à leitura descontextualizada do mundo, ao contrário, vincula o homem nessa busca consciente de ser, estar e agir no mundo num processo que se faz único e dinâmico, melhor dizendo, é apropriar-se da prática dando sentido à teoria. Sobre essa conceituação assim se expressa Freire: "[...] a práxis, porém, é ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo" (2011, p. 40). Logo, a função da prática é a de agir sobre o mundo para transformá-lo.

O espaço destinado para o estágio possibilita ao estudante confrontar seus conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo da graduação com os entraves que a prática do dia a dia oferece, através do desenvolvimento de atividades de planejamento, execução e avaliação da assistência de enfermagem, participação em atividade interdisciplinar e multiprofissional, tanto na rede básica de serviços de saúde, quanto na assistência à saúde na rede hospitalar.

Isso permitirá que o futuro profissional torne-se mais preparado para atuar em diferentes áreas sendo capaz de lidar com a complexidade da realidade cotidiana inerente ao sistema de saúde. Além de durante o ECS, o estudante poder contribuir para uma análise dos pontos fortes e fracos das instituições e propor as devidas melhorias.

4.2.5.1 A carga horária do ECS: visões que se contradizem

As DCN/ENF salientam a importância do ECS ao determinar que sua carga horária mínima seja 20% da carga horária total do curso. Sabemos que esse é um total bastante alto quando o cálculo é feito sobre cursos com cerca de 4.000h.

A repercussão de uma atividade de proporções tão grandes, cerca de 900h, divididos em dois semestres letivos, gera entendimentos diversos. O primeiro deles demonstra uma posição favorável ao aumento da carga horária destinada ao ECS:

[...] eu acho que o aumento da carga horária de estágio foi bom porque dá ao aluno mais tempo, porque eles se queixavam muito que na hora que começava pegar o ritmo acabava (E4).

Nós temos no curso, dois estágios, o Estágio Supervisionado I na rede básica de saúde e o Estágio Supervisionado II na rede hospitalar, cada um com uma carga horária de 450 horas, então em termos de carga horária o aluno tem a oportunidade de vivenciar o exercício profissional (E15).

A questão da garantia de uma carga horária maior para o estágio é uma coisa muito interessante, porque amplia muito a visão do aluno quando ele vai pra campo, quando ele 'tá' participando junto com os outros profissionais do serviço (E2).

Nosso estágio curricular supervisionado hoje tem 900 horas, então quando o aluno sai ele tem, pelo menos, as competências básicas para atuar como enfermeiro generalista (E2).

O segundo entendimento é contrário ao ECS com essa CH de 20% do total da CH do curso:

Eu acredito que se essa carga horária fosse diluída no decorrer do curso e o aluno pudesse ter mais tempo em cada disciplina seria mais proveitoso e a carga horária do estágio fosse reduzida para a metade, eu acho que seria melhor (E12).

Então com essa mudança a gente reduziu o número de práticas, de idas ao campo com os estudantes pra aumentar a carga horária lá no final com Estágio Curricular Supervisionado e aí pra mim é o grande nó crítico porque o aluno chega no estágio curricular supervisionado com uma grande deficiência que às vezes os professores de estágio não dão conta de resolver esse problema (E7).

Houve muitas queixas dos alunos de estágio de estafa, de cansaço, de que não é algo tão produtivo como deveria ser (E12).

Então antes das diretrizes quando a gente tinha o estágio com a carga horária menor, que na verdade não era estágio, eram disciplinas chamadas Administração em Enfermagem e Enfermagem em Saúde Pública, eles passavam uma carga horária menor lá, mas eles já chegavam com uma base muito maior do que a base que eles chegam hoje no estágio (E7).

[...] eu acho que eles chegam muito imaturos ainda ao final do curso e aí o estágio não dá conta de resolver todas as deficiências deles (E14).

Eu acho que se a gente conseguisse novamente reduzir a carga horária de estágio e aumentar a carga horária prática o resultado seria mais positivo, como era no passado (E11).

Entendemos o ECS como uma estratégia pedagógica de alta relevância para a formação profissional, conquanto, acreditamos que para que ele cumpra o objetivo ao qual se destina, que primordialmente é auxiliar o aluno a compreender e enfrentar o mundo do trabalho e contribuir para a formação de sua consciência política e social unindo a teoria a prática, é necessário uma compreensão e internalização desses objetivos por parte dos docentes, discentes e profissionais do serviço visando a elaboração de um planejamento prévio que dê respaldo e direcionalidade a esse estágio.

Roerch (1999) defende que os estágios devem ser planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários escolares, a fim de se constituírem em instrumento de integração, em termos de treinamento prático, de aperfeiçoamento técnico-cultural, científico e de relacionamento humano.

Felício e Oliveira (2008) também comungam desse pensamento quando afirmam que os estágios devem ser planejados conjuntamente, escola e serviço, de modo que ultrapassem as dimensões técnico-aplicacionista momentânea e pontual, e privilegiem a análise do contexto em que está inserido, a atuação interpessoal, a reflexão crítica do estudante em favor de uma formação e futura atuação profissional, numa perspectiva emancipatória.

Nessa perspectiva, os autores deixam claro que o ECS é uma estratégia muito mais complexa do que apenas aplicar a teoria à prática, ela envolve outras dimensões que só poderão ser sugeridas, implementadas e avaliadas por meio de um planejamento de estágio realizado conjuntamente.

Percebemos nas falas que algumas escolas realizam esse planejamento e ressaltam a importância da construção coletiva:

Quando eles (os alunos) entram em campo eles ainda ficam uma semana pra elaborar o plano diagnóstico da unidade. Nesse plano diagnóstico entra o problema de saúde, problema da unidade e o problema que eles identificam

na comunidade, problemas e necessidades, e é isso que vai nortear nosso estágio (E14).

A gente aplica um tempo do estágio pra fazer o planejamento, porque a gente prefere fazer ele lá no serviço, junto com a equipe (E19).

O planejamento do estágio é feito com o aluno, o preceptor e a equipe, geralmente o técnico de enfermagem, a gente se reúne, levanta os problemas e propõem as atividades que serão realizadas (E2).

Além do plano de trabalho, que a gente faz no início, no final do estágio os alunos entregam o relatório de estágio e a gente pode perceber o quanto eles evoluíram, amadureceram, estão preparados pra ser enfermeiros (E15).

Porém, percebemos que os docentes que viam a CH de ECS como excessiva eram os mesmos que relatavam situações de falta de planejamento para a realização dessa atividade:

Não tem uma organização devida, um diálogo maior com o serviço, com o preceptor sentindo que ele faz parte daquele projeto porque eu acho que ele não sente, pra ele é simplesmente mais uma tarefa que ele vai ter que ter durante aquele período que ele tem o estudante lá dentro, além de todo o trabalho que ele tem dentro da unidade, ele ainda vai ter que receber um estudante, ainda vai ter que dar nota (E1).

O Estágio Curricular Supervisionado foge muito das diretrizes, a gente faz muita coisa errada, mal feita, a começar pelos professores, a gente não consegue ter o professor só pra estágio, a gente pica a carga horária dele (E12).

[...] as pessoas não conseguem entender o que é estágio supervisionado, nem planejamento de estágio existe, chega no serviço e pronto (E13).

A supervisão é indireta tem professor que pouco aparece lá no campo de estágio, porque o aluno é acompanhado pelo preceptor que preenche os papéis que tem pra preencher entrega ao docente e 'tá' tudo Ok, não existe planejamento, desenvolvimento e avaliação, como deve ser pra toda atividade (E9).

Nesse sentido, perguntamos aos discentes se o estágio é programado de forma conjunta entre universidade e serviço de saúde.

Tabela 13 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do Estágio Curricular Supervisionado. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |

| | | | | | |
|--|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| O estágio curricular é programado de forma conjunta entre universidade e serviço de saúde. | 64 (33,2) | 40 (20,7) | 17 (8,8) | 44 (22,8) | 28 (14,5) |
|--|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|

Fonte: Dados da pesquisa. Bahia, 2013.

As respostas demonstraram um nível de concordância total baixo, 14,5%, enquanto o grau de discordância foi considerado alto se comparado aos demais, 53,9%, o que indica que mais da metade dos discentes não programaram os seus estágios conjuntamente com o serviço de saúde.

Reafirmamos o nosso entendimento quanto à importância do ECS, que conjuntamente com a educação teórica, indispensável para o desenvolvimento da prática, possibilitam aos estudantes aprimorar seus conhecimentos e competências, fazendo a ligação direta do mundo acadêmico com o mundo do trabalho, criando assim, condições efetivas de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Fazenda (1991) diz que o ECS é um elemento capaz de desencadear a relação entre polos de uma mesma realidade e preparar mais convencionalmente o aluno para o mundo do trabalho, desde que escola e trabalho façam parte de uma mesma realidade social e historicamente determinada. A autora ressalta que esta relação se mostra ainda pouca afinada, mas merece ser tratada com mais responsabilidade, haja vista pode e tem condições de fazer verdadeiras revoluções no mundo do trabalho e da profissionalização, bem como trazer inovações para os serviços que podem refletir diretamente na qualidade de vida da sociedade.

Não obstante, acreditamos que é necessário haver um planejamento adequado desse estágio, com a garantia de elementos fundamentais como carga horária docente suficiente que garanta a supervisão, mesmo que indireta, mas participativa; planejamento de atividades a partir de um diagnóstico situacional; participação do preceptor em todas as fases do estágio, desde a sua concepção até a avaliação final, enfim elementos que permitam que o estágio assuma efetivamente a dupla função de colaborar no processo formativo do enfermeiro e de colaborar na qualidade do serviço prestado ao cidadão. Dessa forma, a CH será apenas um fator coadjuvante.

4.2.5.2 A participação do preceptor no Estágio Curricular Supervisionado

Um resgate na história da preceptorial na enfermagem revela que o papel do preceptor origina-se na época de *Florence Nightingale* (século XIX), quando as enfermeiras eram as facilitadoras do aprendizado dos estudantes. Após ter ficado alguns anos perdido, o conceito

foi retomado nos anos 1960, quando os programas de ensino em enfermagem norte-americano passaram a utilizar profissionais para o ensino clínico (MYRICK; YONGE, 2004).

No Brasil, a preceptoria passa a ser mais discutida a partir de 1996, com o Parecer 314/94 do Conselho Federal de Educação que, ao ser aprovado pelo Ministério da Educação, constituiu as Portarias n.º 1.721/94 e n.º 001/96, que regulamentaram o novo currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem, este institui que além das atividades teóricas (aulas, seminários e outros estudos dessa natureza), o currículo deverá abranger o ensino prático comumente adotado pelas escolas (laboratórios, ensino-clínico nas diversas áreas da assistência e dos serviços de saúde hospitalar e, da rede básica) e que, pelo menos em dois semestres letivos deverá acontecer estágio curricular supervisionado, que será programado, acompanhado e avaliado pela escola e pelos enfermeiros dos serviços de saúde, considerados os responsáveis pelos estágios (CARVALHO; FAGUNDES, 2008).

Em 2001, a publicação das DCN/ENF traz a obrigatoriedade da inclusão do Estágio curricular Supervisionado nos cursos de graduação, e ressalta que na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, pelo docente, deverá ser assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio (BRASIL, 2001).

Observa-se, nas DCN/ENF, a indefinição de como deve ser referido o profissional enfermeiro que participa do processo de formação dentro do seu próprio serviço: preceptor, tutor ou supervisor. Nos PPC desse estudo, há uma escolha pelo termo “Preceptor”. Para Botti (2009, p. 31) o preceptor é:

[...] o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação
[...] Sua ação se dá por meio de encontros formais que objetivam o progresso do aluno ou do recém-graduado. Tem então a função primordial de desenvolver habilidades [...] e avaliar o profissional em formação.

Para esse mesmo autor, o preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde. Burke (1994) considera que, pela natureza e extensão das relações desenvolvidas entre os preceptores e os novos profissionais, o preceptor pode ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes.

Entre as funções de um preceptor, destacamos as de supervisionar, facilitar a aprendizagem, servir de modelo na profissão, e auxiliar no desenvolvimento de habilidades técnicas e de raciocínio. Espera-se dele, também, a capacidade de realizar uma boa avaliação

formativa, que possa fornecer ao estudante informações que lhe possibilitem melhorar seu desempenho.

Muitas são as funções atribuídas ao preceptor e corresponder a essas funções de modo satisfatório exige o acréscimo de uma formação pedagógica para além das funções técnicas que cotidianamente lhe são atribuídas.

Essa preocupação acerca do despreparo dos preceptores para o ensino é corroborado por Lima (1996, p. 09) quando diz:

[...] a maioria dos preceptores não teve formação didático-pedagógica para assumir a função de ensino. Aqueles que exercem, não são treinados para fazê-lo, transmitindo o saber de maneira informal, eventual, sem obedecer a métodos de ensino oferecidos através de cursos de licenciatura ou outros cursos.

Ferris (1988) traz como constatação de sua pesquisa que grande parte dos preceptores não possui nenhuma preparação para o ensino, e que a maioria desconhece os princípios de educação para adultos, fazendo com que encontrem limitações no desempenho de suas funções.

Essa mesma preocupação está presente no discurso dos docentes, informantes deste estudo. É do entendimento de muitos deles que o ECS, com sua configuração atual, no qual o docente faz apenas uma supervisão indireta, ficando o aluno a maior parte do tempo sob a responsabilidade do preceptor, exige desse profissional uma maior aproximação com as demandas próprias do processo ensino-aprendizagem:

Quando a gente pensa na inclusão de estágio supervisionado na formação desse aluno me traz preocupação, porque é uma carga horária extremamente elevada para ser desenvolvida pelo aluno supervisionado por um profissional, que na maioria das vezes, não tem nenhuma experiência com a docência (E12).

[...] eu não vejo o estágio supervisionado como positivo na formação porque os preceptores não fazem com bom gosto, eles não acompanham os alunos como deveriam (E12).

[...] esse preceptor é um técnico, ele não é um docente então ele também precisa de um preparo (E14).

A universidade não para pra pensar sobre isso, pra dar uma capacitação na área pedagógica pra que eles consigam entender e articular o serviço com o ensino no processo de aprendizagem desse aluno, essas coisas não acontecem (E3).

Essa preocupação manifestada pelos docentes não encontra igual correspondência entre os discentes já que quando questionados se a supervisão do ECS é realizada de forma apropriada, as respostas demonstraram um alto nível de satisfação dos discentes com a supervisão do ECS, já que 87,6% dos entrevistados concordaram totalmente com a afirmação e apenas 1,6% discordaram dela.

Tabela 14 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca da supervisão do Estágio Curricular Supervisionado. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|--|---------|---------|---------|----------|------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| A supervisão do ECS é realizada de forma apropriada. | 3 (1,6) | 5 (2,6) | 3 (1,6) | 13 (6,7) | 169 (87,6) |

Podemos inferir, por conseguinte, que na perspectiva dos discentes, o preceptor tem correspondido ao seu papel de agente mediador, oferecendo um suporte teórico, técnico e muitas vezes, psico-emocional durante a realização do ECS.

Mesmo que essa preocupação não tenha sido manifestada pelos discentes, é evidente a necessidade de investimento no profissional do serviço que vai contribuir com seu conhecimento prático e teórico para a formação de novos profissionais. Isso nos remete aos sérios problemas vividos por esses trabalhadores no que se refere às políticas de recursos humanos, às condições de precarização vividas no ambiente de trabalho e à inexistência de oportunidades para a educação permanente, entre outros.

A maioria dos profissionais da rede não encontra apoio institucional ou oferta de oportunidades para acesso a cursos de especialização, conforme as prioridades estabelecidas para o setor. É preciso fortalecer o desejo do enfermeiro que quer crescer e apreender novos saberes. Orientar para a realização de cursos de mestrado e doutorado para enriquecer seus conteúdos e suas ações voltadas para o ensino (LIMA, 1996).

O principal papel das IES deve ser o de reconhecer e capacitar o profissional interessado na atividade de preceptoria para que ele desempenhe com segurança e competência o que, na sua própria visão, faz parte de suas atribuições. E isso precisa ser discutido no âmbito dos serviços de saúde e nas IES (TRAJMAN *et al*, 2009).

A parceria docente-enfermeiro-aluno é enriquecedora, uma vez que possibilita ao estudante o contato com profissionais experientes nas diferentes áreas de atuação da enfermagem. Ao observar as atitudes e posturas tomadas pela profissional enfermeira, o

discente reflete e relaciona os conhecimentos aplicáveis as situações vivenciadas. Nesse processo, cada um desempenha diferentes papéis, mas todos com o objetivo de planejar, implementar e refletir uma prática de qualidade.

4.2.5.3 A articulação entre o mundo do trabalho e o processo educativo

O Estágio Curricular Supervisionado põe em evidência a necessidade de se articular esforços para uma aproximação efetiva entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, a partir do momento que se entende que esta é uma estratégia que possibilita ao estudante a construção do seu conhecimento a partir da articulação/reflexão entre teoria e prática.

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e docentes dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE *et al*, 2008).

A integração docente-assistencial – IDA tem sido objeto de preocupação dos enfermeiros há longa data, exigindo esforços desses profissionais para atingir os moldes desejáveis de aplicação.

No Brasil, a partir da reforma universitária de 1968, intensificaram-se os estudos sobre a IDA, quando ela foi considerada elemento importante para a qualificação do profissional a ser formado e para a melhoria da qualidade de assistência a ser prestada (SHIMIZU, 1999).

No entanto, a expressão foi assumida no início da década de 70, com a recomendação do Ministério do Trabalho e da Previdência Social quanto à articulação da coordenação de assistência médica do Instituto Nacional de Previdência Social com o sistema de formação de recursos humanos. Nesse mesmo período, foram desenvolvidos, na área de Saúde Comunitária, projetos de articulação entre os serviços e as Instituições de ensino, com subsídios da Fundação Kellog (OJEDA, 2008).

Em 1981, algumas instituições universitárias aderiram ao Programa de Integração Docente-Assistencial instituído pelo Ministério de Educação e Cultura. Tal proposta exigia mudanças conceituais, estruturais e estratégicas profundas nos currículos dos cursos da área da Saúde e no direcionamento de pesquisas aos interesses da comunidade e dos serviços, definida como:

União de esforços em um processo crescente de articulação entre instituição de educação e de serviços de saúde, adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e a formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino (BRASIL, 1981, p. 1).

Em 1986, a sociedade civil, por meio de movimentos organizados, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, teve papel fundamental, no sentido de propor novas diretrizes para o Sistema de Saúde brasileiro, muitas das quais fazem parte do texto final, aprovado na Constituição.

Nessa Conferência reconheceu-se e reforçou-se a importância da IDA, quando foi proposta a articulação do sistema formador com o sistema prestador de serviço, assegurando a participação de ambos nas Comissões Interinstitucionais de Saúde (OJEDA, 2008).

Em 2001, a publicação das DCN/ENF propõe a formação do enfermeiro através da aquisição de competências e habilidades, e em muitas delas estão propostas interlocuções interdisciplinares, no cenário acadêmico e nos serviços de saúde, como prática a ser desenvolvida na formação dos futuros profissionais.

Embora propostas e discussões que reforçam o caráter de importância no desenvolvimento de ações que integrem o serviço e o ensino, estejam presentes no contexto histórico da enfermagem, há pelo menos 4 décadas, ainda hoje essa articulação não é efetiva. Podemos perceber essa situação na fala dos docentes entrevistados ao se referirem ao estágio curricular:

Eu tenho que ter os objetivos do meu estágio já construído quando eu chegar em campo (E3).

Então eu acho que precisa inserir esse profissional mais dentro do projeto de estágio supervisionado pra que ele se sinta mais motivado a participar (E9).

O preceptor acaba gerando uma interferência, que eu não sei se é positiva ou não (E18).

Os preceptores não estão construindo o estágio supervisionado, os alunos caem de paraquedas lá, cumprem aquelas horas e 'tá' tudo resolvido (E12).

As falas demonstram que embora esteja prevista nas DCN/ENF a necessidade de articulação entre ensino e serviço para a realização do estágio, quando esta preconiza a efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio na elaboração de sua programação e no processo de supervisão do estudante, essa atividade nem sempre tem sido compartilhada.

Para Gerges (1995) são várias as modalidades apontadas como integração docente-assistencial, dentre as quais destacamos: a participação docente em cargos diretivos nos hospitais, UBS, USF; o estabelecimento de programas assistenciais elaborados por docentes, estudantes e enfermeiras assistenciais; a indicação de docentes para exercer suas atividades em tempo integral ou parcial no hospital; a participação do enfermeiro assistencial em todo o processo de formação do aluno, com destaque para a preceptoria no ECS; a participação dos docentes nos campos onde se oferecem estágios para os discentes; docentes assumindo parte das responsabilidades dos serviços prestados nos quais estagiam com discentes; docentes participando de comissões e no planejamento e organização nos serviços; enfermeiros participando de grupos de estudo, grupos de pesquisa, entre outros.

Costa e Germano (2007) destacam ainda docentes promovendo a atividades de educação permanente e assessoria técnico-científica.

Identificamos várias possibilidades de ações/atividades que traduzem a IDA, entretanto, percebemos que muitas delas não têm acontecido no contexto real. Para Laganá (1986) um dos entraves para a IDA é a metodologia baseada na transmissão de conhecimentos, com maior ênfase ao ensino do que na aprendizagem, ou seja, reforçando a ideia de que a universidade não tem outro papel e/ou compromisso com a sociedade a não ser o de criar, preservar ou transmitir o saber, deixando de lado a missão fundamental de prestar serviços.

Realmente não dá muito tempo para o estudante desenvolver uma relação de acolhimento com o paciente porque a demanda é muita e ele só vai ter aquela oportunidade pra fazer o procedimento (E17).

No serviço, as dificuldades podem estar relacionadas à resistência dos profissionais, pois a formação não faz parte da agenda de trabalho (“não recebem para ensinar”). Além disso, há problemas na estrutura física das unidades; resistência da população à presença do estudante no serviço; temor dos profissionais do serviço de que as fragilidades sejam identificadas, entre outras (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

[...] os enfermeiros do serviço ficam com medo dos alunos, deles descobrirem que eles não sabem algum procedimento aí alguns não querem muita aproximação com o aluno (E19).

[...] a demanda é alta e o número de funcionários pequeno, então isso atrapalha um pouco a relação do preceptor com o aluno (E14).

Outro sentido apontado por Padilha (1991) refere-se ao fato dos docentes estarem mais envolvidos com as atividades de pesquisa do que com a de ensino, com o agravante de colocarem em segundo plano a prática assistencial. Essa dificuldade leva os docentes a distanciarem-se das situações práticas do cotidiano da enfermagem, tornando-se teóricos ineficientes na rotina das instituições de saúde. Em contrapartida, os enfermeiros assistenciais se envolvem de forma tão profunda com as atividades rotineiras do cotidiano de trabalho que deixam de lado a educação continuada, como consequência tornam-se enfermeiros pouco atualizados.

Antes de começar o estágio eu passo na unidade pra ver se mudou alguma coisa, se a rotina é a mesma, porque no serviço toda hora é um programa novo, um papel novo e a gente fica meio perdido, tem que ir atrás (E2).

Como é que o aluno fica um semestre inteiro sendo supervisionado por um enfermeiro que muitas vezes nem uma especialização tem, ele só tem a mais que o aluno a experiência de alguns meses de trabalho e só (E12).

Frente a essas dificuldades, algumas propostas surgem na busca da concretização da IDA. Para Torres *et al* (1984) o sucesso efetivo da IDA depende da clara definição dos objetivos educacionais e assistenciais; do estabelecimento de responsabilidades, tanto para o ensino como para o serviço; da reforma dos dois sistemas e dos critérios de avaliação capazes de mensurar resultados obtidos.

Olschowsky e Silva (2000) recomendam o estabelecimento de um processo de reflexão crítica que envolva todos os integrantes, uma definição de expectativas reais dos programas desenvolvidos e uma estratégia de participação dos setores componentes da integração, ou seja, instituição de ensino, instituição de saúde e comunidade.

Segundo Padilha (1991) a implantação da IDA exige modificações conceituais, estruturais, estratégicas e operacionais profundas, das instituições de saúde e de ensino. Além disso, exige que os docentes que atuam nas universidades atualizem a teoria e a prática, partindo da realidade, interpretando, intervindo e reinterpretando essa realidade, reconhecendo nela a vinculação do processo saúde-doença aos determinantes sociais a que estão expostos os grupos populacionais.

Salienta que a ausência de contrato entre as instituições formalizando a IDA dificulta sua operacionalização. Por fim, ressalta a necessidade de criar uma proposta de integração adequada e viável para essa realidade.

Para operacionalização das propostas acima descritas, acreditamos que o primeiro passo seria a aproximação entre docentes, enfermeiros assistenciais e comunidade no sentido

de se discutir sistematicamente o que é a IDA e se estabelecer o compromisso das partes para a sua concretização.

Acreditamos que a oportunidade de discussão entre os profissionais acerca das expectativas, formulação de objetivos e formas de operacionalização, ajuda a diminuir a idealização desses profissionais sobre a IDA e, como consequência, a construção de uma proposta com maior aproximação das necessidades do contexto real.

