



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MARIA DA CONCEIÇÃO FILGUEIRAS DE ARAÚJO**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO EM CENÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE  
COMO PARTE DO ESTÁGIO CURRICULAR DO CURSO DE  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SALVADOR**

**2011**

**MARIA DA CONCEIÇÃO FILGUEIRAS DE ARAÚJO**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO EM CENÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE  
COMO PARTE DO ESTÁGIO CURRICULAR DO CURSO DE  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Tese apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação da Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

*Orientadora:* Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Josicélia Dumê Fernandes

*Co-Orientadora:* Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristina Setenta Andrade

**SALVADOR  
2011**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem e Nutrição, SIBI - UFBA.

A663 Araujo, Maria da Conceição Filgueiras de

Produção do cuidado em cenários do sistema de saúde como parte do estágio curricular do curso de graduação em enfermagem / Maria da Conceição Filgueiras de Araujo. – Salvador, 2011.

213 f. 30 cm.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2011

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Josicélia Dumêt Fernandes

1. Educação em Enfermagem. 2. Formação Profissional. 3. Estágio Curricular 4. Saúde. I. Fernandes, Josicélia Dumêt. II Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU: 616-083

MARIA DA CONCEIÇÃO FILGUEIRAS DE ARAÚJO

**PRODUÇÃO DO CUIDADO EM CENÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE  
COMO PARTE DO ESTÁGIO CURRICULAR DO CURSO DE  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

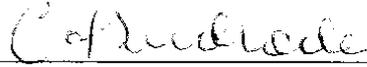
Tese apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação da Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 11 de fevereiro de 2011.

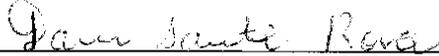
**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Josicélia Dumêt Fernandes - Doutora em Enfermagem e Professora da  
Universidade Federal da Bahia

  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Alda Muniz Pêpe - Doutora em Educação e Professora da Universidade  
Federal da Bahia

  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristina Setenta Andrade - Doutora em Enfermagem e Professora da  
Universidade Estadual de Santa Cruz

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Aparecida Araújo Figueiredo - Doutora em Enfermagem e Professora  
da Universidade Estadual da Bahia

  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Darci Santa Rosa de Oliveira - Doutora em Enfermagem e Professora  
da Universidade Federal da Bahia

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Alba Benemérta Alves Vilela - Doutora em Enfermagem e Professora da  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Suplente)

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Therezinha Teixeira Vieira - Doutora em Enfermagem e Professora da  
Universidade Federal da Bahia (Suplente)

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho **À MINHA DINDA**, *in memoriam*, **NOEME ARAÚJO FILGUEIRAS**, que não está na linha de chegada, para o abraço da vitória. Mas, que do lugar maravilhoso onde se encontra me fez sentir seu apoio, força e os melhores desejos, que só uma **MÃE**, é capaz de pensar para sua filha, em qualquer dimensão.

## AGRADECIMENTOS

*A DEUS*, fiel amigo e companheiro, que me permitiu vencer mais esta etapa da minha vida.

*À minha filha Taís, minha fada Sininho*, linda ..., que me fez sair várias vezes da escuridão em busca da luz. Estrela da minha vida, eterna e brilhante.

*Ao meu filho Felipe*, amigo e companheiro, que apesar de poucas palavras, é capaz de falar com os olhos.

*Aos meus pais, Eliezer Araújo Filgueiras, in memoriam, e minha mãe, Maria de Lourdes Cruz*, mulher guerreira, pois acreditaram sempre que a educação e o conhecimento são capazes de mudar a história de vida de qualquer ser humano.

*Aos meus irmãos, Vitor e Heráclito, e às mulheres da Família Filgueiras*, especialmente *Rita*, minha irmã, meu porto seguro, que sabe me dar as melhores broncas, as mais construtivas, e que fizeram toda a diferença nessa jornada; *à Glória*, irmã dedicada, que sempre buscava uma idéia construtiva, quando eu achava que minha cabeça estava vazia, ela, com seu conhecimento da vida, foram capazes de me fazer ver as dificuldades sob as diferentes perspectivas de um cristal.

*Aos Participantes deste estudo*, sem a disponibilidade e as informações de vocês para dar forma a esta Tese, nada teria se concretizado.

*À Profa. Dra. Josicélia Dumêt Fernandes, minha orientadora*, a quem admiro desde a Graduação, nessa Escola, e que soube construir dialeticamente comigo, esta caminhada

*Às Profas. Dras. Cristina Setenta Andrade, Alda Muniz Pêpe, Darci Santa Rosa, Therezinha Vieira, Maria Aparecida Figueiredo e Alba Benemérta Vilela*, por representarem em minha caminhada de vida, o acolhimento, vínculo e

competência. A leitura crítica de todo o material, sugestões, reflexões e experiência, me oportunizaram momentos de aprendizagens significativas para a conclusão dessa etapa profissional.

*Às colegas da turma de 2007, do curso de Doutorado, especialmente Telmara Couto, amiga e companheira nessa caminhada.*

*À Prof<sup>as</sup>. Edméia Coelho, Joanira da Silva Fonseca e Maridalva Penteado. Vocês foram meus Anjos, ainda que não tenham percebido, fizeram toda diferença nessa etapa da minha vida.*

*À Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) pela liberação total da minha jornada de trabalho docente e apoio financeiro no decorrer do Doutorado.*

*Aos colegas do Departamento de Ciências da Saúde, pelo apoio e palavras de incentivo durante essa etapa de crescimento profissional.*

*Ao Grupo de Educação, Ética e Exercício de Enfermagem (EXERCE), amigos e amigas que tive oportunidade de cultivar no decorrer dessa caminhada.*

*À Coordenação da Pós-Graduação da EEUFBA, especialmente às Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Enilda Rosendo e Miriam Santos Paiva, pela competência e seriedade na direção desse Programa de Pós-Graduação.*

*Aos funcionários da Pós-Graduação da EEUFBA, que sempre me acolheram com boa vontade e competência.*

**A TODOS**, que direta e indiretamente contribuíram para o êxito dessa etapa profissional.

ARAÚJO, Maria da Conceição Filgueiras de. **Produção do cuidado em cenários do sistema de saúde como parte do Estágio Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem**. 2011. 213f. Tese (Doutorado). Salvador, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