Shimizu (1999) destaca que outro aspecto importante para facilitar a implantação da integração é a participação de representantes dos órgãos deliberativos das instituições de ensino e de saúde na construção da proposta, o que, por conseguinte, facilitará a formalização do contrato entre as instituições de ensino e de assistência.

Trevizan *et al* (1982, p. 12) trazem algumas recomendações ao enfermeiro docente, ao enfermeiro assistencial, a IES e a coordenação dos serviços de saúde, que embora publicados há algum tempo nos parecem atuais e pertinentes:

1. Aos Enfermeiros de Serviço que: a) procurem, no desenvolvimento de suas atividades, participar e colaborar no ensino prático de estudantes de enfermagem; b) se engajem em cursos de aperfeiçoamento, especialização e/ou pós-graduação; c) frequentem cursos sobre metodologia de pesquisa; d) valorizem a pesquisa e que acatem as orientações recebidas neste sentido, procurando aplicá-las na colaboração e na elaboração de pesquisas; e) sejam consumidores de pesquisas, isto é, que procurem se atualizar, cientificando-se do que vem sendo produzido no Brasil em termos de pesquisa em enfermagem.
2. Aos Enfermeiros de Ensino que: a) ao apresentarem aos enfermeiros de serviço os programas e objetivos de suas disciplinas, discutam sobre os seus conteúdos solicitando sugestões e colaboração para o alcance dos objetivos; b) transmitam aos seus alunos o espírito de pesquisa, procurando neles incentivar a busca gradual de conhecimentos sobre o assunto; c) ao se integrarem com enfermeiros de serviço procurem estimulá-los no sentido de sua participação em pesquisas, organizando grupos de estudos e de realização de pesquisas; d) exerçam o papel de fomentadores de pesquisas no âmbito do serviço de saúde a que estiverem ligados.
3. Ao Corpo Administrativo dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais-escola que: a) oriente detalhadamente os enfermeiros quanto às finalidades da instituição, ressaltando-lhes a importância da sua colaboração no ensino de estudantes de enfermagem; b) ofereça condições de aprendizado aos estudantes, através de um Serviço de Enfermagem organizado e coordenado; c) oriente os enfermeiros sobre a importância da sua colaboração em pesquisas de enfermagem e que os estimulem para esta finalidade; d) consiga da instituição aprovação para que possam ser oferecidos meios e condições a fim de que alguns enfermeiros de serviço possam se engajar em pesquisas.
4. As escolas de enfermagem que: a) introduzam no último semestre do curso de graduação disciplina de Iniciação à Pesquisa com objetivo de oferecer noções sobre o que consiste a pesquisa; b) ofereçam cursos sobre metodologia da pesquisa aos enfermeiros de serviço, integrando-os em grupos de estudo com os enfermeiros de ensino.

5. Aos Enfermeiros de Ensino e de Serviço que: somem esforços no sentido de uma integração como tentativa para incrementar o progresso da profissão e a qualidade da assistência.

As recomendações das autoras deixam claro que a proposta de IDA entre as instituições de ensino e assistência deve ter como prioridade a preocupação com a melhoria da qualidade de assistência prestada, bem como com as condições necessárias para o desenvolvimento do ensino de enfermagem com qualidade.

Concordamos com Feuerwerker (2003) que em um processo de reorientação do ensino, de maneira a formar profissionais que atendam as demandas do SUS, as mudanças apenas poderão se consolidar se houver uma ligação intrínseca entre o processo educativo e o mundo do trabalho e da vida, com a incorporação e participação ativa de todos os sujeitos envolvidos: docentes, estudantes, gestores, profissionais dos serviços e comunidades.

Marran (2011, p. 03) destaca também que:

A contribuição do estágio na formação profissional, a partir do saber-fazer não se reduz ao conhecimento de um punhado de técnicas e metodologias de ensino, mas com o que fazer para a promoção da qualidade da intervenção, resultando numa aprendizagem significativa por conta do aprimoramento e desenvolvimento de habilidades e competências discentes à luz de uma postura crítico-reflexiva, assim em qualquer momento estarão sendo revisitadas as questões de cunho ético, instrumental, epistemológico e humanas, dentre outras.

O ECS permite ao aluno analisar as diversas situações que lhe são apresentadas, resgatar a fundamentação científica, testar hipóteses que lhe conferirão melhores resultados e tomar decisões que lhe permitam executar uma assistência adequada em cada caso (HIGARASHI e NALE, 2006), com possibilidades de articular situação de formação e situação de trabalho.

O ECS ainda contribui para despertar no aluno suas afinidades por áreas específicas de atuação da enfermagem, contribuindo na escolha de futuras especializações de forma mais segura e vivenciada e não apenas de acordo com as demandas do mercado.

Para Higarashi e Nale (2006, p.69) o estágio polariza nos dias atuais uma série de expectativas, especialmente com relação a sua capacidade integradora dentro dos cursos: “integrar teoria e prática, integrar o mundo do ensino com o mundo do trabalho, integrar o saber como fazer, integrar o percurso formativo, dando-lhe um perfil de continuidade, enfim, tantas atribuições quantas são as expectativas formativas de um dado curso ou profissão”.

Dessa maneira, há de se reconhecer a importância e necessidade desse processo vivencial pelo acadêmico, uma vez que o torna preparado para enfrentar uma realidade que não vem moldada, mas sim, aberta a adquirir um novo “molde ou forma”, de acordo com a equipe de trabalho de saúde que se encontre atuando nesse momento e do contexto, no qual o acadêmico de enfermagem está inserido (BENITO *et al*, 2012).

4.2.6 A flexibilidade curricular

Fazendo uma análise ao longo das últimas três décadas podemos perceber que a flexibilidade curricular se apresentou como um dos elementos centrais a orientar a elaboração das Diretrizes curriculares para a educação superior, de modo geral e não somente na saúde ou na enfermagem. O Edital nº 4/97-MEC traz como objetivo das diretrizes:

Servir de referência para as IES na organização de seus programas de formação, permitindo uma flexibilidade na construção dos currículos plenos e privilegiando a indicação de áreas de conhecimento a serem consideradas, ao invés de estabelecer disciplinas e cargas horárias definidas (BRASIL, 1997b, p. 1).

No Parecer nº 776/97-CNE, as diretrizes curriculares têm a finalidade de assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação. A falta de flexibilidade é atestada pela fixação detalhada dos currículos mínimos que eram responsáveis pela “diminuição da margem de liberdade que foi concedida às instituições para organizarem suas atividades de ensino” (BRASIL, 1997a, p. 1).

É assim que, ao se firmarem os princípios que deveriam ser seguidos na formulação das diretrizes curriculares, a questão flexibilidade figurava em muitos deles, como pode ser verificado na citação abaixo:

- 1) Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
- 2) Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos;
- 3) Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
- 4) Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de

- exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- 5) Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno;
 - 6) Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referirem à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
 - 7) Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
 - 8) Incluir orientações para a condução de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados que sirvam para informar a docentes e discentes acerca do desenvolvimento das atividades didáticas (BRASIL, 1997a, p. 2-3).

Na internalidade da enfermagem isso acabou sendo seguido, quando as DCN/ENF explicitam que os cursos de graduação em enfermagem devem fundamentar a sua estruturação curricular nos “princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo” (BRASIL, 2001, p. 5).

Pereira; Cortelazzo (2003) sinalizam a importância de se refletir sobre o termo flexibilidade, visto que, no contexto acadêmico, o mesmo não deve ser entendido como adaptação e conformismo. Contrário à visão de que a flexibilidade é sinônimo de passividade e obediência, no contexto educacional “o termo vem significar um tempo em que a instituição não se curva mais ante o inflexível, não assume mais a obediência servil, não coloca em outras fontes o poder da decisão, da ação e da responsabilidade mútua” (PEREIRA e CORTELAZZO, 2003, p. 118-119).

A flexibilização permite formar profissionais críticos que compreendam as novas relações de produção e de trabalho, que compreendam a necessidade contínua de buscar novos conhecimentos, além de conhecerem os caminhos pelos quais essa busca pode ser efetivada.

A flexibilização proposta nas DCN/ENF tem se constituído um desafio na forma de conceber e desenvolver o currículo. De acordo com Leite (2012), o princípio da realização pessoal como o direito inalienável de todo o indivíduo para escolher livremente diversas trajetórias educativas implica o reconhecimento da existência de experiências de vida diversificadas, afastando-se da ideia de um único caminho para a formação.

Dentre um grande número de possibilidades que poderiam caracterizar um currículo flexível, emanaram dos discursos docentes a integração curricular, a oferta de componentes curriculares optativos, o número de componentes curriculares com pré-requisitos e a distribuição da carga horária.

Para entendermos melhor esses elementos, apresentamos no quadro 7 um desdobramento da estrutura curricular das cinco IES envolvidas na pesquisa, extraídas a partir da análise dos PPC, e em seguida analisaremos alguns aspectos dessa estrutura.

Quadro 7 - Desdobramento da estrutura curricular dos cursos de graduação em enfermagem. Bahia, 2012.

| DESDOBRAMENTO DA ESTRUTURA CURRICULAR | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| IES SEMESTRE | IES 1 | IES 2 | IES 3 | IES 4 | IES 5 |
| | CH | CH | CH | CH | CH |
| 1º semestre | 420 | 420 | 425 | 450 | 450 |
| 2º semestre | 435 | 435 | 425 | 465 | 495 |
| 3º semestre | 495 | 420 | 493 | 480 | 420 |
| 4º semestre | 510 | 420 | 510 | 480 | 495 |
| 5º semestre | 450 | 375 | 493 | 465 | 525 |
| 6º semestre | 465 | 315 | 442 | 390 | 555 |
| 7º semestre | 510 | 315 | 340 | 435 | 435 |
| 8º semestre | 345 | 165 | 408 | 495 | 390 |
| 9º semestre | 360 | 450 | 476 | 480 | - |
| 10º semestre | - | 495 | 476 | - | - |
| SUB-TOTAL | 3.810 | 3.810 | 4.352 | 4.140 | 3.756 |
| Componentes Curriculares Optativos | 180 | 120 | 136 | 120 | 60 |
| Atividades Complementares | 200 | 200 | 102 | 200 | - |
| TOTAL | 4.190 | 4.130 | 4.590 | 4.460 | 3.825 |
| Número de disciplinas | 45 | 38 | 46 | 50 | 61 |
| Disciplinas com pré- | 23 (51,1) | 14 (36,8) | 13 (28,3) | 25 (50,0) | 38 (62,3) |

| | | | | | |
|---|------|------|------|------|-----|
| requisitos (%) | | | | | |
| Componentes Curriculares optativos oferecidos | 18 | 49 | 15 | 9 | 5 |
| CH optativa a ser cursada | 180h | 120h | 187h | 120h | 60h |

Fonte: Projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem. Bahia, 2013.

O primeiro aspecto analisado diz respeito à integração curricular. As DCN/ENF, em seu Art. 6º, expressa que:

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem (BRASIL, 2001, p. 04).

Davini (1994) define o currículo integrado como um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade. As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas hipóteses de solução devem ter sempre, como pano de fundo, as características sócio-culturais do meio em que esse processo se desenvolve. Para a autora, o currículo integrado é uma opção educativa que permite:

[...] uma efetiva integração entre ensino e prática profissional; a real integração entre prática e teoria e o imediato teste da prática; um avanço na construção de teorias a partir do anterior; a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações; a integração ensino-trabalho-comunidade, implicando uma imediata contribuição para esta última; a integração professor-aluno na investigação e busca de esclarecimentos e propostas; a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social (DAVINI, 1994, p. 284).

O Currículo integrado é visto como uma estratégia que reúne os argumentos da globalização, da interdisciplinaridade, do conhecimento e das inter-relações sociais, econômicas e políticas. Integração compreendida não simplesmente como a soma das partes ou agrupamento de objetos distintos de partes diferentes, mas sim como a unidade que deve existir entre as diversas disciplinas e suas formas de conhecimento (OPITZ *et al*, 2008).

Ao fazermos uma análise dos PPC envolvidos neste estudo pôde-se identificar que apenas um deles se apresentava sob a perspectiva de currículo integrado. O processo de construção e implantação de um currículo com essas características é inovador e desafiador, o que, segundo os docentes, tem postergado uma discussão mais concreta acerca da temática.

[...] a gente sabe que não pode fugir à proposta de um currículo integrado, pra gente experienciar, mas ainda temos poucos professores sensibilizados porque a proposta é desafiadora (E7).

[...] são processos muito complexos que requerem não só mudanças institucionais, mas de saberes, de pessoas, de lugares, de uma série de fatores e que tudo depende do desejo de cada um de contribuir para que aquilo realmente aconteça (E15).

[...] eu espero que a gente consiga avançar para esse currículo integrado, que a enfermagem consiga avançar rumo a essa proposta que é tão inovadora (E2).

[...] as pessoas tem que primeiro compreender o que é um currículo integrado, mostrar-se aberta para essa mudança, pra que quando isso vier a acontecer eles consigam de fato cumprir o que de fato é trabalhar na perspectiva de um currículo integrado, que não é fácil (E19).

Embora os docentes tenham o entendimento da importância e necessidade da construção e implementação de um currículo integrado, manifestam também certa resistência e despreparo para operacionalizar esse processo, como podemos constatar nas UR a seguir:

[...] o desafio maior não está apenas em criar uma estrutura formal, teórica de um currículo integrado, mas da implementação dessa proposta, que pra mim é o grande desafio (E1).

[...] pra se montar um currículo integrado é preciso ter muita leitura, é preciso vivência, e você sabe que hoje em dia você se debruçar pra ler a respeito de currículo integrado não é uma prática para a maioria dos professores, é uma leitura enjoadora pra quem não gosta, principalmente entre os docentes das disciplinas básicas (E10).

A perspectiva de implantar um currículo integrado é a longo prazo pra realidade que a gente vivencia e a própria universidade também(E7).

Nós fomos preparados pra dar aula de matérias, quando a gente precisa trabalhar com os componentes curriculares interligados você não consegue linkar emergência com os outros, você não consegue linkar Metodologia da Pesquisa com os trabalhos acadêmicos que são feitos nas outras disciplinas. É obvio que existe esse link, mas trazer isso para a prática é muito difícil (E16).

[...] a gente vem discutindo muito a proposta de currículo integrado, mas sinceramente eu ainda não consegui entender esse currículo integrado (E14).

[...] é o que as diretrizes pregam e uma hora ou outra a gente vai ter que fazer essa integração, mas acredito que vai ser uma coisa muito trabalhosa para as pessoas aceitarem, sentar e trabalhar com essa integração (E12).

Dispor-nos a mudar um contexto com o qual muitas vezes nos sentimos confortáveis não é uma decisão simples. A construção de uma nova prática exige o compartilhamento de saberes e fazeres, exige a compreensão dos fundamentos teóricos que dão clareza quanto ao sentido do processo desencadeado e quanto ao significado do produto esperado e isso requer elementos fundamentais como a união, o apoio recíproco, o aprofundamento dos laços de interdependência e principalmente o comprometimento individual e coletivo.

Cumprе ressaltar, que mesmo nessa IES cujo PPC se dá na perspectiva integrada, ressalvada as devidas inovações, ainda é desenvolvido sob a perspectiva disciplinar, ou seja, o currículo é organizado por unidades, que se articulam em torno de eixos de intervenção na realidade de saúde, conceitos e fazeres que assegurem o desenvolvimento das competências esperadas para a profissional enfermeira, sendo mantida a identidade das diferentes disciplinas.

Perrenoud (1999, p. 40) leciona que é um engano considerar que a formação por competências é incompatível com a organização da formação na sua versão disciplinar. A abordagem por competências não nega as disciplinas, ao mesmo tempo em que as “combina ocasionalmente na resolução de problemas complexos”. Na sua avaliação, o debate não estaria entre aqueles que defendem o conhecimento disciplinar e os defensores da pluri-, inter- ou transdisciplinaridade. Perrenoud (1999, p. 41) opõe:

Por um lado, aqueles que pensam que a escola deve limitar-se a transmitir conhecimentos e desenvolver algumas capacidades intelectuais muito gerais (saber analisar, argumentar, etc.) fora de qualquer referência a situações e práticas sociais. Por outro, aqueles que defendem a construção de competências de alto nível, tanto dentro das disciplinas quanto na sua intersecção, ou seja, trabalhando-se muito além dos exercícios clássicos de consolidação e aplicação.

Por conseguinte, para o referido autor não importa se o currículo é disciplinar ou integrado. Em um ou outro, o que importa é que se abdique da transmissão de conhecimentos ou das atividades intelectuais sem ligação imediata com as situações práticas. Os depoimentos das docentes da IES com currículo integrado nos faz refletir acerca da dinamicidade desse currículo e do desafio que se impõe à sua operacionalização:

[...] essa mobilização para uma mudança foi o que fez com que nós fizéssemos uma proposta que estava acima de interesses pessoais, acima de divergências do corpo docente e estava mais voltada para experimentar algo novo, correndo o risco de acertar de imediato em muitas coisas, de errar em outras e ter que rever (E5).

[...] estamos entendendo que o nosso projeto pedagógico não está pronto, que está posto como algo que deve ser investido e a todo momento a gente pode refletir e modificar, tentando modificar pra melhor aquilo que não estiver correspondendo (E5).

O currículo que nós construímos foi um trabalho muito difícil porque tudo que é novo assusta e a operacionalização dele também 'tá' sendo difícil, fazer ele sair do papel é um desafio (E16).

É importante destacar que criar e transformar concepções e ações, mediante as condições do dia a dia constitui um desafio grandioso, que muitas vezes termina por gerar frustração e descontentamento, pois, por maior que seja a disponibilidade e comprometimento dos docentes, ainda assim, eles não conseguem, muitas vezes, superar a falta de tempo e a precariedade das condições de trabalho.

Macedo (2011, p. 117) considera que a ideia de competência que norteia as diretrizes curriculares, apesar de não se confrontar com a organização disciplinar:

[...] tem buscado responder às questões sobre como selecionar e organizar conhecimentos sem referência explícita às disciplinas escolares. Apresenta-se, portanto, como uma nova tecnologia de organização curricular, associada às ideias de transversalidade e de interdisciplinaridade.

Sendo assim, mesmo tendo uma organização disciplinar, os cursos de graduação em enfermagem envolvidos neste estudo podem desenvolver suas atividades de forma articulada com o mundo do trabalho, sem uma ruptura entre teoria e prática, na medida em que ambas encontram-se integradas na concretude do exercício da enfermagem.

Uma vez disciplinar, os currículos devem buscar selecionar conteúdos curriculares que atendam à proposta desenhada no PPC, em alinhamento com o perfil de egresso que se pretende formar e os objetivos previstos para aquela formação, geralmente traduzidos em forma de competências e habilidades.

Nessa perspectiva, foi questionado aos discentes, participantes da pesquisa se os conteúdos curriculares vistos por ele durante o seu processo formativo foram relevantes, atualizados e coerentes com o perfil do egresso e os objetivos do curso.

Tabela 15 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca dos conteúdos curriculares. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|--|----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Os conteúdos curriculares são relevantes, atualizados e coerentes com o perfil do egresso e os objetivos do curso. | 12 (6,2) | 35 (18,1) | 15 (7,8) | 83 (43,0) | 48 (24,9) |

Dados da Pesquisa. Bahia, 2012.

As respostas mostram que 24,9% dos discentes concordam totalmente com a afirmação, o que consideramos um valor baixo. Dentre os que concordam pouco temos o maior percentual, 43%, que somado aos que discordam pouco totalizam 61,1%, ou seja, esse grupo acredita, mas não totalmente, que os conteúdos curriculares são relevantes, atualizados e coerentes com o perfil do egresso e os objetivos do curso. Apenas 6,2% discordam totalmente da afirmação, o que consideramos um valor baixo.

Percebemos nos resultados que, na perspectiva dos discentes, há um entendimento que os conteúdos curriculares vivenciados, mesmo que não de forma total, atendem ao proposto para a sua formação, logo, mesmo tratando-se de currículos organizados disciplinarmente, isso não tem impedido de desenvolver nos discentes as competências e habilidades necessárias a sua formação profissional. Nesse sentido é que defendemos que os conteúdos escolares desvinculados das práticas sociais não fazem mais sentido, sendo assim os currículos não devem mais definir os conhecimentos a serem ensinados, mas sim as competências que serão construídas.

Em um currículo voltado para a construção de competências, o que importa não é a transmissão do conhecimento acumulado, mas sim a virtualização de uma ação, a capacidade de recorrer ao que se sabe para realizar o que se deseja, o que se projeta.

A educação encontra-se em um processo evolutivo de transição entre o ensino dos conhecimentos profundos, geralmente na forma clássica das aulas expositivas e das provas, e o desenvolvimento das competências, possível mediante a aplicação de métodos formativos baseados na ação-reflexão-ação.

Em toda a obra de Paulo Freire podemos perceber o pressuposto de que o conhecimento/leitura do mundo precede o conhecimento/leitura da palavra. Encontra-se aí implícita a ideia de que os conteúdos programáticos que alicerçam construção curricular devem estar contextualizados e influenciados pela cultura e pelas experiências de vida dos

atores educacionais que estão envolvidos nessa construção. No caso da enfermagem: discentes, docentes, usuários, profissionais dos serviços, comunidade em geral.

Assim, ao se pretender desenvolver competências durante o processo formativo deve-se apresentar ao discente diversos cenários tornando-o eminentemente criativo e re-criativo perante as situações vivenciadas, sendo constantemente motivado pelos cenários problemáticos apresentados. A relação entre ensino e serviço é uma experiência positiva para todos os atores, permitindo a formação de profissionais contextualizados com a realidade dos serviços de saúde e com as demandas e necessidades de saúde da população, considerando a complexidade e as transformações do processo de trabalho em saúde.

Um segundo elemento que para os docentes caracteriza um currículo flexível é o número de pré-requisitos presentes no fluxograma de disciplinas. Tal entendimento encontra respaldo na inteligência de Fernandes *et al* (2005, p. 447) “a flexibilidade curricular indica a adoção de medidas que contraponham a rigidez dos pré-requisitos e dos conteúdos obrigatórios ordenados em sequência obrigatória, como se existisse apenas uma maneira de aprender”.

O número reduzido de pré-requisitos permite que o aluno construa seu conhecimento de maneira mais responsável, aprofundando áreas que lhe são de maior interesse, sem descuidar daquelas imprescindíveis ao conhecimento global da profissão. Além disso, a flexibilização permite correções de distorções de ordem administrativa da burocracia acadêmica em que o estabelecimento de pré-requisitos, sem uma justificativa plausível, cria sérios obstáculos à integralização curricular.

O quadro 7, construído a partir da análise dos PPC, nos mostra que em média, os cursos oferecem 48 disciplinas distribuídos por 8, 9 ou 10 semestres letivos e desse total, cerca de 46% tem a obrigatoriedade de pré-requisitos. Sabemos que algumas disciplinas precisam de pré-requisito por se tratar de conteúdos que são apresentados em sequência necessitando de continuidade, visando um entendimento lógico e evolutivo dos assuntos tratados nas mesmas. Contudo, o percentual encontrado deixa claro o engessamento proposto pelo currículo, no qual há uma proposta de sequenciamento que não pode ser quebrada, desconsiderando assim, as necessidades e escolhas dos discentes.

Os discursos dos docentes deixam claro que houve uma evolução nesse aspecto, ou seja, o número de pré-requisitos nos currículos atuais é muito menor que em outros momentos históricos.

Antes da reformulação havia muitos pré-requisitos, nós eliminamos muitos, ainda restam alguns, mas se você comparar o currículo anterior com o atual vai ver que a gente avançou muito (E6).

Montamos um currículo que possibilita você não criar dependências de outras disciplinas, a medida do possível, a gente tentou destravar o currículo (E10).

Colocamos o mínimo de pré-requisitos nesse novo currículo (E1).

Conseguimos reduzir muito os pré-requisitos, embora eu saiba que existem cursos que não tem mais pré-requisito nenhum (E15).

Conquanto o número atual seja menor que em currículos anteriores, o pré-requisito ainda é tido como uma necessidade pelos docentes e sua diminuição pode contribuir para a fragilidade na construção do conhecimento, como vemos nas UR a seguir:

Aqui a gente procurou romper com alguns, mas ainda mantivemos amarrados alguns pré-requisitos das profissionalizantes e todos os componentes são pré-requisitos para o estágio, já para evitar que o aluno chegue mais adiante faltando algum componente que é obrigatório para que ele cumpra toda a carga horária (E15).

[...] se tirarmos muito os pré-requisitos acho que o aluno fica com o conhecimento fragilizado (E16).

Não tem como eu conceber que o aluno chegue em “Fundamentos de Enfermagem” sem ter passado pelas disciplinas básicas porque você vai lidar com drogas, manipulação, rediluição, acondicionamento, farmacocinética, farmacodinâmica e tudo isso se vê nas básicas, então eu acho que não pode abrir demais a questão do pré-requisito (E12).

[...] concordo que você engessar o aluno também não é o ideal e acho que as disciplinas optativas é que poderiam ser mais flexíveis, mas não as básicas, base é base, são nucleares (E12).