## RESUMO

Trata-se de uma Tese de Doutorado da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sobre a produção do cuidado, em unidades de saúde no desenvolvimento do Estágio Curricular de graduação em Enfermagem (ECS), na perspectiva da sua construção histórico-social do processo de formação perpassa pela adoção de pressupostos da realidade, educação, saúde e enfermagem, em sua trajetória, tendências e contradições, que tem como **objetivo**: Analisar o processo de produção do cuidado, em unidades do sistema de saúde, no desenvolvimento do ECS do Curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública, no estado da Bahia, no período de 2009 a 2010. Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, que, pela coerência com o objeto e objetivos deste estudo, pela relevância da práxis conferida pelo Estágio Curricular de Graduação em Enfermagem e a produção do cuidado, o Materialismo Histórico Dialético foi utilizado como modelo teórico-metodológico para a análise e discussão dos resultados, haja vista que os fenômenos de saúde, segundo essa Teoria, são compreendidos como resultado da organização social para a produção/consumo, pois é dela que dependem os seres humanos, e nessa dinamicidade a cada momento há uma ação diferente, e reproduzem inúmeras contradições específicas. Definiram-se como sujeitos: coordenador, docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) da disciplina do Estágio Curricular II, do Curso de Graduação em Enfermagem. Os depoimentos foram coletados, por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação sistemática, em unidades de saúde de dois municípios Baianos. Para a análise dos resultados, os depoimentos foram classificados e organizados seguindo o cruzamento destes de acordo com a metodologia da análise temática. Três grandes categorias empíricas surgiram dos discursos dos sujeitos, que tratam da **Formação** que diz respeito às dimensões da construção do saber: o ensino da Enfermagem. **Atuação profissional**, no que se refere ao processo de produção do cuidado, em cenário dos estágios, e **Categoria das Relações Institucionais**. O estudo aponta que no currículo do Curso analisado, a carga horária do Estágio Curricular Supervisionado é inferior ao preconizado pelas DCN/ENF, porém, consegue produzir mudanças na produção do cuidado em Enfermagem, e que é possível considerar significados nas tecnologias do trabalho para a produção desse cuidado, individual e coletivo; trabalho em equipe; autonomia; integralidade; individualidade; relações e atitudes profissionais interativas na perspectiva da consolidação do processo educativo dos profissionais de saúde articulado às necessidades de saúde/doença do usuário.

**Palavras-chave:** Educação em Enfermagem; Produção do Cuidado; Materialismo Histórico Dialético.

ARAÚJO, Maria da Conceição Filgueiras de. **Production of care at the scenario in the health system as part of the Curriculum of Training Course for Undergraduate Nursing.** 2011. 213f. Thesis (Ph.D.). Salvador, School of Nursing, Federal University of Bahia.

## ABSTRACT

This is a Doctoral Dissertation, Graduate Program in Nursing at the Federal University of Bahia, on the production of care in health units as part of curricular undergraduate nursing (ECS), in view of their building work social formation process, and running through the adoption of assumptions of reality, education, health and nursing, in its history, trends and contradictions. It aimed to analyze the production process of care, in units of the health system, the development of the ECS of the Undergraduate Program in Nursing, a public university in the state of Bahia, in the period 2009 to 2010. Exploratory, descriptive, qualitative approach, which for consistency with the object and purpose of this study, the relevance of practice issued by Stage Curriculum for Undergraduate Nursing and care production, the historical and dialectical materialism was used as a model for theoretical and methodological analysis and discussion of results, given that the phenomena of health, according to this theory, are understood as the result of social organization for production / consumption, because that is what humans depend, and this dynamicity every moment there is an action different and specific reproduce many contradictions. Were defined as subjects: the coordinator, teachers, students and nurses (the) governesses (s) of the discipline of curricular II, Undergraduate Nursing. The testimonies were collected through semi-structured interviews and systematic observation, in health facilities in two cities from Bahia. For the analysis of results, reports were classified and organized, following the crossing of these, according to the methodology of thematic analysis. Three major categories emerged from the discourses of empirical subjects, dealing with training that relates to the **Size of the construction of knowledge**: the teaching of nursing. **Professional performance**, with regard to the production process of care at the nurse's training, and **Type of Institutional Relations**. The study indicates that the curriculum of the course examination, the workload of Supervised Practices is lower than that recommended by the DCN / ENF, however, can produce changes in the production of nursing care, and that it is possible to consider the meanings of work on technologies for production of this care, individual and collective, team work, autonomy, integrity, individuality, relationships and professional attitudes interactive view to consolidating the education of health professionals needs of health and illness of the user.

**Keywords:** Nursing Education; Production of Care; Dialectical Historical Materialism.

ARAÚJO, Maria da Conceição de Filgueiras. **Production de soins dans le scénario du système de santé dans le cadre du programme de formation pour les soins infirmiers de premier cycle** 2011. 213f. Thèse (Ph.D.). Salvador, École des Sciences Infirmières, Université Fédérale de Bahia.

## RÉSUMÉ

Il s'agit d'une thèse de Doctorat, du Programme des diplômés en sciences infirmières à l'Université Fédérale de Bahia, sur la production des soins dans les unités de santé dans le cadre des soins infirmiers du premier cycle scolaire (ECS), en vue de leur travaux de construction du processus de formation sociale, et en cours d'exécution grâce à l'adoption d'hypothèses de la réalité, l'éducation, la santé et des soins infirmiers, de son histoire, les tendances et les contradictions. Elle visait à analyser les processus de production de soins, dans les unités du système de santé, le développement de l'ECS du programme de licence en soins infirmiers, une université publique dans l'État de Bahia, dans la période 2009 à 2010. Exploratoire, descriptive, approche qualitative, qui par souci de cohérence avec l'objet et le but de cette étude, la pertinence de la pratique délivré par le Stage dans le cadre de formation des soins infirmiers et la production de soins, le matérialisme historique et dialectique a été utilisé comme modèle pour théoriques et méthodologiques pour l'analyse et la discussion des résultats, étant donné que les phénomènes de la santé, selon cette théorie, sont compris comme le résultat de l'organisation sociale de la production / consommation, parce que c'est ce que les êtres humains dépendent, et cette dynamique chaque fois qu'il y a une action différente et spécifique de reproduire de nombreuses contradictions. Ont été définis comme des sujets: le coordonnateur, les enseignants, les étudiants et les infirmières (la) gouvernantes (s) de la discipline du programme d'études II, Science infirmière. Les témoignages ont été recueillis par des entretiens demi-structurés et l'observation systématique, dans les établissements de santé dans deux villes de Bahia. Pour l'analyse des résultats, des rapports ont été classés et organisés, à la suite du passage à niveau de ces derniers, conformément à la méthodologie de l'analyse thématique. Trois grandes catégories émergé du discours des sujets empiriques, traitant de la formation qui se rapporte à la taille de la construction de la connaissance: l'enseignement des soins infirmiers. La performance professionnelle, en ce qui concerne le processus de production de soins dans la mise en scène, et le type de relations institutionnelles. L'étude indique que le programme de l'examen bien sûr, la charge de travail des pratiques supervisées est inférieur à celui recommandé par la DCN/ENF, toutefois, peuvent produire des changements dans la production de soins infirmiers, et qu'il est possible de considérer la signification du travail sur les technologies du travail de la production de ces soins, individuelle et collective, le travail en équipe, autonomie, l'intégrité, l'individualité, les relations et les attitudes professionnelles vue interactive de consolider la formation des professionnels santé articulé aux besoins de la santé et de la maladie de l'utilisateur.