Eu acredito que ninguém é uma página em branco, como Paulo Freire coloca, mas ao mesmo tempo a gente precisa de tempos de aprendizagem [...] eu preciso me apropriar de um determinado momento da aprendizagem para que eu estabeleça um raciocínio lógico e possa avançar para um outro conhecimento, é o que traz aquele arco de Maguerez que é o que trabalha a própria problematização (E3).

Eu acho que a flexibilização curricular é importante, mas é preciso ter muito cuidado para não queimar etapas e de repente formar um profissional que tenha perdido oportunidades na construção do seu conhecimento (E2).

Esse é um elemento que precisa ser melhor trabalhado nos currículos, haja vista que com a flexibilização da estrutura curricular com diminuição de pré-requisitos, permitirá ao discente construir itinerários formativos menos verticais e mais flexíveis favorecendo a

adequação do conhecimento as exigências do atual mercado de trabalho, aproximando o curso da realidade e necessidades do Sistema de Saúde.

Essa rigidez imposta pelos fluxogramas das IES tem sido percebida pelos discentes, pois quando questionados se o seu curso apresentava um fluxograma de distribuição de disciplinas flexível, 53,9% responderam discordar dessa afirmação e apenas 14,51% acreditam que o fluxograma do seu curso é flexível.

Nesse liame, entendemos que o sentimento dos docentes de que o pré-requisito é importante tem se concretizado na construção dos fluxogramas, sendo que mais da metade dos discentes pesquisados tem percebido essa inflexibilidade na distribuição das disciplinas.

É necessário um rompimento com a linearidade positivista na organização e oferta dos saberes, como se só existisse uma forma de ensinar e de aprender. Não há graduação do conhecimento, não devemos conceber mais status a um ou outro conteúdo, todos compõem um conjunto indissociável e imprescindível que formará o perfil profissional em questão. Precisamos superar o modelo curricular construído em grades fixas, dando ao estudante o direito de intervir na escolha do percurso curricular e formativo que deseja realizar durante a sua formação acadêmica.

Outro elemento que os docente julgam favorecer a flexibilidade curricular é a oferta de componentes curriculares optativos:

Nós temos ainda muitos pré-requisitos que dão esse aspecto de engessamento, mas aí temos um número grande de disciplinas optativas que dão uma balanceada, o aluno, ele pode escolher qual quer fazer (E19).

[...] concordo que você engessar o aluno não é o ideal e acho que as disciplinas optativas é que podem dar esse tom de flexibilidade ao currículo (E12).

Os componentes curriculares podem, para efeito elucidativo, dividir-se em: obrigatórios, aqueles que são indispensáveis à integralização curricular e optativos, aqueles que são cumpridos mediante escolha, a partir de um conjunto de opções.

Os componentes optativos são oferecidos ao longo do curso com intuito de flexibilizar a formação e garantir o aporte de conhecimentos além do núcleo específico obrigatório, podendo ser cursado conforme o interesse do estudante. É importante ressaltar que componentes curriculares obrigatórios e optativos possuem o mesmo peso e importância na matriz curricular do curso, pois juntos complementam a formação profissional.

A flexibilidade do currículo, ao criar condições para a vivência de atividades não limitadas aos núcleos comuns dos cursos, tem como um dos seus benefícios a liberdade para o

aluno compor a sua formação com experiências que mais se aproximem de seus interesses pessoais (FIOR; MERCURI, 2009).

Os componentes optativos poderão também ser oferecidos na modalidade Ensino a Distância, embora em nenhum PPC analisado tenhamos detectado essa modalidade.

No fluxograma da IES 1 identificamos a necessidade do discente cursar 180h em componentes optativos, na IES 2, 120h, na IES 3 187h, na IES 4,120h e na 5, 60h.

Nada obstante, em todos eles há múltiplas possibilidades de disciplinas optativas, oferecidas pelo próprio departamento que sedia o curso e por departamentos de outros cursos de graduação de áreas diversas, conforme quadro abaixo.

Quadro 8 - Componentes curriculares optativos dos cursos de graduação em enfermagem. Bahia, 2012.

| COMPONENTES CURRICULARES OPTATIVOS | |
|--|---------------------|
| IES 1 | |
| COMPONENTE | DEPARTAMENTO |
| Enfermagem em Hemoterapia | DS |
| Enfermagem Oncológica | DS |
| Políticas Públicas de Saúde | DS |
| Biossegurança e Controle de Infecção | DS |
| Saúde da Família | DS |
| Educação em Saúde | DS |
| Gênero e Saúde | DS |
| Saúde Reprodutiva | DS |
| Enfermagem Geronto- Geriátrica | DS |
| Enfermagem nas práticas alternativas de saúde | DS |
| Enfermagem em Hemoterapia | DS |
| Enfermagem em Atenção a Portadores de Necessidades Especiais | DS |
| Relações Humanas | DS |
| Genética Humana | DCB |
| Enfermagem em Atenção à Saúde do Trabalhador | DS |
| Informática Aplicada à Saúde | DQE |
| Inglês Instrumental (1) | DCHL |
| Comunicação Social em Saúde | DS |
| IES 2 | |
| Enfermagem em Emergência e Unidade de Terapia Intensiva | DS |
| Enfermagem em Bloco Cirúrgico | DS |
| Enfermagem Oncológica | DS |
| Atenção à Saúde aos Portadores de Necessidades Especiais | DS |
| Gerontologia Social | DS |
| Terapêuticas Não Convencionais | DS |
| Medicina Legal I | DS |
| Vigilância Sanitária de Serviços e Produtos | DS |

| | |
|--|-------|
| Saúde da Família | DS |
| Interpretação Hematológica na Prática de Saúde | DS |
| Saneamento e Meio Ambiente | DS |
| Medidas de Biossegurança | DS |
| Vigilância em Saúde do Trabalhador | DS |
| Cuidado (a) à Família em Situação de Hospitalização | DS |
| Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente em Situação de | DS |
| Primeiros Socorros | DS |
| Trabalho e Lazer | DS |
| Educação Física Adaptada | DS |
| Genética Humana | DCB |
| Bioética | DCB |
| Animais Peçonhentos I | DCB |
| Ecologia Humana | DCB |
| Imunologia I | DCB |
| Sexualidade e Educação | DCB |
| Educação Ambiental | DCB |
| Hematologia | DCB |
| Psicologia das Relações Humanas | DCHF |
| História dos Movimentos Sociais no Brasil | DCHF |
| História Oral | DCHF |
| Estudos Interdisciplinares de Gênero | DCHF |
| Ciência Política | DCHF |
| Direito do Consumidor | DCS |
| Direito da Criança, do Adolescente e do Idoso | DCS |
| Direito Ambiental | DCS |
| Leitura e Formação do Leitor | DL |
| Inglês Instrumental I | DL |
| Inglês Instrumental II | DL |
| Arteterapia | DL |
| Expressão Musical e Corporal | DL |
| LIBRAS: noções básicas | DL |
| História Geral da Arte | DL |
| História da Arte Brasileira | DL |
| Currículos e Programas | DEDUC |
| Novas Tecnologias da Comunicação e da Informação em Educação | DEDUC |
| Educação Especial e Políticas Educacionais Inclusivas | DEDUC |
| Jogos, Brinquedos, Brincadeiras e Educação | DEDUC |
| Arte-Educação | DEDUC |
| Mídia e Educação | DEDUC |
| IES 3 | |
| Inglês instrumental | DL |
| Leitura de textos em língua espanhola | DL |
| LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais | DL |
| Saneamento ambiental e saúde | DECOM |
| Direito Ambiental | DD |
| Técnicas básicas do teatro | TE |
| Psicologia das relações humanas | IPS |
| Políticas de Saúde I | ISC |

| | |
|---|--------|
| Genética para a área da saúde | DCB |
| Biossegurança e saúde do trabalhador | DEMCAE |
| Tópicos teóricos e práticos da atenção domiciliar | DEMCAE |
| Cuidados paliativos e tanatologia | DEMCAE |
| Violência doméstica como objeto da saúde | DECOM |
| Introdução aos estudos de gênero, raça/etnia e geração em saúde | DECOM |
| A família no cuidado à saúde | DEMCAE |
| IES 4 | |
| Educação em Saúde | DS |
| Saúde do Trabalhador | DS |
| Farmacobotânica | DCB |
| Psicologia da Educação | DCHL |
| Relações Interpessoais em Saúde | DS |
| Inglês Técnico | DCHL |
| Gênero e Saúde | DS |
| Planejamento Familiar | DS |
| Enfermagem em Oncologia | DS |
| IES 5 | |
| Informática em Saúde | DQE |
| Frances instrumental | DL |
| Libras | DS |
| Inglês instrumental | DL |
| Medicina legal | DS |

Embora nos PPC conste um número grande e diversificado de componentes curriculares, os discentes quando questionados se o curso oferece disciplinas optativas com temas pertinentes e complementares, emitiram uma opinião oposta ao que consta nos PPC, ou seja, 42,5% dos respondentes discordam dessa afirmação, enquanto que apenas 15,5% concordam totalmente.

Tabela 16- Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca das disciplinas optativas. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Oferece disciplinas optativas com temas pertinentes e complementares ao curso. | 39 (20,2) | 43 (22,3) | 29 (15,0) | 52 (27,0) | 30 (15,5) |

Nessa seara, percebemos que embora conste dos PPC, esses componentes curriculares não têm sido oferecidos. Os discursos dos docentes evidenciam as dificuldades que tem restringido a oferta desses componentes curriculares optativos, com ênfase no número de vagas, conforme constatamos nas UR a seguir:

Esse semestre a gente teve dificuldade com disciplinas optativas, a gente tem dificuldade de oferecer porque não conta na carga horária do professor (E1).

As dificuldades de pôr em prática esse tipo de currículo estão postas claramente na questão do número de vagas, não temos vagas para todos os estudantes cursarem (E16).

[...] a falta de professor é uma constante, então temos que primeiro cobrir as obrigatórias pra depois pensar nas optativas (E7).

Uma outra dificuldade tem sido da própria universidade em garantir vagas nos componentes optativos oferecidos por outros departamentos (E2).

O oferecimento de componentes curriculares optativos traz grande contribuição ao processo de formação acadêmica, em especial na enfermagem por possuir várias áreas de atuação, tendo nesses componentes a oportunidade de aprofundamento ou mesmo encontro com temas não explorados nos componentes obrigatórios. Com efeito, podemos considerá-las como um complemento didático na formação desses estudantes.

Ademais, a oferta de componentes com temáticas que extrapolam o conteúdo programático próprio da enfermagem, abre os horizontes e enriquece a formação pessoal desse discente.

Todavia, esse cenário de dificuldade apresentado gera preocupação, uma vez que garantir que haja carga horária docente suficiente para ofertar esses componentes curriculares é uma questão institucional, ou seja, o número de docentes que geralmente temos em atividade só nos permite oferecer os componentes obrigatórios e um número mínimo dos optativos, não permitindo aos discentes terem acesso ao leque de disciplinas que constam do PPC.

Esperamos que as IES compreendam a importância dos componentes optativos para a formação acadêmica e se empenhem na contratação de novos docentes, permitindo assim a diversificação dos componentes ofertados ao longo dos anos.

O último elemento que os docentes elegeram para caracterizar a flexibilização curricular diz respeito à carga horária. Fazendo um resgate histórico, percebemos que a questão do tempo de formação sempre foi um elemento problemático nas discussões sobre a formação superior em enfermagem.

No Terceiro Senaden, realizado em 1998, foi sinalizada uma duração:

[...] mínima de 4 anos ou 8 semestres letivos e carga horária mínima de 3.500 horas, para integralização do curso, contemplando os conteúdos

essenciais para a formação do enfermeiro, incluindo nesta o estágio curricular, trabalho de conclusão de curso e conteúdos didático-pedagógicos (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3, 1998, p. 13-14).

No Quarto Senaden, realizado no ano de 2000, houve como encaminhamento para fixação da carga horária em 3.500 horas, sendo que ao estágio curricular seriam atribuídas 500 horas, ao final do curso (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 4, 2000).

Já no Sexto Senaden, ocorrido em 2002, percebemos uma movimentação nesses números indicando que “a integralização do curso se desse em, no mínimo 4.000 horas, com um tempo de integralização de, no mínimo, 8 semestres ou 4 anos letivos” (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6, 2002, p. 233)

Em 2001, a enfermagem, em seus fóruns deliberativos e fornecendo elementos para a comissão de especialistas, tentou garantir que algum número fosse indicado quando da construção do Parecer nº 1133/2001-CNE, entretanto, a questão de carga horária foi excluída. Na DCN/ENF, em seu artigo 7º, a única referência encontrada a respeito de carga horária é a fixação de um percentual de 20% do total da carga horária do curso para a realização dos estágios curriculares. Ressalta, em seu parágrafo único, que a carga horária seria proposta com base no “Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, p. 4, 2001b).

Esse Parecer/Resolução só foi publicado no ano de 2009 sob o nº 4/2009, e dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial (BRASIL, 2009).

Nele está estabelecido, para a enfermagem, uma carga horária mínima de 4.000 horas e um limite mínimo para integralização de 5 (cinco) anos. Entrementes, é ressalvado no parágrafo IV, do Art. 2º, que “a integralização distinta das desenhadas nos cenários apresentados nesta Resolução poderá ser praticada desde que o Projeto Pedagógico justifique sua adequação” (BRASIL, 2009, p. 2). Esse entendimento foi referido pelas docentes, apresentados nas UR a seguir:

O curso funcionar em quatro anos e meio não é problema, porque segundo um representante do MEC no 12º SENADEN, a exigência de cinco anos foi por causa das escolas privadas que só trabalhavam em um turno (E8).

[...]a gente poderia manter o curso em quatro anos e meio utilizando aquela exceção que existe na Resolução que diz que o Projeto Pedagógico que justifique um tempo inferior a esses cinco anos que poderia ser também, desde que devidamente justificado, o Ministério poderia aceitar (E15).

Ao analisarmos a carga horária dos cursos envolvidos neste estudo podemos constatar que apenas um deles apresenta uma carga horária inferior a 4.000h (3.825). Esse mesmo curso é o único cujo tempo de integralização é de 4 anos. Outros dois cursos também têm o seu tempo de integralização em 4 anos e meio, inferior aos 5 anos determinados na Resolução nº 4/ 2009 do CNE, porém, como indicado na mesma resolução, justificam essa diminuição de 01 semestre em virtude de serem cursos oferecidos em período integral, o que possibilita uma distribuição da carga horária, ao longo do curso, equivalente aos cursos com duração de 5 anos mas com funcionamento em apenas um turno.

Um curso com uma carga horária de mais de 4.000h distribuídas apenas em quatro anos, como era a maioria dos currículos de enfermagem há bem pouco tempo atrás, gera uma sobrecarga de atividades nos docentes e discentes que acarreta em falta de tempo para estudos independentes, para participação em outras atividades acadêmicas ou mesmo atividades de lazer necessárias a todo ser humano.

Um aumento do tempo de integralização do curso para cinco anos permite uma melhor distribuição da carga horária e dá ao aluno a possibilidade de melhor gerir sua carreira acadêmica e sua vida privada. Esse é um entendimento também dos docentes deste estudo:

[...] a gente conseguiu deixar alguns momentos protegidos para estudo porque a nossa preocupação não era só o atendimento às diretrizes curriculares, mas viabilizar de tal forma que eles tivessem condições de participar efetivamente da vida acadêmica (E15).

[...] eles tem que cumprir uma carga horária grande e ainda participar de outras atividades, então com dez semestres flexibilizou um pouco mais, eles têm tempo para estudar, para ser bolsista, para cumprir as Atividades Complementares (E6).

Eu acho que ter aumentado de nove para dez semestres foi uma modificação positiva trazida pelo novo projeto pedagógico, pois o aluno vai ficar mais um semestre e vai ter mais oportunidade de aprendizagem, mais tempo para o TCC (E13).

[...] quando fizemos a modificação e ampliamos para nove semestres acreditamos que assim o aluno ia ter mais tempo para se integrar com

outras atividades além do ensino. Os alunos têm participado mais das atividades de extensão e pesquisa (E19).

Entendendo que a maioria das IES já fizeram essa redistribuição de carga horária para 5 anos, perguntamos aos discentes se o seu curso possui uma boa distribuição de CH.

Tabela 17 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca da carga horária do curso. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|------------------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|---------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Possui uma boa distribuição de CH. | 56 (29,0) | 49 (25,4) | 19 (9,8) | 56 (29,0) | 13(6,7) |

Os resultados demonstram que, mesmo com o alargamento do tempo de integralização, a maioria dos estudantes (54,4%) discordam dessa afirmação, 29% concordam pouco e apenas um percentual bastante baixo de 6,7% concordam totalmente.

Podemos inferir que apenas a dilatação do tempo de finalização do curso não foi suficiente para uma boa distribuição da CH. Ao analisarmos o quadro 7, que trata do desdobramento curricular das IES, e sem considerarmos os dois últimos semestres dos cursos, que obrigatoriamente devem concentrar uma maior CH em função do ECS, percebemos uma distribuição de CH discrepante entre os semestres do curso.

Na maioria das IES identificamos uma diferença, em média, de 58,1% entre o semestre com maior CH e o semestre de menor CH, isso significa uma diferença de cerca de 151h entre eles. Na IES 2 nos chama atenção o oitavo semestre com 165 horas enquanto o segundo semestre apresenta-se com 435 horas, ou seja, uma CH maior que o dobro.

Essa análise justifica as respostas emitidas pelos discentes e faz um alerta com relação aos cuidados que os cursos devem ter ao fazer essa distribuição disciplinar, tendo em vista que situações de sobrecarga podem desenvolver no estudante sentimentos de ansiedade e angústia que podem favorecer a diminuição do rendimento acadêmico e da qualidade da assistência prestada, além de surgimento de dificuldades no campo pessoal e interpessoal.

Rios (2006) ressalta que o ser humano tem sido exposto frequentemente às inúmeras situações às quais precisa adaptar-se, demandas e pressões externas vindas da família, meio social, do trabalho/escola ou meio ambiente, bem como de ser exigido nas responsabilidades, obrigações, autocrítica, dificuldades fisiológicas e psicológicas, fatores que têm levado a dois males da atualidade: estresse e depressão.

4.2.7 As metodologias ativas de ensino-aprendizagem

O parágrafo VI, do Art. 14 das DCN/ENF, afirma que a estrutura do Curso de Graduação em enfermagem deverá assegurar a definição de:

estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constituem atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro (BRASIL, 2001, p. 05).

As DCENF assumem, portanto, como base filosófica, os quatro pilares da Educação, proposto pela UNESCO, em um documento mundialmente conhecido como Relatório Delors:

Para poder dar respostas ao conjunto de suas missões, a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda a vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: *aprender a conhecer*, isto é *adquirir os instrumentos da compreensão*; *aprender a fazer*, para poder agir sobre o meio envolvente; *aprender a viver juntos*, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente *aprender a ser*, via essencial que integra as três precedentes. É claro que estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta (UNESCO, 1996, p. 89-90).

Ao analisarmos a citação da UNESCO, inicialmente, fazemos um destaque a dois aspectos. Primeiramente, ao uso do termo “pilares” que é tomado no sentido de “bases”, “fundamentos”, resgatando o significado denotado na sua origem etimológica: de *pilare*, no latim, que significava “segurar com força”, “sustentar”. Em outras palavras, para Unesco (1996), os elementos fundantes do conhecimento são os “aprenderes” mencionados.

Uma segunda observação é quando ele traz a expressão “ao longo de toda a vida”, ou seja, mais do que constituírem-se em pilares do conhecimento, elas se tornam pilares da própria vida.

Romão (2001) também faz um destaque sobre a referida obra prelecionando que o relatório não se refere a saberes, a conhecimentos, nem, muito menos, a competências, como está na moda do discurso pedagógico neoliberal. Ao contrário, ele se concentra nos aprenderes. O autor defende que conhecimento, competência e habilidade definem faculdades constituídas e instituídas; enquanto aprender denota uma dinâmica, um processo, faculdades em constituição e instituintes.

Ressalta ainda que essa é uma concepção pedagógica que foge ao padrão hegemônico, tendo em vista que encarar o aprender como mais importante do que o conhecimento, do que o domínio de competências e habilidades; tomar o processo como mais relevante do que as estruturas, constitui uma opção pela concepção dialética da realidade.

O primeiro pilar proposto pela UNESCO - *aprender a conhecer* - envolve o aprender a pensar a realidade, a pensar o novo, a reinventar o pensar, a pensar e reinventar o futuro e está relacionado ao prazer da descoberta, da curiosidade, da busca da compreensão, da construção e reconstrução do conhecimento (FERNANDES *et al.*, 2005). O importante é não apenas despertar nos estudantes esses instrumentos, como motivá-los a desenvolver sua vontade de aprender e querer saber mais e melhor.

Aprender a conhecer e *aprender a fazer*, segundo pilar do relatório, são praticamente indissociáveis, porém o segundo é vinculado pela UNESCO ao mundo do trabalho: “Mas a segunda aprendizagem está mais estreitamente ligada à questão da formação profissional: como ensinar o aluno a pôr em prática os seus conhecimentos e, também, como adaptar a educação ao trabalho futuro quando não se pode prever qual será a sua evolução?” (UNESCO, 1996, p. 93).

Fica cada vez mais claro, que em um sistema de produção cuja base é a tecnologia, não tem lugar para os pacotes de conhecimento pré-estabelecidos, mas para a capacidade de aprender e apreender a inovação. Mais importante do que o conhecimento sobre uma seção na linha de montagem, uma máquina ou uma operação é a capacidade de ler um manual, de ter iniciativa, de criar processos de produção inéditos, de trabalhar em equipe. Logo, o que mais se demanda de um profissional do futuro é a capacidade de “aprender a aprender fazer”.

O terceiro pilar é o *aprender a viver junto* que conforme Antunes (2010) é um domínio da aprendizagem que atua no campo das atitudes e dos valores e envolve uma consciência e ações contra o preconceito e as rivalidades diárias que se apresentam no desafio de viver.

Quando buscamos aprender a viver, devemos ter como primeiro passo o reconhecimento das diferenças, enxergando-as como legítimas manifestações do outro, ou seja, a luta contra a desigualdade entre as pessoas, não quer o combate pela eliminação das diferenças e sim a capacidade de enxergar a multiculturalidade como uma riqueza. Esse é um passo fundamental para a eliminação da competição e dos conflitos tão típicos de nossa sociedade. Como diz o próprio Relatório:

Parece, pois, que a educação deve utilizar duas vias complementares. Num primeiro nível, a descoberta progressiva do outro. Num segundo nível, e ao

longo de toda a vida, a participação em projetos comuns, que parece ser um método eficaz para evitar ou resolver conflitos latentes. (UNESCO, 1996, p. 97).

O quarto e último pilar da educação, segundo a UNESCO é o *aprender a ser*, que para Fernandes *et al* (2005) integra os outros três pilares; cria condições para o desenvolvimento integral da pessoa, espírito e corpo, com inteligência, sensibilidade, sentido ético e estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade, pensamento autônomo e crítico, criatividade, iniciativa e rigor científico. Enfim, condições que favoreçam ao indivíduo a aquisição de autonomia e discernimento.

Os desafios impostos para uma formação baseada nesses quatro pilares são reais e bastante complexos e na área da saúde ainda mais desafiadores tendo em vista que a nossa formação profissional historicamente se deu voltada para o modelo assistencial biologicista, curativo, procedimento-centrado, fragmentado e intra-hospitalar, associado à utilização excessiva de recursos tecnológicos e medicamentosos, ou seja, a doença e a técnica como centros do processo.

Em consonância, um dos grandes desafios à educação nesse início de século é a crescente necessidade da incorporação de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, capaz de agir e refletir sobre sua prática.

Nesse contexto, vêm ganhando destaque as metodologias ativas de aprendizagem, mais comumente traduzidas como “Problematização” e “Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)”, embora distintas, apresentam muitas semelhanças, visto que ambas se propõem a romper com os métodos tradicionais de ensino-aprendizagem e assumirem a construção do conhecimento como traço definidor da apropriação de informações e explicação da realidade, tomando-a como ponto de partida e chegada do processo de aprendizagem.

A problematização tem nos estudos de Freire (2002) a sua origem, enfatizando que os problemas a serem estudados precisam valer-se de um cenário real. Os problemas obtidos pela observação da realidade manifestam-se para discentes e docentes com todas as suas contradições, daí o caráter fortemente político do trabalho pedagógico na problematização, marcado por uma postura crítica de educação, que contribui para a formação de sujeitos autônomos e cidadãos.

Nessa pedagogia, a educação é uma atividade em que docentes e discentes são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando a transformação social.

A aprendizagem se dá através de uma ação motivada, da codificação de uma situação problema, da qual se distancia para analisá-la criticamente. Aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, que se dá através de uma aproximação crítica dessa realidade. O que é aprendido não decorre da imposição ou memorização, mas do nível crítico de conhecimento ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica.