**Mots-clés:** formation en soins infirmiers, la production de soins; matérialisme dialectique historique.

## **LISTA DE SIGLAS**

- DCN/ENF** - Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- ECS** - Estágio Curricular Supervisionado
- LDB** - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- DCN** - Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição
- MHD** - Materialismo Histórico Dialético
- CNE** – Conselho Nacional de Educação
- CES** – Conselho de Ensino Superior
- DNSP** - Departamento Nacional de Saúde Pública
- CAPs** - Caixas de Aposentadoria e Pensões
- SESP** - Serviço Especial de Saúde Pública
- SESu** – Secretaria de Ensino Superior
- SENADEN** - Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
- ABEn** – Associação Brasileira de Enfermagem
- VER-SUS** - Vivências e Estágios para Estudantes de Graduação na Realidade do SUS
- ACS** – Agentes Comunitários de Saúde
- ESF** - Estratégia de Saúde da Família
- EACS** - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- USF** – Unidade de Saúde da Família
- IES** – Instituição de Ensino Superior
- PP** – Projeto Pedagógico
- PAC** - Projeto Acadêmico Curricular

## SUMARIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>27</b>
1.1 PROCESSO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM.....	27
1.1.1 A Enfermagem no Mundo.....	27
1.1.2 A Enfermagem no Contexto Brasileiro.....	33
1.2 BASES LEGAIS DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E SUA ARTICULAÇÃO COM A EDUCAÇÃO SUPERIOR.....	43
1.2.1 Construção Histórica dos Currículos de Graduação em Enfermagem.....	43
1.3 O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO E O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	50
1.3.1 O Estágio Curricular Supervisionado e suas Bases Histórico-Legais.....	50
1.4 O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM CENÁRIOS DE PRÁTICA E SUA ARTICULAÇÃO COM A PRODUÇÃO DO CUIDADO....	67
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>89</b>
2.1 O MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO COMO EIXO METODOLÓGICO.....	89
<b>3 METODOLOGIA - O CAMINHO E O INSTRUMENTAL DA PESQUISA.....</b>	<b>97</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	98
3.2 CONTEXTO DO LOCAL DO ESTUDO.....	100
3.2.1 Estrutura Organizacional das Unidades de Saúde – Campo Empírico da Investigação.....	100
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	103
3.4 COLETA DE INFORMAÇÕES.....	104
3.5 PERCURSO PARA A COLETA DAS INFORMAÇÕES.....	108
3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	111
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>116</b>
4.1 O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESCOLHIDA.....	116
4.2 CONSTRUÇÃO DAS DIMENSÕES DO SABER PARA O ENSINO DA ENFERMAGEM A PARTIR DAS DCN/ENF.....	128
4.2.1 Relação Ensino-Aprendizagem.....	128
4.2.2 Concretude e Totalidade nas Estratégias de Ensino-Aprendizagem.....	132
4.2.3 Construção da Autonomia dos Sujeitos no Processo de Formação Profissional...	136
4.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM ENFERMAGEM.....	141
4.3.1 Produção do Cuidado e sua Relação com o Processo de Trabalho em Saúde.....	144
4.3.2 Produção do Cuidado e sua Mediação com a Prática Social.....	151
4.3.2.1 Integralidade.....	154
4.3.2.2 Acolhimento.....	157

4.4	CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DAS PARCERIAS ENSINO-SERVIÇO PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM ENFERMAGEM.....	163
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>173</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>184</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>201</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>208</b>

# 1 INTRODUÇÃO

*Há um tempo em que é preciso abandonar  
as roupas usadas, que já tem a forma do  
nosso corpo, e esquecer os nossos  
caminhos, que nos levam sempre aos  
mesmos lugares. É o tempo da travessia:  
e, se não ousarmos fazê-la, teremos  
ficado, para sempre, à margem de nós  
mesmos.  
Fernando Pessoa*

A relação dialética entre Educação, Saúde e o Ensino da Enfermagem, norteadas pelas Políticas Sociais, constitui um tripé que molda a formação da (o) enfermeira (o)<sup>1</sup>, e que sempre me instigou como docente e enfermeira das diversas unidades do sistema de saúde.

Historicamente, se observa que as transformações decorrentes do capitalismo no processo produtivo, a partir das últimas décadas do século XX, implicaram em diversos movimentos dialéticos no mundo da educação. Ademais, o desenvolvimento científico-tecnológico operou profundas mudanças nos processos produtivos do setor saúde e educação, incidindo em todos os âmbitos da vida individual e coletiva, particularmente nas relações dos indivíduos com o conhecimento.

No bojo dessas mudanças, foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394, de 20/12/1996 (BRASIL, 1996a), que abre 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 cada curso de Graduação.

A partir da LDB, efetivou-se, em 7/8/2001, o Parecer nº 1.133 do Conselho Nacional de Educação/ Conselho de Ensino Superior (CNE/CES) (Brasil, 2001a), que veio reforçar a necessidade da articulação entre Educação Superior e Saúde, objetivando a formação geral e específica de egresso/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

---

<sup>1</sup> Ressalto que neste estudo, faço uma opção pelo feminino – enfermeira e demais atores da pesquisa – porém, não desconsidero a participação de profissionais homens, mas pretendo acentuar as características de gênero presentes na profissão, em uma clara subversão à norma gramatical.

Com base nesse Parecer, foi aprovada a Resolução CNE/CES nº 03, de 7/11/2000, que definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) (BRASIL, 2001b).

As DCN/ENF foram materializadas a partir de propostas que da Lei 8.080/90, e emergiram da mobilização das (os) enfermeiras (os), através da sua associação de classe, de entidades educacionais e de setores da sociedade civil interessados em defender as mudanças na formação na área da saúde. Elas expressaram/expressam os conceitos originários dos movimentos por mudanças na educação em enfermagem, explicitando a necessidade do compromisso com princípios da Reforma Sanitária Brasileira e Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Essas Diretrizes devem ser apreendidas, como produto de uma construção social e histórica, trazendo, no seu conteúdo, os posicionamentos da enfermagem brasileira como ponto de partida para as mudanças necessárias à formação da (o) enfermeira (o) (FERNANDES, J.D. *et al.*, 2005).

As DCN/ENF estabelecem que, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo da formação do aluno, os cursos devem incluir, no currículo, o Estágio Curricular Supervisionado (ECS)<sup>2</sup> a ser realizado na rede hospitalar, ambulatorial e na rede básica de serviços de saúde e comunidade. Deve totalizar uma carga horária mínima que represente 20% da carga horária total do curso, a ser executado, durante os dois últimos semestres do mesmo (BRASIL, 2001b; (FERNANDES, J.D., *et al.*, 2005).

Na elaboração de sua programação, e no processo de supervisão do aluno, pelo professor, deve ser assegurada efetiva participação das (os) enfermeiras (os) do serviço de saúde, onde se desenvolve o referido estágio (BRASIL, 2001b).

Deve, também, ser apreendido como um procedimento formativo que oportuniza situar, observar e aplicar, criteriosa e reflexivamente, princípios e referenciais teórico-práticos assimilados durante os semestres anteriores, sendo imprescindível o inter-relacionamento multidisciplinar entre teoria e prática (BRASIL, 2001b).