Na visão de Cyrino e Toralles-Pereira (2004, p. 784) na problematização, educação e investigação temática aparecem como momentos de um mesmo processo: “o conteúdo deve estar sempre se renovando e ampliando, inserido criticamente na realidade; não uma realidade estática, mas em transformação, com todas as suas contradições. Criam-se, assim, desafios cognitivos permanentes para estudantes e professores”.

Freire (2002) também defende que quanto mais o docente possibilitar aos estudantes perceberem-se como seres inseridos no mundo, tanto mais se sentirão desafiados a responder aos novos desafios. Ensinar, aprender e pesquisar lidam com “dois momentos do ciclo gnosiológico: o em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e o em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente” (FREIRE, 2002, p. 31).

Esse movimento de busca incessante deve estar alicerçado em um princípio teórico significativo: a autonomia, algo explícito nas ideias defendidas por Freire (2002; 2006).

O ensinar exige respeito à autonomia e à dignidade de cada sujeito, especialmente no âmbito de uma abordagem progressiva, alicerce para uma educação que leva em consideração o indivíduo como um ser que constrói a sua própria história (COSTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2004).

Esse respeito só emerge em uma relação dialética na qual os atores envolvidos — docente e discente — se reconhecem mutuamente e apesar das diferenças, não se reduzem à condição de objeto um do outro.

E para Freire (2002) isso só é possível quando no processo ensino-aprendizagem há o respeito à bagagem cultural do discente, bem como aos seus saberes construídos na prática comunitária. Isso só se torna possível na medida em que o docente tenha como características principais a humildade reconhecendo sua finitude, os limites de seu conhecimento, o *ganho*

substantivo advindo da sua interação com o estudante e a importância de sua avaliação pelo aprendiz.

Ter sempre diante dos olhos — e dentro do coração — o respeito à autonomia parece ser o melhor modo para a compreensão, por parte do binômio docente/discente, do processo de produção, expressão e apreensão do conhecimento, dentro de uma perspectiva de transformação da realidade, afinal, conhecer é transformar.

Já a ABP encontra suas origens na Teoria da Indagação de John Dewey, filósofo, psicólogo e educador norte-americano, citado como grande precursor do pensamento pedagógico contemporâneo. Para John Dewey, a aprendizagem parte de problemas ou situações que intencionam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais. A partir desse ponto de vista, o método de ensino enfatizaria a descoberta, a experimentação e a reflexão, e os docentes apresentariam os conteúdos pragmáticos por meio de problemas ou questionamentos (GOMES; CASAGRANDE, 2002).

Na ABP assim como na Problematização, um dos aspectos cruciais é o processo educativo centrado no estudante, permitindo que este alcance graus crescentes de autonomia. Uma outra semelhança é que na ABP se considera que o conhecimento deve ser produzido a partir da interseção entre sujeito e mundo, como amplamente defendido pela Problematização. Em seu desenvolvimento são elencadas as situações que o aluno deverá saber/dominar e transformadas em problemas para serem discutidos em grupo tutorial.

Alguns pressupostos da aprendizagem de adultos são nucleares na ABP, como:

[...] o conhecimento prévio para a mediação de novas aprendizagens; a diversificação de cenários que facilitem a construção de novos conhecimentos; o entendimento de que conhecer implica acesso e constante reconstrução das informações; a valorização da prática como estrutura para o aprender; a compreensão de que a motivação para aprendizagem produz-se no cruzamento dos projetos pessoais com as condições sócio-educativas (BATISTA *et al*, 2005, p. 3).

Um dos aspectos que mais chamam a atenção diz respeito à capacidade de a ABP permitir a formação de um estudante apto a construir o seu próprio conhecimento e de trabalhar em grupo de modo articulado e fecundo. Mitre *et al* (2008) destacam que a perspectiva de não-completude da formação (expressa no conceito/práxis de educação permanente) e a estruturação do processo de avaliação formativa e contínua, parecem fazer parte de um sistema aberto de organização do processo ensino-aprendizagem, no qual se abre mão, definitivamente, da noção de terminalidade da formação.

Berbel (1998) levanta os aspectos positivos e negativos dos métodos de ensino quando intui que a Problematização e a ABP são inovações que têm tido repercussões importantes. Tanto as positivas, por suas características, pressupostos e consequências diferenciadas, provocadas pelo discurso e pela prática daqueles que passam a apreciar as novas maneiras de ensinar e de aprender, quanto às negativas, provocadas pelas resistências naturais às mudanças e também por aqueles que, apressados, fazem pequenas adaptações em suas práticas tradicionais (e então os resultados em geral não são os esperados) e passam a denominá-las inconvenientemente com os termos que aqui estão sendo considerados para análise e discussão - Aprendizagem Baseada em Problemas e Problematização.

Mesmo tendo a compreensão de que a Problematização e a ABP apontam novas possibilidades no processo de aprendizagem, os discursos docentes evidenciam que o uso dessas metodologias tem acontecido nos cursos de forma isolada a partir de iniciativas individuais de alguns docentes, conforme as UR a seguir:

Tem decisões isoladas de alguns professores que tentam utilizar novas metodologias, mas são pontos isolados e que não tem uma repercussão positiva no curso como um todo (E19).

No sétimo e oitavo semestres as professoras já trabalham essa integração teoria e prática, fazem tutorial, mas é uma iniciativa muito particular das professoras das disciplinas (E8).

[...] é uma iniciativa da disciplina, não é do curso, porque não tem nada aprovado ainda e a gente não pode cobrar dos demais professores esse tipo de postura (E12).

[...] nós não trabalhamos com metodologias ativas, apenas uns casos isolados de algumas disciplinas trabalham com metodologias ativas, grande parte não trabalha (E7).

Existem alguns exemplos, mas são incipientes e não formalizados, ainda 'tá' naquele processo instituinte e não instituído. Deveria ser colocado hoje no plano de curso de cada disciplina (E8).

Essa não seria a forma mais indicada para o uso de metodologias ativas, se faz necessário um projeto único, com envolvimento de um maior número de docentes de modo que sua aplicação pudesse gerar impacto no processo formativo como um todo.

Os discentes compartilham da mesma opinião dos docentes. Ao serem questionados se o seu curso utiliza metodologias ativas comprometidas com o desenvolvimento do espírito científico e com a formação de sujeitos autônomos e cidadãos, apenas 27,5% concordam totalmente.

Tabela 18 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|---|----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Utiliza metodologia problematizadora comprometida com o desenvolvimento do espírito científico e com a formação de sujeitos autônomos e cidadãos. | 17 (8,8) | 21 (10,9) | 21 (10,9) | 81 (42,0) | 53(27,5) |

Fonte: Dados da pesquisa. Bahia, 2013.

O resultado, de certa forma, foi o esperado tendo em vista que a implementação de metodologias ativas em cursos de graduação implica no enfrentamento de múltiplos desafios, desde os estruturais (organização acadêmica e administrativa das instituições e cursos):

Nós temos entrada de 40 alunos, podendo a turma ir até 45 alunos, ficando o tutorial impossibilitado (E15).

Se o currículo não está estruturado nessa perspectiva, por mais que o professor tenha boa vontade ele não dá conta de conseguir fazer essa abordagem (E3).

É muito assunto pra se dar e o tempo que a gente tem disponível para cada atividade não é suficiente e aí optamos pela transmissão (E16).

Até os de concepções pedagógicas (crenças, valores e modos de fazer) dos docentes e discentes.

O uso dessas metodologias depende muito do interesse do professor em se atualizar e se dedicar na sua prática docente a utilizar essas metodologias mais críticas (E15).

Eu tenho visto o processo de mudança na forma de ensinar de maneira muito difícil e acho que a gente conseguiu mudar muito pouco, creio que mais da metade das aulas é com o aluno espectador (E16).

É muito difícil você instigar o pensamento de cinquenta sujeitos, cada um com um tempo individual de pensar, de raciocinar (E19).

Quando se fala em trabalhar com metodologias ativas, claro que a universidade pode te ajudar muito, mas eu acho é que vem mais do ser professor, do que você é, quando você é aquele professor tradicional, não tem especialização, mestrado doutorado que te desconstrua e te faça trabalhar sob uma nova prática inovadora (E10).

O uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem tem dentre seus inúmeros objetivos, desenvolver nos discentes o espírito científico aliado à criticidade e à criatividade, características necessárias aos futuros profissionais e indispensável no enfrentamento das mudanças pertinentes ao mundo moderno.

A história mostra que na Antiguidade, criatividade foi um termo associado ao sobrenatural, ao domínio da fé em Deus. Era Deus que, através dos homens, era criativo. O homem, nesse ensejo, seria dotado de um “dom” que o diferenciaria dos demais homens, na medida em que se encontrava entre os escolhidos por Deus para desempenhar o papel divino. Havia uma crença que o artista, no momento da criação, perde o controle de si e age guiado por um poder superior, divino.

Também havia a relação entre criatividade e loucura, na qual a espontaneidade e a irracionalidade são explicadas como fruto de um acesso de loucura, o que levou muitos artistas e cientistas a serem interpretados como mentalmente desequilibrados.

Com o passar dos tempos, o conceito de criatividade vai tomando novos significados e aproximando processo e produto criativos como expressão da capacidade humana. Aos poucos, criatividade passa a ser conhecida como condição humana que adquire visibilidade através das relações que o homem estabelece consigo, com outros homens e com o mundo.

Para Freire (2002) homens e mulheres envolvem-se num processo criativo pela leitura da “palavra-mundo” e da “palavra-ação” como expressões de seu próprio “quefazer” social, ético, estético, político, cultura. Tomam consciência de que ao aprender produzem cultura, estruturam valores políticos, educacionais, psicológicos, sociais ao mesmo tempo em que sofrem influência dessa mesma produção. De um lado, convivendo numa e com uma sociedade que estimule o pensar divergente, supõe-se estimular, também, o desempenho criativo. De outra maneira, sendo esta sociedade repressora, a expressão do agir criativo, mesmo que estimulado sob a lógica do pensar divergente, tende a distanciar-se da práxis libertadora em que homens e mulheres se associam numa ação revolucionária pela transformação social.

A partir das relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor. Vai temporalizando os espaços geográficos. Faz cultura. E é ainda o jogo destas relações do homem com o mundo e do homem com os homens, desafiado e respondendo ao desafio, alterando, criando, que não permite a imobilidade, a não ser em relativa preponderância, nem das sociedades nem das culturas. E, na medida em que cria, recria e decide, vão se conformando as épocas

históricas. É também criando, recriando e decidindo que o homem deve participar destas épocas (FREIRE, 2002, p. 43).

A capacidade criadora, definida por Freire, encontra-se diretamente associada ao significado que os homens e mulheres atribuem a sua integração ao mundo. E isso denota a compreensão de que sua radicalidade decorre de seu reconhecimento como sujeitos enraizados, autênticos e amorosamente críticos.

Para Baraúna (2001) a criatividade é perseverança e ousadia, um forte sentido de perceber-se refletido na capacidade de realizar e criar o novo, transformar o velho.

Diante das incontáveis definições acerca do que se entender por criatividade, seria mais válido falarmos de uma caracterização da criatividade que de uma definição, propriamente, da mesma. Nesse prisma, no entendimento de Martinez (1997, p. 4) poderíamos caracterizar a criatividade como “um processo de descobrimento ou produção de algo novo, valioso, original e adequado, que cumpra com as exigências de determinada situação social, na qual se expressa o vínculo dos aspectos cognoscitivos e afetivos da personalidade”.

A expressão da criatividade dá-se a partir do sujeito e de um contexto favorável para que o processo criativo seja desencadeado. Caso contrário, cairia num ambiente de fragmentação e obstacularização das ideias e iniciativas, tal como assevera Rosas (2005) referindo-se às barreiras mentais contra a criatividade.

Pensar em um ambiente favorável à criatividade pressupõe promover espaço para a utopia, aquela que nos faz querer, esperar e trabalhar em busca da realização, mesmo sabendo das possíveis dificuldades e tropeços. O ambiente mais propício à criatividade é aquele permeado de oportunidades e incentivo à expressão de novas ideias, pesquisa, reflexão e fortalecimento de atributos personológicos que se associam à criatividade (SOUZA; ALENCAR, 2006).

Consideramos o docente, como o elemento chave na construção desse ambiente facilitador do desenvolvimento das habilidades criativas do aluno, na medida em que ele se propõe a fazer uso de práticas pedagógicas que encorajam os discentes a expressarem novas ideias e a aprenderem de forma independente. Entretanto, os discursos nos mostram que os docentes não se sentem capacitados a usar essas novas metodologias.

Embora o nosso Projeto Pedagógico contemple o uso de metodologias ativas a questão é o preparo dos professores (E15).

[...] pra gente operacionalizar um currículo dessa natureza primeiro a gente tem que pensar na capacitação dos professores, porque vai ser uma metodologia diferente, não vai ser igual a que a gente 'tá' acostumado a

trabalhar, aquela metodologia onde a gente vomita, reproduz conhecimento (E10).

[...] vamos trabalhar com metodologias diferenciadas, metodologias ativas, metodologias criativas onde a gente vai puxar o aluno pra construir conhecimento, mas a gente não pode pensar isso sem antes trabalhar a performance do professor, então eu acho que o nó crítico está aí, na preparação dos professores (E13).

[...] o professor precisa desconstruir aquela postura onde ele só usa retroprojektor, slides enfim ele tem que mudar, ser criativo (E19).

A minha preocupação é que esse novo currículo vai começar a funcionar em breve e até agora só nos reunimos uma vez, até pra falar das metodologias ativas (E10).

Não tivemos nenhuma capacitação para o desenvolvimento de metodologias ativas (E13).

As UR destacadas nos geram preocupação à medida que defendemos as metodologias ativas como um meio de estimular o aluno a ampliar o seu campo de conhecimento, a sua autoconfiança e a coragem para tentar o novo e o inusitado, possibilitando ao discente a mobilização do pensamento criativo e a fusão entre o que se aprende na escola, no mundo real e no mundo do trabalho.

Essa mobilização e fusão capacitam o aluno a superar desafios, a serem pensadores criativos e independentes, aptos a lidar com os desafios que caracterizam o atual momento da história, marcado pela incerteza, instabilidade, mudança e complexidade.

Embora a aplicação das chamadas metodologias ativas, aqui traduzidas pela Problematização e pela ABP, não tenha sido amplamente utilizada como estratégia de ensino nos PPC analisados, identificamos outras técnicas pedagógicas utilizadas pelos docentes, como por exemplo, as dinâmicas de grupo, os seminários, o portfólio, os trabalhos de conclusão de cursos – TCC, as Atividades complementares – AC que incentivam a pesquisa, a extensão e a participação em atividades não necessariamente voltadas ao exercício da enfermagem, mas importantes na ampliação da leitura de mundo do aluno e o plano de cuidados baseado em evidências. Esses são exemplos concretos da revelação da criatividade dos discentes com supervisão e estímulo dos docentes.

As UR a seguir revelam que embora o foco maior ainda seja a pedagogia da transmissão, há um avanço para a aplicação desses procedimentos pedagógicos:

A gente tem utilizado metodologias alternativas de ensino, como seminários e oficinas, mas tradicionalmente o foco são as aulas teóricas, com o domínio do conhecimento pelo docente (E13).

[...] a gente propõe trabalhar com pauta eletrônica, que é novidade (E8).

[...] usamos várias metodologias, como seminários, estudo de caso, discussões e também a aula expositiva (E4).

[...] alguns professores adotam metodologias mais inovadoras e outros fazem questão de usar a transmissão, a repetição, mas já temos o uso de seminários, o trabalho em pequenos grupos, o portfólio reflexivo, que é fantástico, mas que dá muito trabalho e por conta disso quase nenhum professor adota (E15).

Sá e Fugita (1996) destacam a importância da criatividade para o cuidado prestado pela enfermeira quando afirmam que esta capacidade humana aparece como um instrumento básico para o cuidar, que estimula o crescimento individual e coletivo, impulsiona a humanidade rumo às descobertas, conferindo ao ser humano a capacidade de associar ideias que incentivem seu ajustamento ao ambiente que o cerca, aperfeiçoando-o e/ou modificando-o; propiciando o caminho para a resolução de situações não rotineiras.

Pode-se dizer que o enfermeiro é um profissional que aplica a competência da criatividade, pois muitas vezes busca soluções imediatas e inéditas para prestar uma assistência segura, prevenindo riscos e aprimorando a qualidade.

O ensino envolto pela dimensão criativa – além de uma diretriz na enfermagem do Século XXI – é uma necessidade. A criatividade é vital para a enfermagem, posto que o ato de cuidar expressa-se de forma global, criativa e comprometida e requer profissionais que atendam a esse perfil.

Para Freire (2006, p. 21), a primeira condição para que alguém possa assumir um ato comprometido é ser capaz de agir e refletir sobre a realidade, fazendo-se um ser da *praxis*:

[...] a inserção nela implica [...] conhecimento sobre a realidade. Se o compromisso só é válido quando está carregado de humanismo, este, por sua vez, só é conseqüente quando fundado cientificamente [...] o profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua maneira de estar no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos.

Essa primeira ideia de curiosidade, denominada por Freire (2006) como curiosidade ingênua, deve evoluir sendo valorizada e fundamentada em princípios democráticos,

articulados com os fundamentos teóricos e técnicos das diversas áreas do conhecimento humano.

Freire (2006, p. 34) considera que a diferença e a distância entre ingenuidade e criticidade não se dá na ruptura entre elas, mas na superação. Para ele “Quanto mais criticamente se exerça a capacidade de aprender, tanto mais se constrói e desenvolve o que venho chamando de ‘curiosidade epistemológica’, sem a qual não alcançamos o conhecimento cabal do objeto” (FREIRE, 2002, p. 27).

A prática educativa progressista que visa educar para a autonomia deve promover a superação para a curiosidade epistemológica, não há como ser autônomo sem criticidade, mantendo uma visão ingênua do mundo, ou seja, a curiosidade ingênua sem deixar de ser curiosidade, ao criticizar-se se torna curiosidade epistemológica.

O diálogo nessa perspectiva torna-se um ponto fundamental do trabalho com a curiosidade, na disponibilidade para perguntas e respostas que viabilizem o processo de conhecimento. Segundo Freire (2004), a curiosidade se constitui, cresce e se aperfeiçoa quando em exercício permanente e para que isso ocorra, esse autor indica a necessidade de estimular perguntas e respostas que são partes indissociáveis do processo cognitivo e do aprender.

Isso significa que a curiosidade, como característica ontológica do sujeito e imbuída de uma ingenuidade inicial, tem na experiência dialógica da prática educativa o fundamento para tornar-se uma curiosidade epistemológica.

Diante de todas as discussões trazidas acerca da importância do uso das metodologias ativas como instrumento para o desenvolvimento da criatividade e da criticidade do discente durante o seu processo de formação profissional, foi questionado aos discentes se o seu curso estimula e valoriza a criticidade e a criatividade do estudante.

Tabela 19 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca do estímulo dado a sua criticidade e criatividade. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|--|---------|---------|----------|----------|----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Estimula e valoriza a criticidade e a criatividade do estudante. | 11(5,7) | 19(9,8) | 25(13,0) | 75(38,9) | 63(32,6) |

As respostas mostraram que 32,6% dos discentes concordam totalmente com essa afirmação, enquanto 38,9% concordam pouco, ou seja, os valores foram bem semelhantes entre os dois grupos. Há um entendimento de que os cursos estimulam e valorizam a criticidade e a criatividade do estudante, porém a metade acredita que de forma razoável e a outra metade, que os cursos o fazem intensamente.

Dentre os entrevistados que discordaram temos um total de 22,8%, o que consideramos um número razoável de estudantes que não acreditam que seu curso possua tal característica.

Por oportuno, é importante um investimento e uma maior preocupação em práticas educativas que promovam o desenvolvimento de uma postura crítica-reflexiva entre os estudantes de enfermagem, já que esse futuro profissional, tem um papel fundamental na construção de um cuidado mais humano, afetivo e efetivo contribuindo assim com a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e livre, como bem defende Freire em toda sua obra.

4.2.8 A configuração dos cenários de aprendizagem

4.2.8.1 A relação entre a organização do Sistema Municipal de Saúde e o processo formativo

Sistemas de saúde são construções sociais que tem por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover. Ante o exposto, os sistemas de saúde têm como compromisso primordial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos (ELIAS, 2011).

Qualquer sociedade, por mais primitiva que seja, tem o seu sistema de saúde. Nele, aqueles que entendem sofrer de algum mal, físico ou psíquico, buscam os seus remédios. Ainda que esses sistemas possam seguir lógicas diagnósticas e terapêuticas bastante diferenciadas, a sua existência é parte da vida de qualquer sociedade, independente do grau de desenvolvimento social, econômico, cultural ou científico.

O sistema de saúde é composto pela rede de serviços (hospitais, ambulatórios, consultórios, laboratórios clínicos e radiológicos, dentre outros) e pelas estruturas voltadas para as funções de planejamento, informação, controle e avaliação (no caso brasileiro, as

unidades vinculadas a órgãos estatais, tais como Ministério, Secretarias estaduais e municipais de saúde, agência reguladora, dentre outras).

A rede de serviços de saúde geralmente se organiza por níveis de atenção (primário, secundário e terciário) com o objetivo de promover a racionalização e o acesso dos usuários e tem sido representada pela figura clássica de uma pirâmide.

Elias (2011) explicita que, na ampla base da pirâmide estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais bem definidos (populações adscritas) que seria estabelecida, de uma forma geral, a seguinte missão: oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira "porta de entrada" para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde.

De acordo com o mesmo autor, na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais.

O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional adequados (ELIAS, 2011).

A pirâmide é uma forma figurativa que busca representar a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos.

Observamos nas falas dos docentes, informantes deste estudo, que esse fluxo não tem acontecido nos serviços de saúde, cenário de práticas e estágio dos cursos de graduação em enfermagem da Bahia. Com relação à rede hospitalar, os docentes descrevem um contexto bastante diferente de qualquer coisa que, de fato, se aproxime da imagem projetada da pirâmide e fazem referência a como essa condição de desorganização tem influenciado o processo de formação:

O pronto-socorro não tem emergência, só tem coisas que poderiam ser resolvidas na unidade básica e aí fica a unidade entupida de pessoas que não deveriam estar ali e o aluno perdido no meio daquela confusão (E4).

A rede hospitalar é mais fragilizada porque hoje a gente tem pacientes em corredor e uma série de outros problemas que absorvem muito a enfermeira

e ela como preceptora não consegue acompanhar tão bem esse aluno porque a demanda é muito grande (E2).

A maioria dos pacientes que chegam na emergência não precisariam estar ali, eles só vão porque não conseguem atendimento na unidade básica e isso é ruim para o aluno também porque ele tem que resolver problemas básicos como falta de material, por exemplo, enquanto poderia 'tá' prestando atendimento direto ao paciente (E17).

[...] mas pra mim, a deficiência não 'tá' na formação que o curso de enfermagem oferece, mas no sistema de saúde vigente no município onde o curso 'tá' inserido (E13).

A situação descrita pelos docentes é atestada por Cecílio (1997) quando evidencia que a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a "porta de entrada" mais importante para o sistema de saúde. A "porta de entrada" principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. Atesta isso, o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital. Os prontos-socorros sempre lotados de pessoas com problemas que não se constituem em urgência e nem em emergência são a imagem mais expressiva dessa situação.

Os docentes também descrevem situações semelhantes às vivenciadas no hospital nas Unidades básicas de saúde, onde há uma demanda excessiva de pacientes não comportada pelo número de profissionais em serviço, gerando filas intermináveis, demora excessiva na marcação de consultas, dentre outras situações que além de gerar a insatisfação do usuário com o serviço oferecido, muitas vezes distorcem a compreensão do aluno acerca dos princípios do SUS.

Na sala de curativos não tem um único pacote de curativo completo, tem que fazer no improviso, usando a criatividade e ainda os pacientes reclamando na porta pela demora (E19).

[...] às vezes você quer fazer uma referência e contra-referência e você não consegue, você vê ainda as pessoas chegarem na porta do serviço e não haver acolhimento, a pessoa voltar porque não consegue ter acesso a um exame, não consegue ter acesso a uma consulta médica, a uma consulta de enfermagem e como fica o princípio da universalidade (E7).

O que a gente tem são problemas inerentes a todo serviço público de saúde hoje em dia, que é a falta de material, de pessoal, condições ambientais desfavoráveis, às vezes o paciente sem o remédio de pressão por dias, sem acesso a um cardiologista, então é a realidade do sistema de saúde (E9).

Eu tenho percebido que as instituições de saúde aqui do município estão passando por uma fase bastante crítica e às vezes, o que o aluno vê aqui na aula teórica quando chega no serviço está completamente distorcido, deteriorado (E8).

Por mais que a gente fale para o aluno que ele tem que se basear no que viu na teoria, no dia a dia dele ali na prática ele vê tudo improvisado, tudo de uma forma completamente diferente, falta material, existe uma desvalorização do pessoal do serviço, e isso é uma realidade tanto na rede básica quanto nas instituições hospitalares (E3).