---

<sup>2</sup> Neste estudo, o Estágio Curricular Supervisionado refere-se às atividades desenvolvidas pelas (os) discentes (os) em unidades hospitalares, ambulatoriais e rede básica, nos dois últimos semestres dos cursos de Graduação em Enfermagem, de acordo com as DCN/ENF (BRASIL, 2001b; COFEN, 2005).

Assim, no decorrer da minha prática profissional, observei que o ensino de Enfermagem, englobado pelas reformulações sociais, vem gerando mudanças de forma a atender aos desafios de ampliação do campo de ação da (o) enfermeira (o) requeridos pela Reforma Sanitária, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), DCN/ENF e Política de Formação e Educação Permanente em Saúde (CECCIM; FEUERWERKER; 2004a; CECCIM; CARVALHO, 2005).

Nessas mudanças, o Estágio Curricular Supervisionado de Graduação em Enfermagem se apresenta como uma atividade acadêmica rica para a formação profissional, pois oportuniza o exercício de prática pré-profissional, possibilita ao discente o contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho, potencializando o desenvolvimento pessoal e profissional, além da consolidação de conhecimentos adquiridos no desenvolvimento do curso de Graduação, e a consequente produção do cuidado nas unidades do sistema de saúde.

O ECS deve contribuir através da relação dialética teoria-prática, na construção do perfil do formando egresso/profissional estabelecido pelas DCN/ENF que caracteriza a (o) enfermeira (o), com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

De acordo com as DCN/ENF, a (o) enfermeira (o) deve ser uma (o) profissional qualificada (o) para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitada (o) a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001b).

Quando o aluno cursa a disciplina Estágio Curricular Supervisionado, deve se considerar que ele foi proporcionado todo o conteúdo teórico e prático do curso de Graduação em Enfermagem. Difere das práticas que são realizadas nos semestres anteriores do curso de Graduação como um complemento prático das disciplinas teóricas, denominadas como aulas práticas, ou ensino clínico (BRASIL, 2001b).

O ECS vai além dos objetivos propostos, pelas aulas práticas, desenvolvidas como complemento das disciplinas, pois procura oportunizar ao aluno uma

experiência pré-profissional, ou seja, permitir ao aluno vivenciar o desempenho das atividades profissionais, com a orientação da docente responsável e acompanhamento da (o) enfermeira (o) assistencial em uma realidade histórica e concreta, envolve a micropolítica do trabalho e a produção do cuidado em saúde (BACKES, 1999; FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009).

O ECS de Graduação em Enfermagem deve possibilitar o desenvolvimento pessoal e profissional de docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), pois atua como elo entre o mundo da aprendizagem e o mundo do trabalho em saúde.

Essa articulação possibilita também fomentar a consolidação de conhecimentos adquiridos no transcorrer dessa etapa de formação, através das competências e habilidades para fortalecer a relação teoria-prática, em uma nova forma de operar o mundo do trabalho e, aí, o reconhecimento de que ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmo como sujeitos.

Nesse cenário de ensino-aprendizagem e trabalho, as (os) discentes devem acompanhar a (o) enfermeira (o), e buscar percorrer esta etapa de formação de forma ativa e mediatizada pelas transformações que se operam no mundo do trabalho, a produção do cuidado em saúde.

Segundo Amantéa (2004), o ECS tem como peculiaridade inserir o aluno na realidade, para que possa vivenciar as atividades profissionais num contexto histórico, político, social, cultural e financeiro, com a tutoria docente e a supervisão da (o) enfermeira (o) assistencial, levando à construção de conhecimentos, competências, habilidades e valores em articulação com essa realidade e com a equipe de Enfermagem e de saúde.

Na perspectiva dialética, esse momento deve propiciar aos sujeitos envolvidos, a oportunidade de trazer uma contribuição à forma de apreensão da realidade, a existência do homem social e historicamente no mundo, pois é o momento em que a (o) estudante entra em contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho.

Diversos autores apontam a importância do ECS na formação profissional e pessoal dos profissionais de enfermagem, para o desenvolvimento de atitudes, comportamentos e habilidades, para a interação com a equipe multiprofissional de

saúde, familiares e pacientes e, principalmente, para a possibilidade de analisar crítica e reflexivamente as interfaces do conhecimento teórico e prático (TETILA, 1984; ANDRADE; ARAÚJO; LINS, 1989; BOUSSO, 2000; VALSECHI; NOGUEIRA, 2002; COSTA; GERMANO, 2007).

A participação histórica, social e afetiva, dos sujeitos envolvidos, confere uma subjetividade à produção do cuidado, pois a preocupação com a saúde é inerente ao ser humano, fato que confere um caráter oculto na saúde, e o que importa é alcançar o equilíbrio entre a capacidade de fazer, o querer e o fazer responsável.

Os problemas do cuidado em saúde representam um aspecto no interior desse todo, o qual atinge diretamente todas as pessoas e instituições envolvidas na produção desse cuidado.

No âmbito dessas reflexões históricas acerca do processo de formação da (o) enfermeira (o) constata-se que o ensino de enfermagem englobado pelas reformulações sociais, vem fomentando mudanças de forma a atender aos desafios de ampliação do campo de ação da (o) enfermeira (o) requeridos pela Reforma Sanitária, pelo SUS, pelas DCN/ENF e pela Política de Formação e Educação Permanente em Saúde (FEUERWERKER; LIMA, 2002; BERNARDINO; OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006).

Contudo, ao observar o perfil do egresso proposto pelas DCN/ENF, o que se verifica no contexto da educação em enfermagem é que, apesar de definida nas Diretrizes Curriculares, essa nova concepção do ECS ainda não se consolidou na prática de seus profissionais, trazendo reflexos negativos para a formação do enfermeiro (FERNANDES, J.D., *et al.*, 2008).

Também, é reconhecida a necessidade de que cada curso reveja seu projeto pedagógico, repense a organização curricular, a ação docente e de preceptoria, a relação ensino-serviço, assim como, a integração do ECS às demais ações previstas neste projeto pedagógico com vistas da produção do cuidado (ITO, *et al.*, 2006).

Ao considerar que a problemática do Estágio é dialética, e fruto de uma construção histórica, torna-se oportuno resgatar essa história para compreender o momento atual e identificar tendências, pois como afirma Freire: "a cristalização de hoje é a mudança que se operou ontem numa cristalização". "Por isso é que nada de novo nasce de si mesmo, mas sim do velho que antes foi novo. Por isso também

tudo o que é novo, ao tomar forma, faz seu 'testamento' ao novo que nascerá dele, quando esgotar e ficar velho" (LOPES NETO, *et al.*, 2008).

Os atores sociais desse processo de formação, representadas (os) neste estudo, pelas (os) docentes, discentes e as (os) enfermeiras (os) preceptoras (os), fazem parte desta história como sujeitos conscientes, ativos, capazes de transformar, de dar importantes contribuições, de ajudar a escrever a história, e como tal participam como sujeitos no presente estudo.

É no exercício de sua prática cotidiana no espaço intercessor do encontro com as famílias, no território da unidade de saúde e no domicílio, que a (o) enfermeira (o) vai tecendo, através do seu jeito de ser, viver, de afetar e ser afetado, a sua relação com o mundo e com outros corpos, e assim compor o trabalho em saúde (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009).

O trabalho em saúde é um processo relacional que ocorre a partir do encontro entre o trabalhador e o usuário. Estabelece-se um jogo de expectativas e produções que nem sempre são atendidas. É produzido através do trabalho vivo em ato, ou seja, no exato momento em que ocorre a sua produção, o seu produto é a própria realização da atividade, ou seja, o espaço intercessor do cuidado em saúde (MERHY, 1997).

Nesse espaço intercessor, o cuidado assume configurações diversas e inesperadas decorrente do protagonismo dos atores, trabalhadores de saúde <sup>3</sup> envolvidos, que fornecem matérias de expressão substantiva para sua produção.

A produção do cuidado envolve para sua realização a utilização de recursos tecnológicos expressos por três tipos de tecnologias de saúde, conforme tipologia de Merhy (2002), *a saber*: as tecnologias duras<sup>4</sup>, referem-se ao conjunto de máquinas e equipamentos usados nas ações assistenciais realizadas; as leve-duras<sup>5</sup> inscritas no conhecimento bem estruturado dos saberes profissional e as tecnologias leves que

---

<sup>3</sup> Trabalhadores de saúde – São todos aqueles que se inserem direta e indiretamente na prestação de serviços de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (PAIM, 1993).

<sup>4</sup> Tem como característica uma estrutura já dada a priori, isto é, um instrumento é pré-programado para produzir e vai fazê-lo sempre da mesma forma (MERHY, 2002; FRANCO, 2003).

<sup>5</sup> Apresenta uma parte estruturada, o conhecimento e outra leve na medida em que sua aplicação é realizada pelo trabalhador em sua singularidade (MERHY, 2002; FRANCO, 2003).

dizem respeito às relações, ou seja, o espaço de atuação da dimensão cuidadora (MERHY, 1997, 1998).

Procura-se hoje em dia, preparar futuros profissionais para a vida em equipe, tendo como requisitos responsabilidade, empatia, preocupação com os usuários e colegas. Assim, é possível desenvolver a reflexão sobre o cuidado, não só na perspectiva do usuário, mas também de todos os envolvidos no processo da saúde/doença.

Dessa forma, analisar a produção do cuidado no interior das unidades do sistema de saúde no desenvolvimento do ECS de Graduação em Enfermagem é uma prioridade e, portanto, objeto deste estudo.

O interesse pela temática decorreu da minha caminhada profissional, como enfermeira atuante nos diversos serviços do sistema de saúde, e, principalmente, como docente de uma Universidade pública, do estado da Bahia, desde 1989, no exercício cotidiano de atividades de ensino, pesquisa e extensão, além de cargos exercidos na administração dessa Instituição.

Ressalto, igualmente, que a minha intencionalidade e interesse pela Educação em Enfermagem, particularmente pela linha de Currículo e Exercício Profissional de Enfermagem, me direcionou a ingressar no Mestrado em Educação, pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), que concluí em 2003, cuja dissertação abordou a “Educação e Profissionalização em Auxiliar de Enfermagem - uma prática em discussão” (ARAÚJO, M.C.F., 2003).

Nessa pesquisa, analisei os Cursos Descentralizados de Auxiliar de Enfermagem, na perspectiva de investigar a prática desses profissionais, tomando como base os conteúdos teóricos e práticos das disciplinas e as atividades desenvolvidas nos seus locais de trabalho, após a conclusão dos mesmos (ARAÚJO, M.C.F, 2003).

Os resultados da minha dissertação revelaram a complexidade do processo ensino-aprendizagem e sua inter-relação com as ações e tomada de decisões desses egressos. Constatou também, que apenas as mudanças curriculares não são suficientes, se, para isso, não existir o compromisso entre docentes, discentes, instituições de ensino e os serviços de saúde, na perspectiva da criação de estratégias que favoreçam a consolidação da aprendizagem crítica e reflexiva a

partir de novas abordagens pedagógicas e sistemas de cuidados integrados à saúde (ARAÚJO, M.C.F., 2003).

Após a realização do Mestrado, continuei minha caminhada no exercício de atividades de ensino, pesquisa e extensão, na compreensão do ensino de enfermagem como uma prática social, historicamente determinada e relacionada às práticas de saúde, em uma sociedade concreta.

Esse caminhar oportunizou-me conhecer a complexidade da Educação em Enfermagem, assim como identificar a necessidade de mudanças no processo de formação da (o) enfermeira (o) a fim de que o egresso possa acompanhar as inovações na área e manter o elevado conhecimento técnico-científico, habilidades e atitudes para a produção do cuidado nos diversos cenários do sistema de saúde.

Durante o percurso pude observar que, no processo de formação, há que se discutir a necessidade do desenvolvimento de competências<sup>6</sup> para além daquelas restritas ao saber-fazer, tais como: articulação de conhecimentos; análise, interpretação e síntese; criação e inovação frente à incerteza e o inesperado; comunicação; capacidade de lidar com as diversidades, de aliar o uso da razão ao uso da intuição e de aprender permanentemente, aprimorando a capacidade para o processo de produção do cuidado individual e coletivo.

Essa aproximação com a temática foi processual e foi ganhando consistência, no exercício da docência em Enfermagem, como professora do ECS, em 2006, direcionando, com maior clareza, o meu interesse para a realização do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA, na área de concentração, Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Nesse Curso busquei o embasamento teórico para as minhas inquietações, principalmente, no que tange às questões relativas à produção do cuidado no desenvolvimento do ECS do curso de Graduação em Enfermagem, em cenários do sistema de saúde, objeto deste estudo.

Tais inquietações perpassam por movimentos de mudanças, na perspectiva de possibilitar as discussões acerca das transformações dessa etapa de formação desencadeados pelas (os) discentes, docentes e enfermeiras (os) preceptoras (es)

---

<sup>6</sup> Nesse estudo, competência é discutida como a habilidade de mobilizar diferentes capacidades para solucionar, com pertinência e sucesso, tarefas essenciais da prática profissional, em diferentes contextos; como uma combinação de atributos: conhecimentos - domínio cognitivo (saber); habilidades – domínio psicomotor (saber-fazer); e atitudes – domínio afetivo (saber ser, saber conviver) (RIBEIRO; LIMA, 2003).

entre as instituições de ensino e o sistema de saúde, no momento de ocorrência dessa prática social e profissional, embasados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001b).

Ao ingressar no curso de Doutorado pude desenvolver leituras sobre temas que me forneceram subsídios para o entendimento de que o processo de formação da (o) enfermeira (o) não é estático, pois sofre transformações contínuas das quais os sujeitos nele envolvidos são seus principais articuladores.

Esse entendimento levou-me a observar, empiricamente, que a produção do cuidado em unidades do sistema de saúde, no desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado (ECS), se constitui numa atividade social, que se relaciona com diferentes momentos do processo de trabalho da Enfermagem e da saúde, e conseqüentemente, da sociedade, como instrumento da produção do cuidado nos cenários das práticas.