Percebe-se no discurso dos docentes que a atenção primária à saúde está fragilizada, com dificuldades na estrutura física, falta de insumos ou suprimentos, logística e também a aplicação de diretrizes, protocolos ou desenhos de modelos assistenciais tem interferido no processo de trabalho dos técnicos, administradores, docentes e estudantes e principalmente na qualidade da prestação do serviço ao usuário, deixando claro, que o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde ainda tem um longo caminho para se efetivar.

Os discursos docentes vão ao encontro do que traz Porto, Santos e Uga (2006) quando mencionam não ser exagero reconhecer que os principais pontos positivos no desempenho do sistema de saúde são a melhoria da cobertura principalmente na atenção primária e na terciária, sobrando como desafios a melhoria da gestão, do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

Os discentes, contudo, demonstraram através do questionário um entendimento contrário à opinião dos docentes. Ao serem questionados se consideram adequados os locais utilizados para realização das atividades práticas e dos ECS, 94,3% concordaram que sim.

Trata-se de uma resposta que nos traz apreensão tendo em vista que é de concordância geral e irrestrita que os sistemas de saúde no Brasil encontram-se em situação de penúria e o discente não ter a compreensão dessa situação gera, no mínimo, uma desconfiança quanto ao entendimento da pergunta ou a veracidade dessa resposta.

Analisando sob outra dimensão, poderíamos preceituar a falta de consciência crítica e maturidade social desse discente para enxergar o campo de prática para além de um local utilizado para o desenvolvimento de técnicas, um local onde as pessoas vão na busca do atendimento às suas necessidades de saúde e na maioria das vezes voltam sem obter a resposta merecida.

Tabela 20 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca dos locais para realização de atividades práticas e ECS. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|-------|----|----|------|----|----|
|-------|----|----|------|----|----|

| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
|---|---------|---------|---------|----------|------------|
| Os locais utilizados para realização das atividades práticas e dos ECS são adequados. | 3 (1,6) | 5 (2,6) | 3 (1,6) | 13 (6,7) | 169 (87,6) |

Em uma análise acerca dos vinte anos do SUS, Santos e Andrade (2009) destacam cinco pontos que julgam fundamentais para a sua consolidação. O primeiro diz respeito ao financiamento, que conforme os autores além de insuficiente, carece, no momento, de definição de algumas fontes de receita, uma vez que somente os recursos do orçamento da seguridade social e do orçamento fiscal não dão conta de mantê-lo.

O segundo ponto é a necessidade de institucionalização do modelo jurídico-organizacional do SUS, de acordo com eles, mesmo existindo as comissões de gestores, que congregam os gestores municipais, estaduais e federal, criadas com o objetivo de decidir em conjunto com a organização, a operacionalização e o financiamento dos serviços de saúde, estes não estão institucionalizadas, e todas elas são dependentes do ente federado que as cria. Somente colegiados interfederativos que respeitem as autonomias dos entes federados, ao mesmo tempo em que esses entes se reconheçam como interdependentes para garantir o direito à saúde em redes interfederativas, darão conta de definir em conjunto as políticas de saúde, seu financiamento e sua execução.

O terceiro ponto destacado por Santos e Andrade (2009) é a necessidade de modernização do modelo gerencial do SUS. No parecer deles, as formas jurídicas ou as categorias jurídicas de administração pública no Brasil precisam urgentemente se modernizar, separando-se as atividades que requerem poder de autoridade, poder sancionador e que são exclusivamente públicas daquelas que podem ser executadas tanto pela iniciativa privada como pelo poder público, devendo nesse caso ser realizada de modo mais ágil, como na maioria das vezes ocorre no setor privado. Um exemplo é a criação das fundações estatais, que é um modelo de fundação pública regida pelo direito privado.

O quarto ponto diz respeito à necessidade de suprimir o vácuo legislativo, ou seja, é necessária uma melhor regulamentação das responsabilidades dos poderes públicos na rede de serviços e dos direitos e deveres dos usuários. São muitas as lacunas, e a principal delas é a que define o rol de prestação de serviços que o Estado deve garantir aos usuários. Mesmo as portas de entrada do sistema não sendo respeitadas, principalmente pelo Poder Judiciário que, nas ações judiciais, garante tudo para todos sem respeito à regulamentação, tem sido insuficiente. Enquanto esse vácuo legislativo não for preenchido e o modelo jurídico-

administrativo do sistema público de saúde não for institucionalizado, estaremos gerindo dois sistemas: um para o público em geral e outro para aqueles que, cada vez mais, recorrem ao Judiciário, prejudicando a desejável eficácia do direito à saúde que pressupõe um conjunto de serviços previamente definido pelos dirigentes do SUS, em comum acordo com a sociedade representada nos conselhos de saúde.

Finalmente, os autores trazem como último ponto a necessidade da população brasileira ter sentimento de pertencimento ao SUS. Ampliando o entendimento, esclarecem que não há um sentimento de pertencimento da população em relação ao SUS. Todos os segmentos sociais buscam para si garantir, de algum modo, um contrato de seguro-saúde, e os próprios secretários de Saúde muitas vezes dirigem um sistema que não usam. À medida que os serviços de saúde forem de má qualidade viveremos essa ambiguidade de querer e ter o direito, mas não exercitá-lo. Não temos a cultura de lutar para conferir qualidade a um direito, gostamos de nos apropriar de direitos já qualificados. Enquanto isso, a parcela rica da sociedade relega à parcela pobre a reivindicação do direito qualitativo à saúde e, ainda que esta última seja maioria, sua voz não é ouvida na mesma intensidade.

Os encaminhamentos necessários para que o sistema de saúde ganhe os contornos suficientes para a sua ampla efetivação não são fáceis e nem de aplicação no curto prazo. Demanda do Estado a elaboração de um projeto para o setor saúde a ser discutido com todos os setores interessados, a ser implementado por vários governos.

Acreditamos que investir na formação de profissionais de saúde direcionada para o SUS seja também uma estratégia de alta relevância. Concordamos com Ceccim e Bilibio (2002) quando expõem que no período acadêmico garotos e garotas estão significativamente abertos a novos valores, sedentos por objetivos justos e buscando uma estética para a própria existência. Essas tendências aliadas ao conhecimento das diferentes realidades, necessidades, oportunidades, demandas, urgências, potencialidades, dificuldades, possibilidades, desafios, enfim, alegrias e tristezas do sistema de saúde brasileiro podem representar um verdadeiro fluxo de força na direção de uma significativa qualificação profissional das pessoas que trabalham no SUS.

Já para Paim *et al* (2011) para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas. Portanto, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. Questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica. As bases legais e normativas já foram estabelecidas e

já se adquiriu bastante experiência operacional. Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica.

Em uma última análise, somos favoráveis aos autores que defendem a importância do aparato institucional, a articulação público-privada, a dotação de verbas e equipamentos, mas defendemos que tudo isso pode passar a ter um caráter apenas de exterioridade, se o profissional de saúde que se encontra em contato direto com a população, não estiver aderido de forma competente ao trabalho que está realizando, não estiver convencido de que deve manter uma relação de alteridade com o usuário do SUS.

4.2.8.2 A expansão dos cursos de graduação e os cenários de aprendizagem

A Reforma Universitária (RU) brasileira, instituída através da Lei 5.540, de 28 de novembro de 1968, constitui o primeiro movimento na direção da ampliação do número de vagas no ensino superior e sua consequente modernização por meio da proposta de revisão dos currículos mínimos dos cursos.

De acordo com o MEC/Inep/Deas (2006), em 1964 existiam no Brasil 39 cursos de graduação em enfermagem, sendo que 16 deles criados antes de 1947 e 23 criados no período compreendido entre 1947 e 1964, ensejando um crescimento de 43,75% em 17 anos.

Teixeira *et al* (2006) afirma que o ensino de enfermagem seguiu as determinações da Reforma Universitária, que, em síntese, estavam dirigidas para a formação de maior número de profissionais e na reestruturação de um novo currículo mínimo, formalizado pelo Parecer nº 163/72 e Resolução 4/72 do, então, Conselho Federal de Educação.

Como observam as mesmas autoras o currículo mínimo dificultava o entendimento acerca dos determinantes sociais do processo saúde/doença, pois era voltado para o modelo biologicista, individualista e hospitalocêntrico, marcado por uma visão tecnicista da saúde.

Além do currículo mínimo, a lei da RU, conforme Campista *et al* (2009), rompeu com o modelo pedagógico de ensino de enfermagem vigente até então, na medida em que estabeleceu uma série de mudanças estruturais nos cursos de enfermagem, entre as quais a integração de cursos, áreas e disciplinas; o estabelecimento do sistema de créditos; a organização do ciclo básico e do profissional; e estabeleceu que o ensino superior seria, como regra, ministrado em universidades e em caráter excepcional em estabelecimentos isolados.

Para Teixeira *et al* (2006) dois momentos históricos marcaram o processo de redemocratização do país, a partir da década de 80: a VIII Conferência Nacional de Saúde e a

promulgação da Constituição em 1988, vez que se constituíram expressão de um processo de luta de diferentes atores da sociedade por ampliação de direitos sociais.

Esses eventos marcam o delineamento de um cenário político que prioriza a atenção primária em saúde, no qual a saúde pública se revela como uma área em expansão, sendo possível supor que a formação do enfermeiro esteja passando por transformações, não só quanto ao aumento evidente do número de cursos, mas quanto ao foco da formação e o perfil de egressos.

Em 1996 foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei 9.394 de 20/12/1996 (BRASIL, 1996) que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, abrindo espaços para a flexibilização dos currículos de graduação, para a expansão de cursos e vagas na educação superior, além de direcionar a construção de Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação.

A partir de 1997, as escolas de enfermagem do Brasil iniciam a implantação do denominado Novo Currículo, tendo como referencial a LDB, o que exigiu uma reordenação e readequação das estruturas acadêmico-administrativas das escolas e um programa de capacitação docente para concretizar o propósito de transformação do modelo de formação do enfermeiro (SILVA, 2005).

A autonomia universitária referida na LDB/96 “representa liberdade total para a criação de novos cursos e formatação dos tradicionais, uma vez que os critérios estabelecidos para a aprovação de cursos são facilitadores” (PEIXOTO, 2004, p. 44). Assim, o crescimento mais acentuado ocorreu no setor privado, que foi estimulado pelo governo federal por representar uma solução para os problemas da necessidade de expansão da educação superior e da falta de recursos do setor público (BRASIL, 2006).

Até 1964 só existiam no Brasil 39 cursos de graduação em Enfermagem, sendo que nos 30 anos seguintes foram implantados mais 69 cursos, ou seja, no ano de 1994 tínhamos no Brasil 108 cursos, o que corresponde a uma expansão de 177% em 3 décadas. Porém, de 1994 a 2004, tivemos um incremento de 285%, totalizando 415 cursos de graduação em enfermagem no ano de 2004.

Erdmann, Fernandes e Teixeira (2011, p.91) ressaltam a relação direta entre essa expansão e a LDB, considerando que “de 1991 até 1996, foram criados apenas cinco cursos, dessa maneira, um incremento de apenas 4,71%, enquanto que, de 1991 a 2010, essa expansão foi de 645,28%”.

Outro aspecto que nos chama a atenção frente à expansão do número de cursos é o desequilíbrio na sua distribuição por categoria administrativa. O Inep (2011) aponta uma

predominância numérica da rede privada, que engloba 80,6% dos estabelecimentos, enquanto o setor público é responsável por apenas 19,04% das instituições, ou seja, dos 826 cursos de graduação em enfermagem existentes no país, 666 são administrados pela rede privada e apenas 160 pela rede pública de ensino.

Campista *et al* (2009) ressalta que a prevalência das instituições privadas na oferta de vagas, podemos atribuir a esse setor a regulação do mercado de trabalho. Outrossim, o setor privado acaba por determinar, quase que em sua totalidade, o perfil dos profissionais inseridos no campo da enfermagem no Brasil.

Fernandes (1994) chama a atenção para a proposta neoliberal incrementada no governo do presidente Fernando Collor e vigente até os dias atuais, que visa à privatização das empresas estatais e a participação mínima do Estado na economia e nos serviços públicos. Dessa forma se estabelece a participação do capital privado em setores de atuação do governo, dentre eles o da educação superior, facilitando a expansão dos cursos privados.

Essa realidade é identificada por alguns docentes deste estudo que acreditam que o governo tem permitido a abertura desordenada de novos cursos ao tempo que se furta de suas obrigações com os cursos públicos já instalados.

Acredito que o governo ao invés de permitir a abertura de novos cursos deveria investir mais nas escolas públicas que já estão aí, e garantir uma ampliação do número de vagas (E19).

O governo sucateia as universidades públicas[...] enquanto beneficia as privadas (E2).

A gente tem um número mínimo de professores então é impossível oferecer mais vagas, enquanto que as particulares vão crescendo mais e mais e com qualidade duvidosa, mas é o que o governo quer (E18).

O ministério incentivou muito a abertura desses novos cursos, acredito que liberou até de forma indiscriminada porque tem uns que não tem a mínima condição de funcionamento (E15).

Os programas de crédito educativo são fundamentais para o aumento do número de vagas na rede privada de ensino superior. O Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), constituído pela Medida Provisória nº 1.827/99 e regulamentado pela Portaria MEC nº 860/2003 e mais recentemente, no governo de Luís Inácio Lula da Silva, o Programa Universidade para Todos (PROUNI), que concede bolsa de estudos aos estudantes de baixa renda, tem favorecido o acesso de um maior número de estudantes ao ensino superior, mesmo que isso não tenha garantido a conclusão desse curso.

Segundo o Inep (2011) dos 244.245 estudantes matriculados apenas 47.114 concluem os seus cursos dentro do período estabelecido, ou seja, menos de 20% do total.

Essa expansão dos cursos privados tem levado a um aumento do número de discentes nos cenários de aprendizagem usados pelas IES, já que esses cenários não foram também expandidos de modo a receber o contingente de discentes que o utilizam, como preconiza Fernandes (2012, p. 01):

Essa expansão vem se dando de forma desarticulada com os cenários das práticas em saúde, ou seja, com os espaços de aprendizagem que envolvem a produção do cuidado, particularmente no que se refere as dificuldades de oportunidades de procedimentos práticos devido ao número excessivo de alunos nesses espaços de aprendizagem que não parecem ter tido sua expansão na mesma proporção que as instituições/cursos/vagas, ocasionando um desequilíbrio entre os espaços para o desenvolvimento das práticas em saúde/enfermagem e o quantitativo de alunos nesses espaços.

Essa situação é também sentida pelos docentes, informantes do estudo, refletidas nas UR seguintes:

O que tem acontecido também é a superlotação, como surgiram muitas faculdades, o campo 'tá' encharcado de alunos (E19).

A gente chega no campo de prática e tem alunos se batendo (E2).

Tem horas que tem mais aluno do que paciente (E2).

[...] o aluno chega no final do curso e não teve oportunidade de realizar vários procedimentos (E14).

[...] às vezes nem procedimentos básicos como punção com gelco ele consegue fazer porque é tanta gente (E4).

Fica claro, portanto, que a expansão dos cursos leva a uma superlotação nos campos de prática e estágio refletindo na qualidade do processo de formação desse estudante, conforme traduzido por Fernandes (2012) quando afirma que a política de expansão de cursos/vagas na área da saúde/enfermagem, desarticulada dos cenários das práticas, pode ter implicações danosas na efetivação de um processo de aprendizagem eficaz e de qualidade, limitando as oportunidades para a formação voltada para as dimensões do cuidado em saúde e para as relações dos profissionais com seus clientes, na construção de uma atenção integral no âmbito das unidades de saúde.

Gamboa (1991) defende que a perspectiva da aproximação do processo de formação com as políticas de saúde deve ser expressa nos projetos políticos dos cursos de enfermagem em cada instituição, desenvolvendo mecanismos que garantam um padrão de qualidade e

minimizando os efeitos deletérios da ampliação da oferta de vagas no ensino superior unicamente com a perspectiva mercantil.

Entretantes, o que temos observado nas falas dos docentes é um entendimento de que os cursos não têm se preocupado com a qualidade da formação oferecida ao tempo em que seus PPC não retratam a realidade do cotidiano da formação, como descrito a seguir:

Às vezes eu estou com meu aluno lá fazendo um trabalho já há dias na rede e chega um aluno de uma escola privada pra fazer uma visita técnica, aí eu fico pensando, esse aí vai ser enfermeiro igual ao meu que está aqui, e ele vem fazer uma visita técnica e passa só uma manhã (E2).

O número de faculdades tem crescido terrivelmente e nem sempre o que está escrito no projeto político pedagógico é cumprido (E5).

As privadas soltam o aluno no campo sozinho já nas práticas, não esperam para o estágio não (E13).

[...] às vezes é tão aberrante que eu absorvo aquele aluno junto com os meus, porque ele 'tá' tão perdido que dá pena (E2).

Os projetos pedagógicos são lindos, só que a realidade é outra (E19).

Concordamos com Galleguillos e Catani (2011) quando expressam que o aumento no número de instituições gerou forte crescimento de matrículas; o ensino superior ganhou maior visibilidade para novas camadas sociais, incentivadas pela possibilidade de ascensão social, e incorporou o público feminino e um público de trabalhadores.

Não obstante, ainda se faz necessário um controle mais criterioso na abertura de novos cursos, bem como no acompanhamento de seu funcionamento tendo como foco a qualidade do ensino. Nosso entendimento ganha respaldo na fala de Fernandes (2012) ao defender que a necessidade de novos profissionais enfermeiros é uma realidade. Entretanto, a autora acredita na necessidade dessa formação ser voltada para atender as múltiplas e crescentes demandas sociais e sanitárias. Para ela, não basta reconhecer a importância da ampliação de número de enfermeiras para o mercado, se esses profissionais não forem formados num padrão que preencha os requisitos necessários ao atendimento de qualidade a saúde da população.

4.2.9. A avaliação e acompanhamento do processo ensino-aprendizagem

As DCN/ENF propõem em seu Art. 15 que as novas concepções curriculares desencadeadas a partir das diretrizes curriculares sejam acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Essa recomendação deverá se dar em duas direções, a primeira, a partir da avaliação discente, tendo como base as competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, em consonância com as Diretrizes Curriculares.

Rozendo *et al* (1999) faz uma reflexão ao explicitar que a universidade, enquanto uma instituição social inserida numa realidade concreta, experimenta a dialética do movimento social. Ao mesmo tempo em que determina, é determinada; ao mesmo tempo em que transforma a realidade, também reproduz essa realidade. Compartilha as contradições da sociedade e produz suas próprias contradições. Assim, as práticas pedagógicas, realizadas em seu interior, são reflexo da sociedade e nela se refletem, espelhando a complexidade da dinâmica social e da interação humana. Conhecer tais práticas e desvelá-las é fundamental para a tomada de consciência, e decisivo para que sejam efetuadas ações no sentido de sua superação.

Nesse intento, apesar das grandes transformações confirmadas no plano teórico, da proposição e implementação de novas propostas pedagógicas, pouco se verificou em relação à mudança efetiva no quadro epistêmico e na atitude do docente em sala de aula, especialmente no tocante à prática avaliativa discente, que muitas vezes:

[...] é praticada na perspectiva do disciplinamento, mas parece que é no sentido pedagógico; está sendo praticada a favor da seletividade, mas parece estar sendo a favor da promoção do educando; está sendo praticada com base em fatores externos ao processo de ensino e aprendizagem dos conteúdos essenciais, mas parece estar sendo a favor do ensino, da aprendizagem e do crescimento do educando. A ilusão se faz realidade (LUCKESI, 1995, p. 526).

Concordamos com o autor que estamos praticando a avaliação de uma forma deturpada, estamos afirmando avaliar enquanto na verdade estamos examinando, através de práticas pontuais, classificatórias, seletivas e autoritárias.

Nesse sentido, defendemos que a avaliação seja formativa, ou seja, desenvolvida como uma prática contínua que objetiva desenvolver aprendizagens. Ela deve se situar no centro da ação de formação, fazendo o levantamento de informações úteis à regulação do processo ensino-aprendizagem e contribuindo para a efetivação da atividade de ensino.

Allal, Cardinet e Perrenoud (1986, p. 14) definem a avaliação formativa como sendo a avaliação que:

[...] visa orientar o aluno quanto ao trabalho escolar, procurando localizar as suas dificuldades para ajudá-lo a descobrir os processos que lhe permitirão progredir na sua aprendizagem. A avaliação formativa opõe-se à avaliação

somativa que constitui um balanço parcial ou total de um conjunto de aprendizagens. A avaliação formativa se distingue ainda da avaliação de diagnóstico por uma conotação menos patológica, não considerando o aluno como um caso a tratar, considera os erros como normais e característicos de um determinado nível de desenvolvimento na aprendizagem.

Baseando-se ainda nos ensinamentos de Perrenoud (1991) uma avaliação formativa só pode ser cooperativa, negociada, matizada, se for centrada nas tarefas e nos processos de aprendizagem mais do que na pessoa em si. Ela priva o avaliador definitivamente do poder de classificar, de distinguir, de condenar globalmente alguém em função de seus desempenhos intelectuais.

Freire (2006) também ressalta a questão do poder quando faz uma crítica a todo tipo de autoritarismo entre educador e educando, anunciando que o processo avaliativo deve distanciar-se de seu viés punitivo e castrador das diferenças:

Um educador que restringe os educandos a um plano pessoal impede-os de criar. Muitos acham que o aluno deve repetir o que o professor diz na classe. Isso significa tomar o sujeito como instrumento. O desenvolvimento de uma consciência crítica que permite ao homem transformar a realidade se faz cada vez mais urgente. Na medida em que os homens, dentro de sua sociedade, vão respondendo aos desafios do mundo, vão temporalizando os espaços geográficos e vão fazendo história pela sua própria atividade criadora (2006, p. 32).

O autor deixa claro que o processo avaliativo, assim como as demais ações entre educador e educando, deve priorizar a construção do conhecimento e a leitura crítica do mundo, numa permanente apreensão da realidade com vistas à construção de uma consciência crítica. Uma avaliação de cunho exclusivamente mensurador não é compatível com o desenvolvimento crítico e criativo, não valoriza e nem permite a expressão da diversidade de pensamento.

Os discursos docentes evidenciam como a ação avaliativa é um ponto crítico dentro do processo de formação e como ele ainda está atrelado a questão da quantificação:

A avaliação é sempre o ponto crítico, parece fácil, mas não é (E19).

As avaliações ainda são mais da metade, realizadas de forma pontual e os alunos estão muito acostumados assim e até às vezes se queixam da ausência dessas avaliações (E16).

A avaliação nas disciplinas básicas como anatomia, microbiologia, fisiologia é ainda pior, eles tem uma avaliação pontual e não processual (E12).

Então a gente ainda não tem uma diversidade muito grande de formas de avaliação, são ainda muito somativas, muito apegadas a nota (E14).

[...] isso ainda é a tônica, essa necessidade que a gente tem de ter um retorno com notas (E5).

[...] eu acho que isso é da nossa história, do perfil do curso, da nossa preocupação em saber que estamos capacitando as pessoas pra cuidar de outras vidas, então a gente 'tá' sempre preocupado com a nota (E5).

Percebemos nas UR apresentadas que avaliação para as docentes tem sido sinônimo de emissão de uma nota acreditando que se esta for favorável, o discente está capacitado para aquele propósito avaliado. Avaliar é muito maior do que isso, significa subsidiar a construção do melhor resultado possível e não pura e simplesmente aprovar ou reprovar alguma coisa. Quando se avalia na perspectiva formativa há um rigoroso acompanhamento e reorientação das atividades tendo em vista resultados bem-sucedidos.

As respostas dos discentes comprovam as declarações apresentadas pelas docentes. Quando questionados se o seu curso desenvolve ações de avaliação do processo ensino-aprendizagem, de modo formativo, os resultados apontaram que apenas 24,4% dos discentes concordam totalmente com a afirmação, ou seja, afirmam que a avaliação é feita de modo formativo, o que consideramos um percentual baixo. Dentre os que concordam pouco temos o maior percentual, 36,8%, assim, pode-se inferir que para os discentes, o curso desenvolve outras modalidades de avaliação além da formativa, 10,9% nem concordam nem discordam e 28% discordam dessa afirmação, dessa maneira, não acreditam que o curso desenvolve ações de avaliação do processo ensino-aprendizagem, de modo formativo.

Tabela 21 - Distribuição das respostas de discentes de cursos de graduação em enfermagem acerca da avaliação do processo ensino-aprendizagem. Bahia, 2013.

| Itens | DT | DP | NCND | CP | CT |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Desenvolve ações de avaliação do processo ensino-aprendizagem, de modo formativo. | 23 (11,9) | 31 (16,1) | 21 (10,9) | 71 (36,8) | 47 (24,4) |

Os resultados apresentados pelos discentes encontram respaldo em Chaves (2004) quando ressalta que a maioria dos docentes pratica uma avaliação tradicional, basicamente utilizando provas escritas para verificar a retenção dos conhecimentos repassados, não

servindo para orientar ou re-orientar o aluno, para situá-lo frente às exigências da disciplina e do curso e do papel que os conteúdos de cada disciplina tem na sua formação profissional.