Nesse sentido, o ECS deve ter como eixo norteador a inserção da (o) educanda (o) no mundo do trabalho marcado na contemporaneidade pela reflexão da sociedade através das mudanças históricas e sociais dos sujeitos, que constroem, desconstroem e reconstroem sua realidade profissional e social.

Apesar desses desafios a serem superados, o ECS deve ser contemplado como um procedimento didático que oportuniza situar, observar e aplicar, criteriosa e reflexivamente, princípios e referenciais teórico-práticos aprendidos no curso, sendo imprescindível o inter-relacionamento multidisciplinar entre teoria e prática, sem perder de vista a realidade na qual está inserido (COSTA; GERMANO, 2007)

No que se refere ao corpo docente, e na qualidade de ator social deste grupo analisado, sei que é notória: a relação frágil entre teoria e prática no quadro das disciplinas da matriz curricular; a incipiente participação dos docentes, enquanto supervisor, nos momentos de ocorrência do ECS nas unidades de saúde; projetos políticos pedagógicos são pautados em matrizes curriculares descontextualizadas, e sem atenção às novas pedagogias e metodologias de ensino, desarticuladas entre si, bem como às do contexto local. Além disso, há no que se refere às DCN/ENF e princípios do SUS, o descumprimento da legislação referente, por parte do Curso analisado.

No que tange às (aos) discentes, também me foi oportunizado, durante o acompanhamento do ECS, e destaco: a visão fragmentada das (os) mesmas (os), no que se refere ao cuidado de enfermagem, tanto ao produzir quanto ao gerenciar, nos cenários de prática durante o curso de Graduação, principalmente durante o desenvolvimento do ECS; dificuldade em estabelecer o processo relacional entre a equipe de saúde e os gestores, não apenas decorrente de teorias e práticas verticalizadas, historicamente construídas pela profissão, bem como pelo modelo de saúde vigente, médico-centrado, pautado em atendimento por consultas, e com visão hospitalocêntrica.

Em relação às (aos) enfermeiras (os) preceptoras (es) observei nesse percurso com os alunos, suas dificuldades em exercerem as atividades de ensino, requeridas pela preceptoria, e estabelecidas pelas DCN/ENF e pelo SUS, no que se refere ao processo de formação; o incipiente envolvimento deste profissional com o usuário e a família e, algumas vezes, pude verificar por parte da equipe de enfermagem e dos demais profissionais das unidades de saúde, a pouca preocupação em prestar uma assistência mais humanizada, pautada no acolhimento, na integralidade e responsabilização pelo usuário do sistema de saúde, além do processo de trabalho fragmentado e centrado no profissional médico.

A partir das disciplinas cursadas no curso de Doutorado em Enfermagem, esse tema foi adquirindo contornos bem reais, e me instigando continuamente, pois os aspectos identificados nas práticas das (os) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) são aqueles relacionados aos conceitos relativos à produção do cuidado nos processos de ensino, aprendizagem e trabalho no âmbito das instituições de ensino e saúde respectivamente.

Isto posto busquei autores que pudessem embasar teoricamente essas inquietações, e possíveis respostas, principalmente no que tange às diversas abordagens teórica, metodológica e pedagógica, utilizadas no processo de formação profissional do enfermeiro, conferido pelo Estágio Curricular Supervisionado (ECS), bem como as diversas abordagens teóricas acerca da produção do cuidado, enquanto processo produtivo e relacional dos profissionais, nos cenários das unidades do sistema de saúde.

Como premissa, o Estágio Curricular Supervisionado do curso de Graduação em Enfermagem, na sua totalidade, se caracteriza pelo processo de trabalho, ensino

e aprendizagem, que se mistura nos cenários de práticas assistenciais e gerenciais, em unidades do sistema de saúde, com os processos de produção do cuidado a partir da ocorrência das práticas, formação profissional e cognição.

Como pressuposto, o processo de formação da (o) enfermeira (o) no que se refere à produção do cuidado, no desenvolvimento do ECS, em cenários das unidades de saúde, implica em se discutir o aprender/ensinar, num movimento dialético, onde os sujeitos dessas ações, se aproximam, interagem e (re)constroem um cabedal de conhecimentos, práticas, atitudes, valores que lhes capacitam para o atendimento das necessidades em saúde dos usuários, enfocando desde processos saudáveis, até os processos terapêuticos relativos à doença instalada.

Nessa perspectiva, estabeleço como tese deste estudo: A produção do cuidado, nos atos de saúde, apesar de estudado/aprendido teoricamente, nas muitas disciplinas do curso, tem propiciado às (aos) discentes, nestes momentos curriculares, aprendizagens mecânicas. As características de articular aprendizagem e trabalho, conferidas pelo ECS, proporcionam à (ao) aluna (o) a capacidade de re-significar não apenas essas aprendizagens anteriores, bem como potencializar novas formas de agir, produzir e gerenciar o cuidado bio-psico-social, através do contato dessas (es) discentes com os profissionais e usuários, em unidades de saúde, no desenvolvimento do ECS, em unidades de saúde.

Neste sentido, busquei investigar: De que modo se conforma a produção do cuidado, em cenários do sistema de saúde, no desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado, em um curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública do estado da Bahia, no período de 2009 a 2010, à luz das DCN/ENF?

Assim, ao buscar respostas à questão levantada, me permite, também, uma reflexão acerca da qualidade das contribuições do ECS à prática da produção do cuidado do curso estudado, e assim oferecer subsídios para que os cursos de Enfermagem possam fazer ajustes na formação dos seus alunos frente às necessidades dos usuários e detectar possíveis contradições no perfil pretendido, além de propor possíveis intervenções nas unidades do sistema de saúde que atuam como cenários de prática do Curso analisado.

A discussão acerca dessa relação dialética pode contribuir para a aquisição de conhecimento e competências inerentes à produção do cuidado realizado pela (o)

enfermeira (o) como forma de re-significar a sua formação e atuação sobre a prática do fazer e gerenciar desta (e) profissional, frente às mudanças sociais, históricas e econômicas exigidas pela sociedade contemporânea.

Do levantamento bibliográfico acerca da temática do ECS, a partir das DCN/ENF, identifiquei os estudos de Ribeiro (2003); Amantéa (2004); Ito (2005); Koeche (2006); Resck (2006); Rodrigues (2006) e Leonello (2007), que constataam a importância do ECS para a formação da (o) enfermeira (o), para o estabelecimento de competências e para a produção do cuidado, bem como a consolidação do processo de trabalho em saúde.

Pela escassez da literatura justifica a realização do presente estudo, e me coloca frente a um desafio que se estende para todos os atores envolvidos e compromissados com o ensino da Enfermagem.

Nessa perspectiva, para dar suporte teórico e metodológico ao estudo, busquei a teoria do Materialismo Histórico Dialético (MHD), com seu método Dialético, haja vista que essa abordagem teórica ajuda a analisar a prática social, entendendo-a em constante transformação, onde os atores e a estrutura social são capazes de modificá-la.

Desse modo, o desenvolvimento de um estudo analítico descritivo, com base nessa Teoria, envolve o processo de produção do cuidado, em cenários do sistema de saúde, desenvolvido no ECS foi visualizado em sua totalidade, inserido em uma realidade multifacetada contemplando a sua historicidade e as suas contradições.

Essa abordagem teórica e metodológica tem em Karl Marx, alemão, filósofo, economista, jornalista e militante político, que viveu em vários países da Europa no século XIX, de 1818 a 1883, o seu maior estudioso (KONDER, 1981, 1991).

Apesar de influenciado por Hegel, Marx diz ter invertido a teoria dialética deste. Isto porque, ao passo que Hegel, entre outros de sua época, postulava a crença no Absoluto (estado, idéias), e Marx veio a inverter essa ordem (chamando a si mesmo de um hegeliano às avessas) (MARX, 2005, 2006).

Assim, coloca a produção material de uma época histórica como a base da sociedade e, também, a criadora da subjetividade dessa época. Não é o conhecimento espiritual (racional) que muda a produção da existência e, conseqüentemente, a vida social, mas exatamente o contrário: com a atividade prática, a revolução (equiparação das forças produtivas com relação ao corpo

social), o corpo social transforma também a sua subjetividade (KONDER, 1991; MARX, 2005, 2006).

Os fenômenos de saúde, segundo o MHD, são analisados como resultado da organização social para a produção/consumo, pois dela dependem os seres humanos para suprirem suas necessidades vitais. Portanto, transformações no modo de produção e reprodução social de um determinado momento histórico geram igualmente transformações na saúde humana (PERNA; CHAVES, 2008).

Em seu artigo sobre a concepção de Marx sobre o MHD, Pires, D. (1997, p.85), reforça que:

Na busca de um caminho epistemológico, ou de um caminho que fundamentasse o conhecimento para a interpretação da realidade histórica e social que o desafiava, superou (no sentido de incorporar e ir além) as posições de Hegel no que dizia respeito à dialética e conferiu-lhe um caráter materialista e histórico. Para o pensamento marxista, importa descobrir as leis dos fenômenos de cuja investigação se ocupa; o que importa é captar, detalhadamente, as articulações dos problemas em estudo, analisar as evoluções, rastrear as conexões sobre os fenômenos que os envolvem.

Portanto, diante de todas as considerações apresentadas e das interrogações que permeiam a produção do cuidado, em cenários do sistema de saúde, como parte do desenvolvimento do ECS do curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública do estado da Bahia, no período de 2009 a 2010, busquei respostas e discussões, acerca da temática.

Para tanto, neste estudo, traço os seguintes objetivos:

#### Objetivo geral

Analisar o processo de produção do cuidado, em unidades do sistema de saúde, no desenvolvimento do ECS do Curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública, no estado da Bahia, no período de 2009 a 2010.

#### Objetivos específicos

- Caracterizar o ECS em sua articulação com a produção do cuidado desenvolvido pelos atores do Estágio Curricular Supervisionado em cenários das práticas em saúde, no contexto local;

- Apontar os desafios e possibilidades de superação encontradas na produção do cuidado no desenvolvimento do ECS, para a consolidação das práticas do enfermeiro.

Pretendo que o estudo possa contribuir com o processo de formação profissional integrado ao sistema de saúde, em consonância com os princípios das DCN/ENF, além de estimular o fomento de pesquisas sobre a formação profissional da Enfermagem, na Universidade pesquisada, assim como em outros cenários que tenham aproximação com a realidade estudada.

Assim, esta pesquisa encontra-se dividida em capítulos dispostos a seguir: Na introdução faço uma descrição sobre a relevância histórica e social da temática, justificativa e objetivos do estudo; No primeiro capítulo, intitulado revisão de literatura apresento a discussão acerca do processo histórico da Enfermagem, sua inserção no mundo e no contexto brasileiro; as bases legais do processo de formação do Enfermeiro e sua articulação com o Ensino Superior, além de trazer discussões sobre o Estágio Curricular Supervisionado de Graduação em Enfermagem, em suas bases legais e articulação com a produção do cuidado; no segundo capítulo, intitulado referencial teórico descrevo o Materialismo Histórico Dialético, como suporte teórico que embasou esta pesquisa.

No terceiro capítulo, apresento a metodologia, e destaco a caracterização da pesquisa, sujeitos participantes, contexto local, métodos e técnicas de coleta de dados, e a abordagem utilizada para a análise do presente estudo.

No quarto capítulo, analiso e discuto os resultados do estudo. E para finalizar apresento no quinto capítulo, as considerações finais. E finalmente, as referências que embasaram teoricamente este estudo.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

*“Nossos conhecimentos são apenas aproximação da plenitude da realidade, e por isso mesmo são apenas relativos; na medida, entretanto, em que representam efetivada realidade objetiva, que existe independente independentemente de nossa consciência, são sempre absolutos. O caráter ao mesmo tempo absoluto e relativo da consciência forma uma unidade dialética indivisível”.*

*(Lukács: 1967, p. 233).*

### 1.1 O PROCESSO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM

#### 1.1.1 A Enfermagem no Mundo

As respostas às questões que se propõem neste estudo, especificamente o desenvolvimento do ECS frente ao processo de cuidado necessita ser visualizado em sua totalidade, e só pode ser encontrado em dois espaços: no da prática, na qual se está inserido, na experiência cotidiana do trabalho realizado, e no da reflexão crítica sobre os problemas que essa prática apresenta como desafios, e que são frutos, do processo histórico de formação em Enfermagem.

Preconceitos, subordinação e dominação, são elementos que fizeram a história da luta das mulheres que construíram a profissão de Enfermagem não só no Brasil, mas em todas as partes do mundo. Portanto, necessário se faz historiar a Enfermagem, desde o seu surgimento até sua institucionalização enquanto profissão, as relações de poder e a divisão social do trabalho entre seus diferentes agentes, na tentativa de lançarmos luz sobre o assunto que estudaremos.

A literatura refere que no período antes de Cristo, o cuidado aos doentes e preparo de remédios, era desenvolvido por diferentes pessoas como: sacerdotes, feiticeiros e mulheres de modo geral. Esse cuidado era diferenciado de acordo com o poder aquisitivo dos doentes, fato que determinava, por via de consequência, a qualidade do agente que cuidava dos ricos e dos pobres (NIGHTINGALE, 1989; GIOVANINNI, 1995; ARAÚJO, M.C.F., 2003; LIMA, 2004).

Já na Idade Média, os cuidados aos doentes passaram para as mãos das religiosas, sendo o seu apogeu nos séculos XI e XII com a organização das Cruzadas, expedições militares a serviço da Igreja (MELO, 1986; ARAÚJO, M.C.F., 2003).

É importante ressaltar que o cuidado ao doente era predominantemente exercido por mulheres, vez que o ambiente de cura era o lar, e se misturava ao trabalho doméstico, pouco valorizado socialmente, refletindo desse modo o papel social da mulher, característico da época.