Ao entender o processo educacional como um encontro entre sujeitos mediado pelo conhecimento, Freire (2006) abre outras possibilidades para se pensar a avaliação da aprendizagem. Se o ato de conhecer é dialógico, se o conhecimento é coletivo e está em permanente reconstrução, a avaliação é igualmente um aspecto dinâmico, coletivo e, necessariamente, compartilhado entre os sujeitos. Por conseguinte, o referido autor dispõe que: “A avaliação é da prática educativa e não dum pedaço dela. O educando também deve participar da avaliação da prática, porque o educando é um sujeito dessa prática. A não ser que nós o tomemos como objeto da nossa prática” (FREIRE, 2006, p.94).

A avaliação se dá sob a ótica de quem avalia, sua visão da realidade, sua competência científica e técnica e seu engajamento político irão se refletir na forma de avaliar e no critério definido, que pode não ser o mais respaldado cientificamente, o mais ético, o mais criterioso, o mais atento em promover as potencialidades de cada pessoa humana; do aluno enquanto cidadão.

Esse processo dar-se muitas vezes pela inabilidade do docente em compreender e se apropriar dos vários conceitos que envolvem a avaliação da aprendizagem. Nas IES, a avaliação ocorre de adulto para adulto, talvez por isso seja menor a preocupação do docente em compreender o seu papel no processo de aprendizagem, seus limites e possibilidades no conjunto de procedimentos que compõem a organização do trabalho pedagógico na sala de aula e sua influência na condução do processo de ensino.

O enfermeiro, ou outro profissional com formação de bacharel, que assume a profissão de docente universitário não tem, na maioria das vezes, uma formação específica, ou seja, são pouco preparados para lidar com as questões pedagógico-didáticas. Em decorrência disso, grande parte deles avalia da forma como foram avaliados em sua trajetória escolar, ou vão criando, a partir da experiência e do bom senso, maneiras de se avaliar o desempenho dos discentes.

Não temos formação específica como em uma licenciatura e nem em metodologia de avaliação, vamos fazendo nas tentativas de erro e de acerto, vamos aprendendo com o que já foi feito, vendo o que deu certo e o que não deu certo (E16).

A realidade nos mostra que há uma lacuna na formação dos docentes do ensino superior. O docente se caracteriza como um especialista no seu campo de conhecimento, este é, inclusive, o critério para sua seleção e contratação, porém, não necessariamente esse

docente domina a área educacional e pedagógica, nem do ponto de vista mais amplo, mais filosófico, nem de um ponto de vista mais imediato, tecnológico.

Rozendo *et al* (1999), analisando a situação do ensino universitário na França, fala da entrada da reflexão pedagógica no ensino superior, mesmo que essa entrada se efetue, na maior parte das vezes, por uma porta secreta: a insatisfação de discentes e docentes com a formação oferecida, e a cobrança da sociedade, quanto à solução de seus problemas imediatos. Porta secreta ou não, é preciso que os docentes universitários passem a refletir sobre seu trabalho e sua prática pedagógica, interrogando-se sobre a validade desta ou daquela técnica, deste ou daquele modelo pedagógico, e em introduzirmos novas práticas de ensino, a partir desta interrogação.

O docente precisa – individual e coletivamente – ampliar os espaços de reflexão, de construção e reconstrução de novos conhecimentos e de novas formas de ação, de maneira a, gradualmente, conquistar um exercício profissional autônomo e consciente (NÓVOA, 1995).

Se a verdadeira função social da escola é a formação integral do indivíduo através do desenvolvimento de suas competências e habilidades, visando prepará-lo para o exercício efetivo da cidadania, é inevitável que o modelo de avaliação tradicional dê lugar a uma avaliação fundamentada politicamente, que auxilie o educando na construção e reconstrução de conhecimentos que favoreçam o desenvolvimento de uma postura mais crítica e inovadora diante das situações que fazem parte do cotidiano social.

Segundo essa concepção, o conhecimento não pode advir de um ato de “doação” que o educador faz ao educando. Faz-se necessário que o educador ofereça ao educando meios pelos quais possa ser sujeito desse processo, voltado para as perspectivas e possibilidades de construção de uma sociedade mais igualitária.

A segunda direção a ser seguida pelas IES na avaliação de seu processo de ensino, conforme as DCN/ENF, dar-se-á a partir do acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Essa avaliação tem como base uma concepção qualitativa, na qual se busca compreender o significado dos resultados imediatamente e durante todo o processo de ensino e aprendizagem, os quais se expressam de diferentes formas, não só no desempenho quantitativo do aluno, mas em fenômenos perceptíveis ou não. Isso exige outra postura profissional de todos envolvidos no processo ensino-aprendizagem.

Chueriri (2008, p. 59) ilustra essa asserção, aduzindo que a avaliação qualitativa tem outra característica que é o “delineamento flexível que permite um enfoque progressivo, isto

é, a avaliação centrada em processos é em si mesma um processo que evolui em virtude de descobertas sucessivas e de transformações do contexto”.

A avaliação efetiva dá-se em todos os momentos do processo ensino-aprendizagem, permeando todo o trabalho pedagógico, desde seu planejamento até sua execução, coletando informações que possam contribuir na melhor compreensão da relação ensino-aprendizagem, possibilitando, assim, orientar a intervenção didática para que seja qualitativa e pedagógica.

Dos cinco PPC analisados, em quatro deles consta a descrição dos mecanismos de acompanhamento e avaliação do processo-ensino aprendizagem usados pelos cursos. São descrições completas de como se dá o processo e quais os instrumentos avaliativos utilizados, claro que alguns com maior riqueza de detalhes.

As falas dos docentes nos dão pistas que esses processos têm ocorrido, não de forma tão precisa e abrangente como descrita nos PPC, mas de forma significativa.

Não é uma coisa contínua, mas temos tido alguns momentos de reflexão (E1).

[...] a gente tem as reuniões do colegiado onde todas as questões inerentes, problemas que surgem ao longo do semestre relacionado a questão professor, a questão aluno, a questão disciplina, são debatidos como pontos de pauta nessas reuniões (E4).

Nos fóruns de avaliação cada professor apresenta a ementa e o planejamento dele, da sua disciplina, para o semestre subsequente, com a presença de discentes e docentes do curso, onde todos podem contribuir no planejamento daquela disciplina (E7).

Os discentes têm a oportunidade de colocar todas as deficiências que eles vivenciaram, de modo que com base no depoimento dos alunos, os professores acabam sugerindo alterações naquele plano para que a disciplina possa ser oferecida de uma maneira melhor no semestre seguinte (E11).

São feitas oficinas e são bem interessantes, com momentos de compartilhamento, em que você, discute o seu plano de curso junto com os demais colegas, percebe que há repetição de conteúdos e aí é uma forma de você compatibilizar aqueles conteúdos (E15).

Nessas jornadas pedagógicas dá pra ver como é importante essa discussão entre os pares e também com a inserção do estudante (E6).

Existem oficinas de avaliação que acontecem semestralmente onde os professores de todas as disciplinas do curso, mas principalmente das nucleares, são convidados [...] e vem uma professora de fora que é especialista em gestão curricular e Processo de implementação de novos Projetos Pedagógicos (E8).

A oficina é o momento dos professores colocarem suas angústias, suas dificuldades, os pontos positivos e negativos, e é válida pra que eu saiba que não sou eu apenas que me sinto angustiada com as dificuldades da docência (E16).

[...] as oficinas são válidas porque você consegue socializar com seus pares coisas que você não consegue durante o semestre, em momento nenhum (E16).

[...] avaliação do currículo tem sido feita através de encontros, que tem nos colocado pra refletir sobre o que estamos fazendo (E10).

Recentemente tivemos uma oficina pra pontuar as coisas que estamos com dificuldade, como é que está funcionando a operacionalização do currículo, se o que estamos fazendo está de acordo com o que nós propomos, em que precisamos melhorar (E5).

Propor uma discussão entre docentes, discentes e até mesmo profissionais do serviço (principalmente preceptores) acerca da sua prática e apontar estratégias de intervenção para a sua melhoria, não é uma tarefa fácil, mas um desafio a ser enfrentado, daí a importância de momentos como os acima relatados, sejam eles nomeados de oficinas, jornadas, reuniões, mas que tenham o propósito de servir como uma ferramenta de avaliação curricular que promova o crescimento profissional e a melhoria do ensino e da aprendizagem.

Devemos buscar entender a avaliação enquanto um processo dinâmico voltado para o diagnóstico das aprendizagens efetivadas e das falhas a serem superadas no decorrer das relações de ensino e aprendizagem, através de uma responsabilidade compartilhada por todos aqueles envolvidos na tarefa educativa.

Mesmo com o entendimento de que encontros avaliativos promovidos através de iniciativas particulares de cada IES são de grande importância, existe um mecanismo formal nomeado Núcleo Docente Estruturante (NDE), que foi instituído pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES), por meio da Portaria 01 de 01 de Junho de 2010, e que não se encontra atuante em nenhuma das IES estudadas, conforme constatamos nas UR:

[...] o colegiado até sugeriu formar um núcleo docente estruturante nesse sentido de acompanhamento e avaliação, mas até agora não se formou (E11).

Todos os colegiados de curso foram orientados a implementar suas comissões de acompanhamento e avaliação permanente. Na enfermagem já existe essa comissão há muito tempo, agora a atuação é que é relativa (E2).

[...] ainda precisa ser melhor trabalhada a questão do acompanhamento do currículo, que tem que ser permanente, não adianta a gente aprovar um novo currículo e deixar ele inerte, sem uma avaliação continua (E5).

A pró-reitoria está com uma proposta geral de avaliação e talvez para tentar dar um impulso a todos os núcleos de avaliação interna dos cursos, até pelo próprio contexto universitário, do que é avaliação, pra quê que ela serve (E15).

A nossa comissão de avaliação institucional – CPA existe, mas ainda está se firmando, se a nossa avaliação interna ainda é frágil tem tudo a ver com a fragilidade da avaliação no âmbito institucional também porque a CPA tem essa função de articular e estabelecer as diretrizes gerais (E15).

A gente implantou há cerca de um ano atrás uma Comissão de acompanhamento e avaliação interna [...] só que esse acompanhamento é muito limitado, os professores não dão abertura, não participam do processo (E7).

Existe um Núcleo Docente Estruturante formado, mas ainda não está em funcionamento (E16).

Temos uma professora à frente Núcleo Docente Estruturante, que já foi coordenadora de colegiado, já acompanhou durante muito tempo esse processo de construção do currículo, mas até agora não ‘tá’ efetivo (E16).

[...] tinha que haver uma comissão de acompanhamento para esse novo currículo que desenvolva um processo constante de avaliação, tanto do professor, quanto do aluno, quanto do processo (E5).

Eu acho que precisa haver um compromisso e uma preocupação de todas as instâncias da universidade pra acompanhar esse novo currículo (E10).

Não existe nenhuma comissão de avaliação curricular, discutimos os problemas que surgem em nível de colegiado (E17).

A gente tem discutido muito a necessidade de implantação dessa comissão e a gente quer implantar não só pela exigência do MEC, mas porque a gente tem sentido essa necessidade (E19).

O NDE foi inicialmente proposto pela Portaria Normativa n.147, de 02 de fevereiro de 2007, como um instrumento de auxílio no processo de construção, implementação e desenvolvimento dos projetos institucionais no contexto dos cursos de Direito e Medicina. Em função de sua conveniência, posteriormente os instrumentos de avaliação passaram a estender a dinâmica do NDE para os demais cursos de graduação, compreendendo, de acordo com a Resolução CONAES n.10, de 17 de junho de 2010.

Nesse instrumento, o NDE passou a ser considerado no processo de avaliação institucional sob o entendimento de que a composição de um corpo de professores titulados e dedicados ao desenvolvimento dos cursos era fundamental para o fomento do seu PPC.

Entre diversas discussões que surgiram a partir da Resolução CONAES de 2010, os instrumentos de avaliação passaram a considerar o NDE como um indicador imprescindível para o desenvolvimento de cursos e instituições. Isso se consolidou com os direcionamentos da Portaria Normativa Nº 23, de 29 de dezembro de 2010, que passou a englobar o NDE à estrutura do processo avaliativo, não mais como algo imprescindível, mas como um indicador de qualidade de curso e que demonstra a preocupação da instituição com o desenvolvimento de seu processo educacional.

Com base nas orientações normativas que emanam do INEP (2012), o NDE deve ser composto do Coordenador do Curso e de, pelo menos, 30% dos docentes que compõem a estrutura curricular do respectivo programa de graduação, assegurando a esses envolvidos a dedicação aos processos de concepção, consolidação e acompanhamento do PPC através de ações que contribuam para a consolidação do perfil profissional do egresso; que promovam a interdisciplinaridade curricular; que indiquem formas de incentivo ao desenvolvimento de linhas de pesquisa e extensão, todas essas ações em consonâncias com os fundamentos das DCN.

Nesse esteio, fica evidente a necessidade de romper com as concepções que restringem o processo avaliativo, e se construa uma teoria de avaliação que avance para além das teorias de medida e a pedagogia do exame, e sejam implementadas práticas pedagógicas que propiciem novo sentido à avaliação escolar, entendendo-a como parte do processo de ensino-aprendizagem e não com um fim em si mesma.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que um dado momento a sua fala seja a sua prática (FREIRE, 2000, p.20).

Ao chegarmos ao final do trabalho, permitimo-nos uma avaliação de cada momento vivenciado ao longo de todo esse processo e surgem desse balanço duas sensações: a primeira, de bem-estar, própria a quem está concluindo um projeto de grande complexidade e de relativa extensão. O segundo sentimento é de reflexão.

Este estudo foi uma caminhada inspirada por pressupostos pessoais e respaldada no referencial teórico de Paulo Freire com o qual buscamos entender o processo de formação dentro de uma categoria profissional da qual fazemos parte, e essa reflexão final nos faz compreender definitivamente o quanto precisamos ter como bandeira de luta a responsabilidade profissional e o compromisso social com a nossa profissão.

Na condição de docente, é essencial que façamos o exercício de nos questionar diariamente *qual profissional gostaríamos de ajudar a formar?* Assim, nos colocamos em uma posição de responsabilidade com o processo de formação na enfermagem e esse compromisso profissional não pode ser um ato passivo; tem que ser ação e reflexão sobre a realidade.

É imprescindível que tenhamos em mente que precisamos de enfermeiros ativos, críticos, solidários e democráticos para atuarem nos serviços e, dessa forma, contribuir para a transformação da sociedade em que vivemos. Para tanto, faz-se necessário uma reflexão acerca de alguns elementos que se destacaram neste estudo e que fazem parte da realidade de todas as escolas analisadas.

O primeiro deles diz respeito ao comprometimento que toda IES pública tem que ter com a comunidade a que serve, através da oferta de uma educação de qualidade. Na atualidade, o caminho para um ensino de excelência na enfermagem se dá por meio da implantação dos fundamentos trazidos nas DCN/ENF, tendo em vista que sua construção se fez de forma coletiva e tendo a qualidade da enfermagem como imagem/objetivo.

Este estudo nos mostra que avançamos em muitos desses fundamentos, mas demonstra que pelo menos uma das IES envolvidas não conseguiu implementar elementos pedagógicos básicos que muito contribuiriam para essa qualidade, como o TCC, as Atividades Complementares e o aumento da carga horária do ECS.

Considerando que a estrutura institucional é semelhante para todas as IES, nos permitimos concluir que esse retardo deu-se muito em função de questões próprias ao grupo de docentes do curso. Já que a busca pela qualidade na educação é um processo complexo que exige sujeitos engajados pedagógica, técnica e politicamente no processo educativo.

Não queremos com essa afirmação pôr toda a responsabilidade dessa situação apenas sobre os docentes, mesmo porque nos foi relatado toda a burocracia institucional que envolve uma mudança curricular, todavia reafirmamos o nosso entendimento de que características docentes como iniciativa, participação e compromisso de libertação e emancipação são fundamentais e determinantes para mudanças no processo de formação.

Embora tenhamos consciência do pouco reconhecimento social que é dado à profissão docente, caracterizado por baixos salários, condições de trabalho insatisfatórias, além de pouco investimento institucional na qualificação profissional, o compromisso profissional deve se sobrepor a essas dificuldades.

O segundo aspecto diz respeito à fragmentação do conhecimento. Ainda temos um modelo de ensino-aprendizagem fortemente arraigado ao modelo flexneriano, compartimentado em departamentos e disciplinas que desenvolvem pouco diálogo, dificultando o entendimento da complexidade do processo saúde-doença e da necessidade da interdisciplinaridade no atendimento às reais necessidades de saúde da população. E isso ficou evidenciado nos resultados deste estudo.

Dentre as cinco IES envolvidas, apenas uma conseguiu construir e operacionalizar um currículo integrado. Claro que mesmo sem o currículo estruturado na perspectiva da integralidade, encontramos, nos outros cursos, exemplos de ações que têm sido desenvolvidas tendo como foco a interdisciplinaridade, a articulação entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho, o vínculo entre as categorias profissionais, a conexão entre graduação e pós-graduação, a relação entre os saberes acadêmicos e os saberes cotidianos dos discentes, mas atividades pontuais, desenvolvidas a partir de iniciativas docentes individuais e que não geram impacto no processo formativo como um todo.

A perspectiva é que todas as escolas pensem, construam e operacionalizem um currículo inovador, que rompa com as concepções tradicionais do ensino desvinculadas da prática real e cotidiana da profissão, que cesse definitivamente com a divisão entre teoria e prática. Uma vez que ambas encontram-se integradas no exercício profissional concreto, que busque a incorporação de metodologia de ensino que se distanciam da concepção de discente-receptor de informações em benefício da concepção de discente-construtor de seu

conhecimento, a partir da reflexão e indagação sobre sua própria prática e em função da mesma.

Ou seja, devemos nos distanciar de currículos pretensamente neutros, aqueles que formam estudantes para observar as coisas sem julgá-las, ou para ver o mundo do ponto de vista do consenso oficial, para executar ordens sem questioná-las, como se a sociedade existente fosse fixa e perfeita.

Nessa senda, é fundamental que se dê um destaque para as metodologias de ensino. As escolhas metodológicas adotadas nos PPC se mostram acanhadas no exercício de oportunizar o desenvolvimento de uma visão crítica, reflexiva e consciente do discente acerca do processo saúde-doença-cuidado.

O processo ensino-aprendizagem tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos, ao passo que, ao discente, cabe a retenção e repetição dos mesmos — em uma atitude passiva que o coloca como mero expectador, sem a necessária crítica e reflexão.

Nesse sentido, urge uma ruptura de paradigmas, transformando o ensino da enfermagem em uma prática construtivista, que desenvolva um nível de conhecimento crítico - reflexivo, envolvendo cooperação, operação e ação.

Destarte, mudanças são necessárias tanto no perfil docente, que deve deslocar-se na busca de métodos inovadores, que contemplem práticas pedagógicas éticas, críticas, reflexivas e transformadoras, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, quanto no perfil discente, através da incorporação de um papel cada vez mais ativo, descondicionando-se da atitude de mero receptor de conteúdos, assumindo uma postura de iniciativa, curiosidade e autonomia e construindo conhecimentos relevantes aos problemas e aos objetivos da aprendizagem.

O docente deve ser um reconstrutor do conhecimento, não só sob o ponto de vista da ciência e da tecnologia, bem como da humanização na educação. Precisa cuidar da aprendizagem do aluno e da formação crítica e criativa de um cidadão.

É imprescindível que nos distancieemos de práticas anti-humanista, na qual o educador que também poderia ser chamando de treinador, exercita destrezas e transfere saberes, articulando uma educação insensivelmente tecnicista e colocando o educando em uma posição de acomodação. E nos aproximar de uma prática educacional viva, alegre, afetiva, extremosa, com todo rigor científico e o domínio técnico necessários, mas sempre em busca da transformação.

Dentro dessa concepção, destacamos a importância da pesquisa nesse processo, que deve se tornar uma atividade cotidiana tanto para o professor quanto para o aluno, substituindo a memorização, típica da aprendizagem atual, por uma aprendizagem concreta e dinâmica.

Das cinco IES estudadas, quatro demonstram experiências bem sucedidas com essa estratégia, tendo em vista que consta dos PPC componentes curriculares voltados para a pesquisa, além do TCC desenvolvido ao final, e de docentes e discentes mostrarem-se satisfeitos com os resultados alcançados. Vale novamente ressaltar, contudo, que já tivemos tempo suficiente para adequar os nossos currículos às DCN/ENF, não justificando que uma dessas IES até agora não o tenha implantado.

A pesquisa possibilita que o aluno passe a ser sujeito de sua aprendizagem conseguindo os recursos exigidos para o desenvolvimento da ciência, pois ele será construtor de sua aprendizagem adquirindo autonomia, tendo oportunidade de realizar novas descobertas e contribuindo efetivamente no processo de mudança social.

Destacamos também a importância do processo de avaliação que deve ser utilizado como um instrumento que provoque uma reflexão crítica sobre a prática, no sentido de captar seus progressos, suas resistências, suas dificuldades e possibilitar deliberações sobre as ações seguintes.

Os resultados deste estudo demonstram que nas IES, a avaliação ainda é tida como um elemento crítico, que necessita de melhor entendimento e aceitação já que na maioria das vezes tem sido concebida de forma autoritária e mecanicista.

As DCN/ENF sugerem a avaliação como uma atividade permanente e indissociada da dinâmica ensino-aprendizagem, que deve acompanhar os avanços dos discentes e reconhecer a tempo suas dificuldades, para intervir com sensibilidade.

A avaliação precisa ser, antes de tudo, processual e formativa para a inclusão, autonomia, diálogo e reflexões coletivas, na aquisição de respostas e caminhos para os problemas detectados. Não pune, nem estigmatiza, mas oferece diretrizes para se tomar decisões e definir prioridades.

Para isso, é primordial um trabalho planejado e executado com a participação de todos os envolvidos, almejando o entendimento do real significado da avaliação, seus usos e propósitos, seguido pela incorporação de instrumentos de acompanhamento do processo ensino-aprendizagem, bem como instrumentos de auto-avaliação, que ultrapassem o modelo tradicional de simples verificação de conteúdos acumulados e memorizados e puramente

voltados à esfera da cognição para um processo mais abrangente orientado a todos os seus aspectos, inclusive ao próprio programa e à atividade docente.

Nesse esteio, defendemos a necessidade eminente dos cursos implantarem e/ou implementarem o funcionamento do NDE, como um mecanismo formal de acompanhamento e avaliação curricular.

A utilização de cenários de aprendizagem variados também é essencial para ampliar o entendimento do estudante acerca do processo saúde-doença-cuidado, entretanto, a falta de comprometimento com o modelo assistencial e a desorganização administrativa, tem gerado situações que refletem negativamente no processo formativo.

Ademais, a expansão acelerada do número de cursos na área de saúde sem a correspondente expansão dos cenários de aprendizagem tem gerado um super-povoamento desses espaços e comprometido a realização de atividades práticas e estágios com qualidade.

É imperativo estimular em todos os envolvidos no contexto de saúde/educação o comprometimento social com o modelo assistencial proposto pelo SUS e a consequente qualidade do atendimento prestado à população. Além da relevância de se fazer um cronograma conjunto entre IES e Secretarias de Saúde para que os espaços sejam bem distribuídos e os horários de funcionamento melhor aproveitados.

É preciso que compreendamos que a aprendizagem mais significativa para os estudantes se dá através da inserção dos mesmos no mundo do trabalho, na vida cotidiana da comunidade, pois só por meio da vivência e da alteridade que os discentes compreenderão efetivamente o dinâmico processo de trabalho da enfermagem.

Das considerações sobre o sistema de saúde, surge a necessidade de destacarmos uma outra questão que envolve IES e serviços que é a resistência que o profissional do serviço tem em se envolver com o processo formativo e nós, docentes, de nos enredar com o cotidiano do serviço.

É imperioso que fique claro para ambos os grupos que a formação tem que ser um processo de comprometimento conjunto, tendo em vista que a maioria dos discentes ao concluir a sua graduação irá atuar nos serviços (onde) que ele desenvolveu atividades enquanto acadêmico; portanto, é importante que o profissional ali presente contribua na construção de um perfil profissional que corresponda às reais necessidades do serviço e da população por ele atendida, e que o docente compreenda que só o seu envolvimento com o dia a dia do serviço lhe fará capaz de entender como se dá o processo saúde-doença-cuidado para além da teoria acadêmica.

Um outro elemento que queremos destacar é a dificuldade das IES em efetivar a flexibilidade curricular. Identificamos uma distribuição não equitativa de CH o que leva a uma sobrecarga do discente em alguns semestres, também um número elevado de componentes curriculares com pré-requisitos obrigando o discente a seguir apenas por um caminho não levando em conta suas preferencias ou seu momento de vida, e ainda a oferta insuficiente de componentes curriculares optativos. É forçoso esclarecer que todos esses elementos contribuem para a construção desse profissional mais pró-ativo, autônomo, humanizado que temos defendido desde o início deste texto.

Frente a essas considerações, não queremos negar a existência de avanços significativos no processo de formação da enfermeira; porém, precisamos estar conscientes de que esse é um processo inacabado no qual se unem esforços que levem a uma mudança real da formação e conseqüentemente das práticas de saúde.

Como elementos contributivos a esse processo de inovação na formação em enfermagem, destacamos o PRÓ-Saúde e o PET-Saúde, que se constituem em políticas governamentais que têm desencadeado mudanças efetivas dentro da IES, através do fortalecimento da pesquisa, da interdisciplinaridade, da aproximação discente com o mundo do trabalho e com a vida real da comunidade nos quais os serviços estão inseridos.

É mister destacar o papel da ABEn, que incansavelmente tem proposto espaços de discussão, como o Fórum de escolas, os SENADEn, que tem dado grandes contribuições para que as IES avancem no processo de incorporação das diretrizes. Relevante, contudo, uma participação mais efetiva dos docentes nesses espaços.

O aumento da CH dos cursos de graduação em enfermagem para no mínimo 4.000h, bem como o seu tempo de integralização para no mínimo 5 anos, são fatores que merecem destaque no processo de fortalecimento da enfermagem.

Outro elemento que realçamos nesse processo é a incorporação de enfermeiras em cargos de gestão das universidades, garantindo assim a participação da categoria em decisões importantes para a formação.

A nossa profissão docente nos impõe o compromisso social de nos mantermos atualizadas com as mudanças econômicas, políticas e sociais do mundo contemporâneo, entendendo que elas incidem diretamente sobre o perfil da profissional que estamos formando.

O constante processo de transformação, considerando seus avanços e retrocessos, pelo qual passa a sociedade, de forma diária e incessantemente, em todos os âmbitos do conhecimento e principalmente na esfera das relações interpessoais, exigem respostas no

campo do trabalho e da formação para o trabalho. Dito de outra forma, temos que almejar constantemente eixos e estratégias que conduzam o processo de formação, de modo a atender às demandas requeridas pelo contexto social vivenciado.

Percebemos que, embora a construção dos PPC tenham se apresentado como o ideal, com redações que refletem o caráter significativo e transformador ao ensino de enfermagem, a realidade tem demonstrado uma faceta não tão coerente com o disposto nos textos, nos permitindo interrogar se realmente estamos no caminho certo.

Para que ocorra um modelo de saúde pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde, é necessário repensar a formação de profissionais de Saúde capazes de enfrentar os desafios apontados nos serviços, com melhor compreensão e consciência crítica da realidade na qual estão inseridos, com transformação das práticas assistenciais, voltadas para a integralidade e justiça social.

Para isso, é essencial uma reafirmação do compromisso social da universidade, com o papel prioritário de buscar novos conhecimentos e de formar profissionais capazes de intervir na esfera social para solução de problemas. A universidade não deve se constituir como um espaço de condicionamento, voltado à transmissão de conhecimento, mas sim de construção, de questionamentos, de troca, formando cidadãos conscientes e críticos, que pensam e agem de maneira diferenciada nos aspectos científicos e sociais.

No processo de implantação das novas diretrizes curriculares, a formação da enfermeira deve ser repensada, na busca de constituir um perfil profissional de trabalhador com competências política, ética e técnica, sensível à realidade social brasileira e, principalmente, com capacidade propositiva e transformadora.

Formar profissionais de Saúde é um grande desafio, à medida que precisamos ter como foco uma preocupação em suprir as necessidades dos indivíduos e não somente atender às exigências do mercado, oportunizando um espaço para o desenvolvimento intelectual e de construção de técnicas normatizadas. Mas, acima de tudo, o desenvolvimento de um processo educativo que permita a reflexão do porquê fazer, para que fazer e para quem fazer, possibilitando que os profissionais concebam coletivamente alternativas para mudanças significativas, tanto na prática profissional cotidiana, como nas políticas públicas de saúde

Diante da realidade brasileira, o ensino de enfermagem enfrenta o desafio de preparar profissionais capazes de responder às rápidas mudanças que o setor de saúde vem passando, com condições de se inserirem no mundo do trabalho de forma criativa, crítica, com capacidade técnico-científica, e principalmente, sendo sujeitos ativos que resgatem a sua

dimensão existencial, constroem sua identidade social e política, e constituem-se cidadãos plenos em sua totalidade.

Com base na nossa trajetória, nesse percurso investigativo e pela dedicação que temos colocado em nosso exercício docente, podemos afirmar que nós, educadores de enfermagem, precisamos pôr em prática a intencionalidade presente nos PPC, qualificando nossas estudantes para além da competência técnica formal, ampliando-a para uma competência política, apoiada por valores éticos, na busca da transformação da prática através de uma visão crítico-reflexiva, consciente, que favoreça a autonomia e a emancipação. Assim, o currículo deve proporcionar uma educação que possibilite ao indivíduo refletir, agir, buscar seu conhecimento, ser crítico e interrogativo das verdades prezando os valores da profissão.

Sabemos que se trata de um processo complexo, visto que integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante, integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais, integrar profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissionais para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas não é fácil.

Aliás, é muito difícil, principalmente levando em consideração que mudanças são sempre custosas, especialmente, se vierem de alguma forma, ameaçar estruturas em vigor.

Quando se fala em mudar em educação, embora possa parecer um paradoxo, a situação tende a se complicar ainda mais, sendo, em geral, o mais simples anúncio - ou indício da sua necessidade - recebido com olhares desconfiados. Isso porque, mudar na área educacional implica, sobretudo, fazer rupturas com práticas e crenças tão profundamente internalizadas que chegamos, às vezes, a perder a capacidade de sair de nossa comodidade, olhar o diferente e enfrentar o desafio.

Muitas vezes acreditamos que só existe aquela forma de fazer e nos imobilizamos frente a novos desafios. Com isso criamos uma barreira, quase intransponível, que nos impede de aceitar novas ideias e alterar nossos rumos. Embora saibamos e muitas vezes sintamos como é difícil transpor a barreira do conformismo, também sabemos, e sentimos que esse é um ato necessário, urgente e principalmente possível.

Ao nos aproximarmos das obras de Paulo Freire e estabelecermos com ele um diálogo, realizamos uma tarefa árdua e, ao mesmo tempo, profícua e instigante: tanto pela magnitude de sua obra, quanto pela dimensão, atualidade e aprofundamento nela presentes, nos mostrando que pra ser um verdadeiro educador é preciso nos debruçar sobre uma vasta amplitude de temas que extrapolam, e muito, os aspectos puramente educacionais e nos

permitir sair da nossa zona de conforto em busca de mudanças que favoreçam o crescimento pessoal e profissional.

Quando falamos em implantar nos nossos cursos de graduação os elementos que fundamentam as DCN/ENF, é importante que percebamos que não se trata só de estabelecer novos marcos, priorizar novos objetivos, mudar perfil, reestruturar conteúdos, restabelecer condições de funcionamento ou de cargas horárias; mas de realizar um trabalho coletivo de crescimento grupal, através da criação de um espaço dialógico/problematizador que permita uma educação emancipadora, que contribua na formação de profissionais com capacidade crítica de pensar(-se), de refletir acerca das estruturas vigentes, a partir de suas raízes históricas, e de comprometer-se com a resolução de problemas, com competência técnica e principalmente com responsabilidade social.

Diante de todas essas considerações defendemos a tese de que as DCN/ENF desencadearam inovações significativas no processo de formação em enfermagem na Bahia. Nesse liame, acreditamos que este estudo irá contribuir para que os cursos de graduação em enfermagem, seus docentes e discentes, possam ter uma visão de como tem se dado esse fenômeno, as facilidades encontradas por cada curso, as dificuldades percebidas, entendendo que a formação deve ser constantemente repensada, as ações firmemente refletidas e os caminhos incansavelmente redesenhados, pois só assim teremos a formação de profissionais consonantes com os preceitos constitucionalmente assegurados para a saúde e educação.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L; TEIXEIRA, E. R. Aspectos metodológicos do estudo transdisciplinar e da psicossomática no cuidado com o corpo. In. Teixeira, E.R. (Org.) **Psicossomática no cuidado em saúde: atitude transdisciplinar**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p. 69-89.
- ABRAHÃO, A. L. et al. A pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde UFF/FMS Niterói. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, set. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 mai. 2013.
- ABREU, C. **O que é Empreendedorismo Social?** São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.atitudessustentaveis.com.br/conscientizacao/o-que-e-empresendedorismo-social> Acesso em: 30 mar. 2012.
- AGUIAR, M. G. G. **A produção científica do (a) aluno (a) de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana no período de 1996 a 2001**. Feira de Santana, 2002.53f. Monografia (Progressão de Carreira) Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana.
- AKAMINE, A. A. **O papel do pedagogo em espaços não-formais de educação: o foco no hospital**. 2007. 48 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em pedagogia). Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007. Disponível em: http://www.ufscar.br/~pedagogia/novo/files/tcc/tcc_turma200424_8991.pdf > Acesso em 05 fev. 2013.
- ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2013.
- ALLAL, L.; CARDINET, J.; PERRENOUD, P. **A avaliação formativa num ensino diferenciado**.Coimbra: Livraria Almedina, 1986.
- ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, volume 1 / – – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,1998. – – (Série Saúde & Cidadania).
- ANTUNES, C. **Prática dos Quatro Pilares da Educação na Sala de Aula**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.
- ARAÚJO, L. O. et al. A inserção precoce do acadêmico de enfermagem no SUS: um relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 15., 2012, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: 2012. Disponível em: <http://189.75.118.68/CBCENF/sistemainscricoes/anais.php?evt=10&sec=64&niv=7.1&mod=2&con=6015&pdf=1> Acesso em: 15 mai. 2013.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, Jun. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2013.

BAGNATO, M. H. S.; RODRIGUES, R. M. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n. 5, Out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2011.

BARAÚNA, T. Criatividade: uma necessidade para a enfermagem. **Revista Nursing.** São Paulo, v.33, n. 4, p 8-9. 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BATISTA, N. et al . O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 39, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200014 &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2013.

BATEMAN, T. S; SNEL L, S. A. **Administração:** construindo vantagem competitiva. São Paulo: Atlas, 1998.

BAUER, M.W; GASKELL,G; ALLUM, N.C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. In: BAUER, M.W; GASKELL,G . **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. 7ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BENITO, G. A. V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, fev. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2013.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. **Interface,** Botucatu, v. 2, n. 2, fev. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2013.

BOTTI, S. H. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes:** um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. 106f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BRANDÃO, C. R. **Paulo Freire, educar para transformar:** fotobiografia. São Paulo: Mercado Cultural, 2005. 140 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 583, de 7 agosto de 2001a. Institui as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 out. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>> Acesso em 28 mar. 2011. (2001a)

_____. Ministério da Educação. **Cadastro das Instituições de Ensino Superior**. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: 09 abr.2006.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1133, de 7 agosto de 2001b. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. **Diário Oficial da União**. Brasília, 3 out. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf> Acesso em: 28 mar. 2011.

_____. Ministério da Educação e Desporto. Conselho Federal de Educação. **Parecer CFE n. 314, de 6 abril de 1994**. Dispõe sobre o currículo mínimo do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 1994. Disponível em: <www.unisul.br/index.pfm?codpagina=434&codcurso=18&codcurriculo=750&action=dadoslegais>. Acesso em: 28 mar. 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer n. 8, de 03 de Junho de 2007. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 set. 2007.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 7 de abril de 2009.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 nov. 2001.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de Integração Docente-Assistencial- PIDA**. Brasília: MEC-SESU; 1981

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer n. 776, de 03 de dezembro de 1997**. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, DF, 03 dez. 1997a. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 27 mar. 2012.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria da Educação Superior. Edital n. 4, de 10 de dezembro de 1997. Brasília, DF, 10 dez. 1997b. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2012.

_____. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**(1996). Lei n. 9.394/96. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior – Sesu. Departamento de Supervisão da Educação Superior – Desup. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep. Diretoria de Avaliação da Educação Superior – Daes. **Instrumento de avaliação dos cursos de graduação: bacharelado e licenciatura**. Brasília, DF, 31 Ago 2010a. Disponível em <http://download.inep.gov.br/download/superior/condicoesdeensino/2010/instrumento_autorizacao_bacharelado_licenciatura2.pdf> Acesso em: 10 set. 2013.

_____. Ministério da Educação. **Sistema de Regulação do ensino Superior**. 2011. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/emec/consulta-cadastro/detalhamento/d96957f455f6405d14c6542552b0f6eb/NTE5/9f1aa921d96ca1df24a34474cc171f61/MjI>> Acesso em: 24 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 1996**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicações/norma_pesq_serres_hum.pdf> Acesso em: 16 dez. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: MS; 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004. Seção 1**.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Portaria n. 7, de 27 DE março de 2008. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde e dispõe sobre prazo para apresentação de documentos e adequação dos Projetos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1 de abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Portaria conjunta n. 2, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde/Saúde da Família. **Diário Oficial da União**. Brasília, 5 mar. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Portaria conjunta n. 3, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde), o PET Saúde/Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 5 mar. 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Portaria interministerial n. 421, de 3 de março de 2010. Institui o programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 5 mar. 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Portaria interministerial n. 2.101 de 3 de Novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**. Brasília, 4 de nov. de 2005.

_____. Senado Federal. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

_____. Senado Federal. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 set. 1990b.

BUBER, Martin. **Eu e tu**. São Paulo: Moraes, 1974.

BURKE, L.M. Preceptorship and pos-registration nurse education. **Nurse Educ.**, v. 14, p. 60-66, 2004.

CALIL, A. M.; PRADO, C. O ensino de oncologia na formação do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, Jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2013.

CAMPISTA, T. M. N. et al. Panorama do campo da educação superior em enfermagem no estado do Espírito Santo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 mai. 2013.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 1998.

CARVALHO, E. S. S.; FAGUNDES, N. C. A inserção da preceptoria no curso de graduação em enfermagem. **Rev Rene**, v.9, n.2, p.98-105, 2008.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública** [online], v.16, n.2, 2000.

CAVALCANTE, R. D. **O projeto pedagógico de enfermagem e o Sistema Único de Saúde: a visão de discentes**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**, v. 1, dez. 2011.

CECCIM, R.; BILIBIO, L. F. S. Articulação com o movimento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: FERLA, A.A, FAGUNDES, S.M.S(org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 163-174.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a Perspectiva entre-disciplinar na Produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Set. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mai. 2013.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHAVES, S. M. Avaliação da aprendizagem no ensino superior: realidade, complexidade e possibilidades. In: Reunião Anual da ANPEd, 27, 2004, Caxambu. **Anais eletrônicos...** Caxambu, 2004. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt04/t0412.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2013.

CHUERIRI, S. F. Concepções sobre avaliação escolar. **Estudos em Avaliação Educacional**, v.19, n. 39, jan./abril, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311 de 08 de fevereiro de 2007 (BR). Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 13 fev. 2007. Seção 1, p. 81-83.

COSTA, C. R. B. S. F; Siqueira-Batista, R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. **Rev Bras Edu Méd**, v.28, n.3, p.242-250, 2004.

COSTA, H. O. G. Diretrizes Curriculares: a experiência da Escola de Enfermagem da UFBA. **Boletim Informativo da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, ano 44, n.2, 2002.

COSTA, L. M.; GERMANO, R. M. Estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisitando a história. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n. 6, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mai. 2011.

CUNHA, I. C. K. O.; XIMENES NETO, F. R. G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, set. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2013.

CURY, C. R. J. Flexibilidade e avaliação na LDB. In: Seminário o que muda na educação brasileira com a nova Lei de Diretrizes e Bases?, 1997, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FESP/SESI/SP/SENAI/SP, 1997. p. 13-31.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2013.

DAVINI, M. C. Currículo integrado. In: Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor /supervisor: área da saúde.** Brasília (DF); 1994. p. 281-289. Disponível em <http://pessoal.utfpr.edu.br/Sant/arquivos/curriculo_davini.pdf > Acesso em: 15 abr. 2013.

DEES, J. G. **O significado do “Empreendedorismo social”**. 2001. Disponível em: <http://aprendiz.uol.com.br/downloads/educacao_comunitaria/significado.pdf> Acesso em: 15 mai. 2013.

DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo.** São Paulo: Cortez, 2005.

ELIAS, P. E. **Sistemas de saúde.** 2011. Disponível em: <<http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto01.pdf>> Acesso em: 15 mai. 2013.

ERDMANN, A. L; FERNANDES, J. D; TEIXEIRA, G. A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco.** Brasília, v.2, n. supl, p.89-93, 2011.

ÉVORA, Y. D. M. A enfermagem na era da informática. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 01, p. 14-14, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9n1/v9n1a01_pt.htm> Acesso em: 20 mar. 2013.

FACULDADE DE SÃO VICENTE. **Manual de Atividades Complementares.** São Paulo, 2011. Disponível em:<<http://www.unibr.com.br/unibrsaovicente/institucional/manual-de-atividades-complementares>>. Acesso em: 07 nov. 2012.

FAGUNDES, A. I. J. **LDB: dez anos em ação.** Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <www.ipae.com.br/ldb/augustafagundes.doc> Acesso em: 21 mar. 2011.

FAURE, E. *et al. Learning to Be: The World of Education Today and Tomorrow*. Paris: UNESCO, 1972. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0000/000018/001801e.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2009.

FAZENDA, I. C. A. et al. **Prática de ensino e o estágio supervisionado**. São Paulo: Papirus, 1991.

FELICIO, H. M. dos S.; OLIVEIRA, R. A. de. A formação prática de professores no estágio curricular. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 32, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602008000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2013.

FELLI, V. E, PEDUZZI, M. O trabalho gerencial do enfermeiro. In: KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

FERNANDES, J. D. et al . Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2011.

FERNANDES, J.D; SILVA, R.M.O, REBOUÇAS, L.C. Educação em enfermagem no Brasil e na Bahia: o ontem, o hoje e o amanhã. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v.2(supl), 2011, p.63-67.

FERNANDES, J. D. et al. Estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.56, n.4, 2003.

FERNANDES, J.D. Privatização do ensino de enfermagem no Brasil: economia da qualidade. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.49, n. 4, 1994.

FERREIRA, Márcia de Assunção. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 3, jun. 2006 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 nov. 2012.

FIOR, C. A.; MERCURI, E. Formação universitária e flexibilidade curricular: importância das atividades obrigatórias e não obrigatórias. **Psic. da Ed.**, São Paulo, v. 29, 2009, p. 191-215.

FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e Privacidade. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 302.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2013.

FREIRE, P. **A educação na cidade**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

- _____. **À sombra desta mangueira.** São Paulo: Olho d'água, 2004.
- _____. **Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.
- _____. **Educação como prática da liberdade.** 24 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
- _____. **Educação e mudança.** São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- _____. **Extensão ou Comunicação?** 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006a.
- _____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários á prática educativa.** 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- _____. **Pedagogia do Oprimido.** 50.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- _____. **Que fazer: teoria e prática em educação popular.** 2. ed. Petrópolis:Vozes,1989.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **RevAssocBras Ensino Odontol** , v.3, n.1, 2003.
- GADOTTI, M. **A questão da educação formal/não-formal.** 2005. Disponível em: <http://siteantigo.paulofreire.org/pub/Institu/SubInstitucional1203023491It003Ps002/Educacaoformal_nao_formal_2005.pdf> Acesso em: 05 fev. 2013.
- _____. Dimensão política do projeto pedagógico da escola. In: Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais. Diretoria de Capacitação de Recursos Humanos. **PROCAD – Projeto de Capacitação de Dirigentes.** Fase Escola Sagarana, 2000. Disponível em: <http://siteantigo.paulofreire.org/pub/Institu/SubInstitucional1203023491It003Ps002/Projeto_ped_Esc_Sagarana_2000.pdf> Acesso em: 15 mai. 2013.
- GALLEGUILLOS , T. G. B.; CATANI , A. M. Avaliação da educação superior no Brasil e a expansão da educação superior em enfermagem. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 843-860, dez. 2011.
- GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **RevEscEnf USP**, São Paulo, v.35, n. 1, p. 80-7, mar. 2001.
- GALVÃO, C. M. **Liderança do enfermeiro de centro cirúrgico.** Ribeirão Preto, 1990. 69 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- GAMBOA, S.S. A dialética na pesquisa em educação: elementos de contexto. In: FAZENDA, I (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991.
- GARCIA, F. Luiz. **Introdução crítica ao conhecimento.** Campinas-SP: Papyrus, 1988.
- GARDNER, J.W. **Liderança.** Rio de Janeiro: Record; 1990.

GERGES, M.C. Integração docente-assistencial ou... entre o Departamento de enfermagem e o Hospital Universitário da Universidade de Santa Catarina. **Texto e Contexto Enf.** V. 04, p. 230-7, 1995. Número Especial.

GERMANO, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOHN, M. da G. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v.14, n.50, p. 27-38, jan./mar. 2006.

GOLDIM, J.R. Bioética e envelhecimento. **Gerontologia**, v.5, n.2, p. 66-71, 1997.

GOMES, J. B.; CASAGRANDE, L. D. R. A educação reflexiva na pós -modernidade: uma revisão bibliográfica. **RevLatAm Enf.**, v. 10, n. 5, p. 696-703,2002.

GONÇALVES, C. C.; PIANCÓ, I. M. F. G.; ALMEIDA, I. B. Empreendedorismo em enfermagem: relatos de sucesso. In: Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 14, 2011, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba, 2011. Disponível em <<http://189.75.118.68/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I26976.E9.T5152.D5AP.pdf>> Acesso em 21 mar. 2013.

HADDAD, A. E. et al. PRÓ-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai. 2013.

HIGARASHI, I. H.; NALE, N. O estágio supervisionado de enfermagem em hospitais como espaço de ensino-aprendizagem: uma avaliação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, Supl., p. 65-70. 2006

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, 2003.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Sinopses Estatísticas da Educação Superior – Graduação, 2011. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>> Acesso em: 22 mai. 2013.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. T. A. A criação do ensino de enfermagem no Brasil. **Cogitare em Enfermagem**, Curitiba, v.8, n.2, p. 61-67, 2003.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, mar. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707200500010_0014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2013.

LAGANÁ, M. T. C. Integração docente assistencial. **Enfoque**, v. 14, n. 1, p. 12-15, 1986.

LEITE, M. T. de S. et al. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na formação profissional. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2013.

LIMA, E. **O enfermeiro-preceptor e o ensino ao residente de enfermagem no Hospital Universitário**. 1996. Dissertação. (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

LLAPA RODRIGUEZ, E. O. et al. Informática em enfermagem: facilitador na comunicação e apoio para a prática. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 26, n. 2, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072008000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2013.

LOBO, M.B.C.M. **Panorama da evasão no ensino superior brasileiro: aspectos gerais das causas e soluções**. 2012. Disponível em <http://institutolobo.org.br/imagens/pdf/artigos/art_087.pdf>. Acesso em 11 set. 2013.

LONGARITO, C. O processo de cuidados: a decisão em enfermagem. **Informar**, Porto, v.5, n. 1, abril / junho 1999.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. São Paulo: Cortez, 1995. 180p.

MACEDO, R.S. Atos de currículo formação em ato? Para compreender, entretecer e problematizar currículo e formação. Ilhéus: Editus, 2011.

MAGALHÃES, C. A importância de saber outro idioma. **Correio Braziliense**. Brasília, 08 Jun. 2010. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2010/06/08/interna_brasil,196575/index.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2013.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, out. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARIN, H. de F.; CUNHA, I. C. K. O. Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, June 2006 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2013.

MARRAN, A. L. Estágio curricular supervisionado: algumas reflexões. In: Simpósio Brasileiro e Congresso Ibero-Americano de Política e Administração da Educação, 25; 2, 2011, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.anpae.org.br/simposio2011/cdrom2011/PDFs/trabalhosCompletos/comunicacoesRelatos/0042.pdf>> Acesso em: 19 Abr. 2013.

MARSDEN, M. **A indissociabilidade entre teoria e prática**: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio. 2009. 140f. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/2346>> Acesso em: 16 mar. 2013.

MARTÍNEZ, A. M. **Criatividade, personalidade e educação**. Campinas: Papirus, 1997.

MASSAROLLO, M. C. K. B; SACCARDO, D.P; ZOBOLI, E.L, C.P. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. (Org.). **Ética e Bioética**: desafios para a enfermagem e a Saúde. São Paulo: Manole, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atuação e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDONÇA, P. V. C. F.; FLEITH, D. S. Relação entre criatividade, inteligência e autoconceito em alunos monolíngues e bilíngues. **Psicologia Escolar e Educacional**, v.9, n.1, 2005. p. 59-70

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MITRE, S. M et al . Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. supl.2, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2013.

MORAIS, F. R. R. et al. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2013.

MOREIRA, A. A primeira escola de enfermagem. In: GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MOURA, E.; PEREZ, G. de; ZUCCHETTI, D. T. Educação além da Escola: acolhida a outros saberes. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, p. 629-648, maio/ago. 2010

MYRICK, F.; YONGE, O. **Nursing Preceptorship: connecting practice and education.** Edmonton: University of Alberta, 2004.

NÓVOA, A. A. Formação de professores e profissão docente. In: _____. (Coord.). **Os professores e sua formação.** 2. ed. Lisboa: Dom Quixote, 1995. p. 15-33.