Considerando a concepção simplista desse período, que emprestava pouca complexidade a essa atividade de atendimento às necessidades físicas dos indivíduos fora do domicílio, era assim desenvolvida por pessoas com pouco conhecimento da doença, mas com alto grau caritativo e de abnegação, daí passar a ser atividade das religiosas (SILVA, 1986; ARAÚJO, M.C.F., 2003; LIMA, 2004).

Conforme relata Melo (1986), ao tempo em que, no século XIII, as ordens seculares desempenhavam essas atividades, o crescimento das cidades, transformaram as atividades médicas em práticas técnico - profissionais, combatidas até então pela Igreja.

Ainda segundo Melo (1986), no século XVI, chefiada por Lutero, deu-se a Reforma Protestante, movimento que separou a Igreja Católica Ocidental, e estabeleceu as igrejas nacionais em lugar da igreja universal e única, desencadeando o fechamento de hospitais e expulsão dos religiosos que aí atuavam, sendo necessário recrutar pessoas leigas para o cuidado dos doentes. O trabalho era pesado, a remuneração escassa e a conduta moral duvidosa. Tal período ficou conhecido como o período negro da enfermagem (SILVA, 1986; ARAÚJO, M.C.F., 2003; LIMA, 2004).

Nesse mesmo período, por parte da Santa Inquisição, as atividades de cura, exercidas pela mulher, transformavam-se em delito, marcando o período histórico denominado de "Caça as Bruxas". Essas mulheres, quase sempre idosas, viviam sozinhas, afastadas do grupo social, dominavam a arte da cura através das suas poções milagrosas, explicitando assim, mais uma vez, uma sociedade marcada pela hegemonia masculina sobre o sexo feminino e, mantendo até hoje o estigma de superstição contra as curandeiras (SILVA, 1986; ARAÚJO, M.C.F., 2003; LIMA, 2003).

Diversas transformações econômicas e políticas ocorreram entre os séculos XVI e XVII, porém, o caráter da assistência prestada voltava-se mais para os objetivos caritativos, de assistência espiritual e salvação da alma, do que para os males do corpo. As instituições hospitalares da Idade Média, no mundo ocidental, tinham essa função como aponta Foucault (1979, p.101-2):

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres (...). O pobre como pobre tem a necessidade de assistência; como doente portador de doença e possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que encarna. (...). Tinha função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população

Para tanto, as organizações hospitalares religiosas designavam de *matron*, o elemento feminino que dirigia o serviço de enfermagem, e de *sister*, as mulheres encarregadas do serviço manual, instituindo-se assim a divisão social do trabalho da enfermagem, entre o agente que coordenava e o agente que executava (PAIXÃO, 1979; MELO, 1986; ARAÚJO, M.C.F., 2003).

Não se pode deixar de considerar que, essa divisão entre trabalho intelectual/ trabalho manual, reflete não só as relações políticas e ideológicas, mas também as relações de saber/ poder, presentes no mundo capitalista até os nossos dias (PAIXÃO, 1979; ARAÚJO, M.C.F., 2003).

Essas relações se consolidaram a partir do capitalismo na Inglaterra do século XIX, através do movimento denominado de Revolução Industrial, iniciada na metade do século XVIII, desencadeando durante todo esse período a acumulação de capital, a liberação de mão-de-obra, o aperfeiçoamento de técnicas e ampliação de mercado. (MELO, 1986).

Todo esse movimento econômico que alterou hábitos e costumes, e concentrou pessoas em áreas e locais insalubres, gerou desarticulação nas estruturas sociais e, como não poderia deixar de ser, levou à ocorrência de epidemias tais como: tifo, escarlatina e tuberculose que assolou as populações assalariadas, com baixo nível de cuidados de higiene, sendo necessário assim, além dos serviços médicos, o serviço de enfermagem, que atuava no exercício das atividades anti-sépticas e nutricionais (MELO, 1986).

Ainda segundo a autora, foi nesse quadro que Florence Nightingale, em 1854, recebeu o convite do governo inglês, através do seu amigo o Ministro da Guerra, Herbert Sidney, para trabalhar nos hospitais militares durante a Guerra da Criméia, cuja experiência serviria de base para as concepções científicas. Posteriormente, instituiria o ensino da Enfermagem, baseado no campo específico do saber e das ações de saúde.

Apesar da sua origem aristocrática, Florence venceu a resistência familiar e embarcou levando trinta e oito mulheres, previamente selecionadas por ela, para atuarem nos cuidados aos feridos nos hospitais militares. Sua atuação principal era de caráter administrativo, conseguindo nesse período a redução da mortalidade entre os soldados (MELO, 1986; ARAÚJO, M.C.F., 2003).

Após o seu retorno, desenvolveu diversas atividades entre as quais a criação da Escola Nightingale, no St. Thomas' Hospital, cuja finalidade era a de preparar enfermeiras para o serviço hospitalar, visitas domiciliares e para o ensino de enfermagem (MELO, 1986; ARAÚJO, M.C.F., 2003).

Para tanto, dividiu o trabalho da enfermagem em duas categorias: a *lady - nurse* e a *nurse*. As primeiras, de classe social mais elevada, eram preparadas para o ensino e supervisão de pessoal, realizando, portanto, as atividades ditas "intelectuais". As *nurses moravam* e trabalhavam no hospital durante todo o curso e recebiam salário. Eram de classe social "inferior" e realizavam as tarefas ditas "manuais", ou seja, prestavam cuidados diretos aos pacientes sob a supervisão das *ladies - nurses*. Instalou-se, portanto, a divisão social do trabalho da enfermagem ao modo capitalista (MELO, 1986; PIRES, 1989; ARAÚJO, M.C.F., 2003; LIMA, 2003).

O modelo Nightingale não ficou restrito à Inglaterra e alcançou outros países, entre eles os Estados Unidos, entre os anos de 1873 a 1875. Esse fato foi significativo para a enfermagem brasileira, porque foram as enfermeiras americanas que vieram para o Brasil, com o objetivo de fundar a primeira escola de enfermagem com base nos princípios curriculares, históricos e sociais, que ainda marcam a historicidade da enfermagem enquanto profissão (MELO, 1986; PIRES, D., 1989; ARAÚJO, M.C.F., 2003; LIMA, 2004).

Tais princípios acerca do modelo nightingaliano são referidos por Lima (2004, p. 77):

O sistema Nightingale não ficou restrito à Inglaterra, quando se observa que as escolas norte-americanas se organizaram para atender a este momento, e estruturam seus currículos de modo a contemplar a CIÊNCIA de enfermagem baseada nas ciências biológicas, físicas, sociais e domésticas; as TÉCNICAS E HABILIDADES ESPECIALIZADAS que abrangiam as dimensões manuais, intelectuais, sociais e administrativas e os IDEAIS, que diziam respeito às atitudes e padrão de conduta que correspondia à profissão ÉTICA DE ENFERMAGEM e ao ESPÍRITO de ENFERMAGEM.

Diante do exposto, no final do século XIX, e início do século XX, o saber de enfermagem estava centrado na capacidade de desempenhar tarefas e realizar procedimentos, e que ficou conhecido como