OJEDA, B.S. et al. Ampliando saberes e práticas na integração ensino-assistência: caminhos de inovação para a transformação. In: AUDY, J. L. N.; MOROSINI, M. C. (Orgs). **Inovação e qualidade na universidade: boas práticas na PUCRS.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 607 Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs/online/inovacaoequalidade/inovacao/indexportugues.html>> Acesso em: 10 mar. 2013.

OLIVEIRA, E. et al. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n.9, p.11-27, maio/ago. 2003.

OLIVEIRA, M. L. et al. PET-Saúde: (in)formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-550220120003_00016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2013.

OLSCHOWSKY, A; SILVA, G. B. Integração Docente-Assistencial: um estudo de caso **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 128-37, jun. 2000.

OPITZ, S.P et al. O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.29, n.2, jun. 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos básicos.** 26.ed. Ginebra: OMS, 1976.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. Paiva.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 08 mar. 2013.

PADILHA, M. I. C. S. Análise Crítica das causas da Integração e/ou desintegração docente assistencial na enfermagem. **Rev. Gaúch. Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 33-37, 1991.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778 - 1797, mai. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

PALMEIRA, I. P.; RODRIGUEZ, M. B. A investigação científica no curso de enfermagem: uma análise crítica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2013.

PEDUZZI, M. S.; PALMA, J. J. L. A Equipe de saúde. **Saúde em Debate** – série didática. Programa e ações na unidade básica. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

PEIXOTO, M. G. A reforma do ensino superior privado: princípios. **Rev. Teórica, Política Inform.**, v.73, p.124-38, 2004.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1527-1534, set/out, 2003.

PEREIRA, E. M. de A.; CORTELAZZO, A. L. Flexibilidade curricular: a experiência em desenvolvimento na Unicamp. **Avaliação**. Campinas, vol. 7, n. 4, p. 115-128, 2003.

PERRENOUD, P. Construir competências é virar as costas aos saberes? **Pátio - Revista pedagógica**, Porto Alegre, n. 11, Nov. 1999. Disponível em: <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_39.html> Acesso em: 01 abr. 2011.

_____. Formação contínua e obrigatoriedade de competências na profissão de professor. **Idéias**, São Paulo, n 30, 1998. Disponível em: <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_48.html> Acesso em: 01 abr. 2011.

_____. **Formando professores profissionais – Quais estratégias? Quais competências?** 2 ed. rev. – Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

_____. Pour une approche pragmatique de l'évaluation formative. **Mesure et évaluation en éducation**, v. 13, n 4, p 49-81, 1991.

PERES, H. H. C. et al. Estudo exploratório sobre a utilização dos recursos de informática por alunos do curso de graduação em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, vol.35, n.1, p. 88-94, 2001,

PIMENTA, S. G. **O estágio na formação de professores: unidade teoria e prática?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B; MATTOS, R.A. **Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 14-35.

POLIT, D. F.; BECK C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ed. Porto Alegre: Artmed: 2004.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 895-910. 2006.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F.L. Produção do conhecimento em enfermagem no Brasil: as temáticas de investigação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 26-35. jan/mar 2001.

PUSCHEL, V. A. de A.; INACIO, M. P.; PUCCI, P. P. A. Inserção dos egressos da Escola de Enfermagem da USP no mercado de trabalho: facilidades e dificuldades. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2013.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 27-34. 2003.

REBOUÇAS, L. C. C. **A Integralidade do Cuidado na formação da enfermeira**. 100 f. 2007. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

RIZZOTO et al. A produção de conhecimento científico no âmbito do curso de enfermagem da UNIOESTE: resultados preliminares. In: Seminário nacional estado e políticas sociais no Brasil, 2, 2005, Cascavel. **Anais...** Cascavel, 2005.

RIOS, O. F. L. **Níveis de stress e depressão em estudantes universitários**. 2006. 197f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Clínica). Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

RIZZOTTO. M. L. F. A origem da enfermagem profissional no Brasil: determinantes históricos e conjunturais. **Histedbr**, Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos_frames/artigo_077.html> Acesso em: 04 mai. 2011.

ROERCH, S. M. A, et al. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROMÃO, J. E. Educação no século XXI: saberes necessários segundo Freire e Morin. **EccoS Rev. Cient.**, São Paulo, v.2, n.2, p. 27-43, dez. 2000. Disponível em: <http://portal.uninove.br/marketing/cope/pdfs_revistas/eccos/eccos_v2n2/eccosv2n2_joseeustaquio.pdf> Acesso em: 20 mar. 2011.

_____. Aprenderes necessários à educação no século XXI. Palestra proferida no VIII Congresso Sul-Brasileiro de Qualidade na Educação, em 17 de maio de 2001. Joinville- SC. Disponível em: <<http://www.sandraboza.com.br/?p=633>> Acesso em: 05 mar. 2013.

ROSA, A. da S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRETAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, ago. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2013.

ROSAS, A. S. Criatividade como constitutivo da educação popular: uma abordagem acerca da diversidade cultural a partir de Paulo Freire. In: Colóquio Internacional Paulo Freire, 5, 2005, Recife. **Anais...** Recife, 2005.

ROZENDO, C. A et al. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 15-23, abr. 1999.

SACRISTÁN, G. Reformas educacionais: utopia, retórica e prática. In: SILVA, T. T.; GENTILI, P. (Org.) **Escola S. A**. Brasília: CNTE, 1996.

SAINT-GEORGES, P. Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios económicos, social e político. In: ALBARELLO, L. et al. **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva Publicações Ltda., p. 15-47, 1997.

SÁ, A.C. de.; FUGITA, R. M. I. A criatividade como instrumento básico em enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo:Ed. Atheneu, p. 47-60, 1996.

SANTANA, F. R et al. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem: uma visão dialética. **Rev. Eletrônica de Enf.**, v. 07, n. 03, p. 295 - 302, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> Acesso em: 05 mar. 2013.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 201-213, maio/ago. 2009.

SANTOS, S. S. C. Perfil de Egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 2, abr. 2006 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200018&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 25 fev. 2013.

SEVERINO, A. J. Educação e universidade: conhecimento e construção da cidadania. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 117-124, 2002.

SHIMIZU, H. E. A percepção de docentes do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia de uma universidade pública federal sobre a integração docente assistencial. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 51-57, dezembro 1999.

SILVA, I. A. A contribuição da ABEn na produção de conhecimentos In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48. São Paulo. **Anais...** São Paulo, Associação Brasileira de Enfermagem, Seção São Paulo, 1996, p.337-345.

SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v.2, n.1, p.03-05, 2006.

SILVA, K. L. **Movimento de mudança na educação de enfermagem: construindo a integralidade do cuidado na saúde**. 2005. 132f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. de. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2013.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 11a ed. São Paulo: Loyola; 2006b.

SILVA, W. B. da. **A pedagogia dialógica de Paulo Freire e as contribuições da programação neurolinguística**: uma reflexão sobre o papel da comunicação na Educação Popular. 2006a. 85 p. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SILVA, W. B.; DELIZOICOV, D. Problemas e problematizações: implicações para o ensino dos profissionais da saúde. **Ensino, saúde e ambiente**, Santa Catarina, v.1, n.2, p. 14-28, dez. 2008.

SIMÕES. A. A. L. **O ser líder no cotidiano do profissional enfermeiro**. Ribeirão Preto, 1997. 126p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

SMITH, M. Educação não-formal. **Enciclopédia da educação informal**. Londres, mai.2012. Disponível em: <<http://www.infed.org/biblio/b-nonfor.htm#idea>> Acesso em: 05 fev. 2013
SOUZA, A. I. A pedagogia de Paulo Freire. **CEFURIA**, Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://www.cefuria.org.br/doc/educpoppedpf.pdf>> Acesso em: 06 abr. 2011.

SOUZA, E. S. Educação Popular e Saúde: cidadania compartilhada. **Interface**. Botucatu, v. 5, n. 8, Feb. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2013.

SOUZA, M. E. M. G.; ALENCAR, E. M. L. S. O Curso de pedagogia e condições para o desenvolvimento da criatividade. **Revista da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, v. 10, n. 1, p. 21-30. Janeiro/Junho 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v10n1/v10n1a03.pdf>> Acesso em: 04 abr. 2013.

SOUZA, N. A. A relação teoria-prática na formação do educador. **Semina: Ci. Soc. Hum.**, Londrina, v. 22, p. 5-12, set. 2001

SPAGNOL, C.A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. **CiêncSaúdeColetiva**, v.10, n.1, p. 119-27, jan/mar 2005.

STEINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health Measurement Scales**. 3ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

STUTZ, B. L. As primeiras escolas de enfermagem e o desenvolvimento desta profissão no Brasil. **Cadernos de História da Educação**, v. 9, n. 2, jul./dez. 2010.

TRAJMAN, A et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n.1, p. 24 – 32, 2009.

TREVIZAN, M. A. et al. A respeito da colaboração do enfermeiro de serviço às atividades de ensino e de pesquisa. **Enfermagem atual**, n.23, p.10-16, 1982.

TANCREDI, F. B; BARRIOS, S. R. L; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.

TANNENBAUM, R. et al. **Liderança e organização**: uma abordagem à ciência do comportamento. Trad. por Auripebo B. Simões. São Paulo, Atlas, 1970.

TEIXEIRA, E. et al. Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, ago. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br /scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 mai. 2013.

TORRES, I.M. et al. Internato de enfermagem e nutrição uma modalidade de integração docente assistencial. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 37, n. 314, p. 280-289, 1984.

UNESCO. Ministério da Educação e do Desporto. **Educação um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 1996. Disponível em: <<http://ftp.infoeuropa.euroid.pt/database/000046001-000047000/000046258.pdf>> Acesso em: 03 mar. 2013.

VALE, E. G; FERNANDES, J. D. Ensino de graduação em enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. spe, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2011.

VASCONCELLOS, C. S. **Planejamento**: projeto de ensino-aprendizagem e projeto político pedagógico. 14 ed. São Paulo: Libertad, 2005.

VICTORA, C.G; KNAUTH, D.R; AGRA HASSEN, M. N. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WATZLAWICK, P. et al. Alguns axiomas conjeturais de comunicação. In: _____. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 1967. Cap. 2, p. 44-64.

XAVIER, I.; FERNANDES, J. D.; CERIBELLI, M. I. Diretrizes curriculares: articulação do texto e contexto. **Boletim Informativo da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, jul. 2002. Disponível em: < <http://www.abennacional.org.br/download/a44n02.pdf>> Acesso em 20 mar. 2011.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido – Discentes

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Informações aos Colaboradores

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Dez anos de Diretrizes Curriculares Nacionais em Enfermagem: avanços e perspectivas da Bahia. Esse estudo traz como objetivo geral: Analisar as implicações da publicação das DCN/ENF no processo de formação das enfermeiras no Estado da Bahia, e como objetivos específicos: Identificar as mudanças ocorridas no processo de formação da enfermeira, no Estado da Bahia, após a publicação das DCN/ENF; descrever os avanços e dificuldades encontrados pelos cursos de graduação no processo de incorporação dos fundamentos trazidos pelas DCN/ENF e apontar as perspectivas do processo de formação das enfermeiras no Estado da Bahia, após dez anos de implantação das DCN/ENF.

Trata-se de uma pesquisa que será desenvolvida durante o Curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pela doutoranda Lyra Cândida Calhau Rebouças, sob orientação da Profa. Dra. Josicélia Dumê Fernandes.

Os colaboradores voluntários desse estudo serão os discentes dos dois últimos semestres do curso de graduação em enfermagem. A coleta de dados será realizada na própria instituição, através do preenchimento de um questionário pelo próprio colaborador, em dia e hora anteriormente agendados, durante os meses de outubro a dezembro de 2011.

Este estudo não trará riscos para sua integridade física ou moral. Todos os dados que forem obtidos serão guardados e manipulados em sigilo. As pesquisadoras assumem o compromisso de não disponibilizar esses dados para terceiros. Considerando que esse estudo poderá ser usado comparativamente a outros que possam vir a ser realizados, permitindo um registro das mudanças no processo de formação da enfermeira ao longo da história, os questionários ficarão em posse do grupo de pesquisa ao qual este estudo está vinculado. Após um período de, pelo menos, 5 anos o grupo decidirá entre continuar mantendo a sua guarda ou destruí-los. Esse estudo não lhe trará constrangimentos. Você tem o direito de aceitar participar ou não, e tendo aceitado participar poderá desistir e retirar o seu consentimento em qualquer fase da mesma, sem prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, nem qualquer tipo de represália.

Os resultados obtidos nesse estudo serão divulgados na tese e publicados em artigos e eventos científicos, porém a sua identificação não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

A coleta e análise dos dados serão feitas pela própria pesquisadora, que não está sendo remunerada para a participação nesse estudo, bem como os colaboradores não terão nenhum benefício financeiro pela participação.

Esse Termo consta de duas vias idênticas que serão assinadas pelo colaborador e pela pesquisadora principal, sendo que cada um ficará de posse de uma via. No Termo consta o telefone, o endereço e o correio eletrônico da pesquisadora principal, podendo ser utilizados para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, aceito livremente participar do estudo intitulado: “Dez anos de Diretrizes Curriculares Nacionais em Enfermagem: avanços e perspectivas da Bahia”, desenvolvido pela pesquisadora Lyra Cândida Calhau Rebouças, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-UFBA. Autorizo o uso dos dados obtidos através do questionário, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito. Declaro também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em eventos e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos. Eu fui devidamente esclarecida(o) quanto aos objetivos da pesquisa, ao procedimento ao qual serei submetida (o) e estou ciente que a minha participação é voluntária, que tenho o direito de me recusar a responder a qualquer pergunta e de me desligar da pesquisa em qualquer etapa, sem nenhuma penalidade, constrangimento ou prejuízos financeiros ou pessoais. A pesquisadora me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa.

_____, _____, _____, 2011

Assinatura _____
Colaborador(a)

Assinatura _____
Lyra Cândida Calhau Rebouças (Pesquisadora)
R. Coronel Durval Matos, 1239. Edf. Juliana, ap. 402. Costa Azul, Salvador-BA
lyracalhau@gmail.com Fone:(71)3271-1368

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido – Docentes

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Informações aos Colaboradores

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Dez anos de Diretrizes Curriculares Nacionais em Enfermagem: avanços e perspectivas da Bahia.

Esse estudo traz como objetivo geral: Analisar as implicações da publicação das DCN/ENF no processo de formação das enfermeiras no Estado da Bahia, e como objetivos específicos: Identificar as mudanças ocorridas no processo de formação da enfermeira, no Estado da Bahia, após a publicação das DCN/ENF; descrever os avanços e dificuldades encontrados pelos cursos de graduação no processo de incorporação dos fundamentos trazidos pelas DCN/ENF e apontar as perspectivas do processo de formação das enfermeiras no Estado da Bahia, após dez anos de implantação das DCN/ENF.

Trata-se de uma pesquisa que será desenvolvida durante o Curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pela doutoranda Lyra Cândida Calhau Rebouças, sob a orientação da Profa. Dra. Josicélia Dumê Fernandes.

Os colaboradores voluntários desse estudo serão os docentes que ocuparam o cargo de “Coordenador do curso de graduação em enfermagem” a partir do ano de 2001.

A coleta de dados será realizada na própria instituição, através de entrevista semi-estruturada, em dia e hora anteriormente agendados, durante os meses de outubro a dezembro de 2011.

Os depoimentos serão captados através de gravador digital, após sua concordância. Você poderá ouvir a sua gravação e retirar ou acrescentar qualquer informação.

Após a transcrição, irei levar a entrevista até você para que possa validar, retirando, acrescentando ou mudando qualquer informação.

Este estudo não trará riscos para sua integridade física ou moral. Todos os dados que forem obtidos serão guardados e manipulados em sigilo. As pesquisadoras assumem o compromisso de não disponibilizar esses dados para terceiros. Considerando que esse estudo poderá ser usado comparativamente a outros que possam vir a ser realizados, permitindo um registro das mudanças no processo de formação da enfermeira ao longo da história, as gravações ficarão

em posse do grupo de pesquisa ao qual este estudo está vinculado. Após um período de, pelo menos, 05 anos o grupo decidirá entre continuar mantendo a sua guarda ou destruí-los (queimar).

Esse estudo não lhe trará constrangimentos. Você tem o direito de aceitar participar ou não, e tendo aceitado participar poderá desistir e retirar o seu consentimento em qualquer fase da mesma, sem prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, nem qualquer tipo de represália.

Os resultados obtidos nesse estudo serão divulgados na tese e publicados em artigos e eventos científicos, porém a sua identificação não será revelada. Os resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

A coleta e análise dos dados serão feitas pela própria pesquisadora, que não está sendo remunerada para a participação nesse estudo, bem como os colaboradores não terão nenhum benefício financeiro pela participação.

Esse Termo consta de duas vias idênticas que serão assinadas pelo colaborador e pela pesquisadora principal, sendo que cada um ficará de posse de uma via. No Termo consta o telefone, o endereço e o correio eletrônico da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, aceito livremente participar do estudo intitulado: “10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais em Enfermagem: avanços e perspectivas da Bahia”, desenvolvido pela pesquisadora Lyra Cândida Calhau Rebouças, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-UFBA.

Autorizo o uso dos dados obtidos através da entrevista, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito. Declaro também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em eventos e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos.

Eu fui devidamente esclarecida (o) quanto aos objetivos da pesquisa, ao procedimento ao qual serei submetida (o) e estou ciente que a minha participação é voluntária, que tenho o direito de me recusar a responder a qualquer pergunta e de me desligar da pesquisa em qualquer etapa, sem nenhuma penalidade, constrangimento ou prejuízos financeiros ou pessoais. A

pesquisadora me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa.

_____, _____, _____, 2011

Assinatura _____
Colaborador(a)

Assinatura _____
(Pesquisadora)

Lyra Cândida Calhau Rebouças
R. Coronel Durval Matos, 1239. Edf. Juliana, ap. 402. Costa Azul, Salvador-BA
lyracalhau@gmail.com Fone (71) 32711368

APÊNDICE C - Termo de autorização de uso de depoimentos



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, as pesquisadoras **Lyra Cândida Calhau Rebouças e Josicélia Dumêr Fernandes**, do projeto de pesquisa intitulado: **“Dez anos de Diretrizes Curriculares Nacionais em Enfermagem: avanços e perspectivas da Bahia** a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destes depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor das pesquisadoras da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

Jequié - BA, ___ de _____ de 200_

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável pelo projeto

APÊNDICE D - Questionário para aplicação entre os discentes

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TEMA: Dez anos de Diretrizes Curriculares Nacionais em Enfermagem: avanços e perspectivas da Bahia

AUTORA: Lyra Cândida Calhau Rebouças
ORIENTADORA: Josicélia Dumêl Fernandes

QUESTIONÁRIO**DADOS DE CARACTERIZAÇÃO**

1. IDADE _____
2. SEXO _____ Feminino - 1 Masculino - 2
3. ANO DE INGRESSO _____
4. SEMESTRE _____

Instruções para preenchimento

- A tarefa que você irá realizar não é difícil de ser completada, mas se em algum momento você quiser interrompe-la é só nos avisar;
- As questões a seguir devem ser respondidas de acordo com o grau de intensidade (CT- concordo totalmente; CP- concordo pouco; NCD- nem concordo nem discordo; DP- discordo pouco; DT- discordo totalmente) Leia atentamente cada afirmação e marque um X na que julgar mais indicada;
- Mesmo depois de responder a todas as questões, relei-as e caso queira mudar, faça-o sem restrições, anulando a resposta anteriormente dada;
- É importante que nenhum item fique sem resposta;
- Caso você tenha alguma dúvida, por favor, faça as perguntas que entender necessárias

Antecipadamente, os nossos sinceros agradecimentos pela sua colaboração!

| 1. Como você se sente em relação a formação do seu perfil profissional: | | CT | CP | NCD | DP | DT |
|--|--|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| 1.1 | Profissional com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo | | | | | |
| 1.2 | Profissional capaz de intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional | | | | | |
| 1.3 | Profissional capaz de identificar as dimensões biopsicossociais dos determinantes do processo saúde/doença. | | | | | |
| 1.4 | Profissional capaz de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a ética e a cidadania. | | | | | |
| 1.5 | Profissional compreende os princípios e diretrizes do SUS e sabe como aplicá-los na sua prática profissional | | | | | |
| 1.6 | Profissional capaz de compreender as relações de trabalho e sua influência na saúde | | | | | |
| 1.7 | Profissional capaz de tomar decisões com base em evidências científicas e princípios éticos | | | | | |
| 1.8 | Profissional acessível e capaz de manter a confidencialidade das informações a ele confiadas | | | | | |
| 1.9 | Profissional com domínio das tecnologias de comunicação e informática | | | | | |
| 1.10 | Profissional com domínio de pelo menos uma língua estrangeira | | | | | |
| 1.11 | Profissional apto a ser gestor, empreendedor, empregador ou liderança na equipe de saúde | | | | | |
| 1.12 | Profissional compreende o sentido e a necessidade da Educação Permanente | | | | | |
| 2. Quanto a estruturação do seu curso: | | CT | CP | NCD | DP | DT |
| 2.1 | Utiliza metodologia problematizadora comprometida com o desenvolvimento do espírito científico e com a formação de sujeitos autônomos e cidadãos | | | | | |
| 2.2 | Estimula e valoriza a criticidade e a criatividade do estudante | | | | | |
| 2.3 | Apresenta um fluxograma de distribuição de disciplinas flexível | | | | | |
| 2.4 | Possui uma boa distribuição de carga horária entre as disciplinas | | | | | |
| 2.5 | Os conteúdos curriculares são relevantes, atualizados e coerentes com o perfil do egresso e os objetivos do curso | | | | | |
| 2.6 | Estimula e apoia os discentes para a realização de atividades complementares | | | | | |
| 2.7 | Os locais utilizados para realização de atividades práticas e do ECS são adequados | | | | | |

| | | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|--|
| 2.8 | Oferece disciplinas optativas com temas pertinentes e complementares ao curso | | | | | |
| 2.9 | Há previsão de Trabalho de Conclusão de Curso, com conteúdo fixado e regulamentação contendo critérios, procedimentos, mecanismos de avaliação e diretrizes técnicas relacionadas à sua elaboração. | | | | | |
| 2.10 | O estágio curricular é programado de forma conjunta entre universidade e serviço de saúde | | | | | |
| 2.11 | A supervisão do ECS é realizada de forma apropriada | | | | | |
| 2.12 | Desenvolve ações de avaliação do processo ensino-aprendizagem, de modo formativo. | | | | | |

APENDICE E- Roteiro para entrevista com os docentes.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TEMA: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais em Enfermagem: avanços e perspectivas da Bahia

AUTORA: Lyra Cândida Calhau Rebouças
ORIENTADORA: Josicélia Dumêl Fernandes

ROTEIRO DA ENTREVISTA

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

1. SEXO _____ Feminino - 1 Masculino - 2
2. _____ TE
- MPO DE FORMADA: _____ 3. TEMPO DE DOCENCIA: _____
4. TITULAÇÃO _____ 5. REGIME DE TRABALHO _____
6. PERIODO QUE FOI COORDENADOR(A) _____

QUESTOES NORTEADORAS

1. Você vê alguma mudança no processo de formação desenvolvido nessa IES a partir das DCN/ENF? Quais?
2. Você acredita que o PPC dessa IES atende aos fundamentos trazidos nas DCN/ENF? Por que?
3. Como você avalia os avanços do seu curso com relação à incorporação desses fundamentos?
4. Fale sobre as dificuldades encontradas para essa incorporação
5. Fale sobre as facilidades encontradas.
6. Fale acerca das perspectivas que você vê para a incorporação de mudanças no processo de formação das enfermeiras nessa IES.

APÊNDICE F - Solicitação de carta de anuência

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SOLICITAÇÃO DE CARTA DE ANUÊNCIA

Na condição de doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob orientação da Professora Josicélia Dumet Fernandes, gostaria de desenvolver nesta Instituição de Ensino, a pesquisa intitulada **DEZ ANOS DE DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM ENFERMAGEM: avanços e perspectivas da Bahia**, cujo projeto encontra-se em anexo. Para tanto vimos solicitar sua autorização para a coleta de dados com os discentes e docentes do curso de enfermagem.

Ressalto que lhe são assegurados os seguintes requisitos:

- Que a pesquisa cumprirá as determinações éticas da Resolução 196/96 CNS/MS;
- Que terá a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- Que, na medida do possível, não haverá interferência na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas dos informantes;
- Que a pesquisa só terá início após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

No caso do não cumprimento dos itens acima, terá a liberdade de retirar sua anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição biotética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

Atenciosamente,

Lyra Cândida Calhau Rebouças
Pesquisadora

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UESB

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 13 de dezembro de 2011

Of. CEP/UESB 440/2011

Ilma. Sra.

Profa. Lyra Cândida Calhau Rebouças

Departamento de Saúde – UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **167/2011**

CAAE: **0142.0.454.000-11**

Projeto: **DEZ ANOS DE DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM ENFERMAGEM: avanços e perspectivas da Bahia**

Pesquisadores: **Profa. Lyra Cândida Calhau Rebouças (doutoranda)**
Profa. Josicélia Dumet Fernandes(orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB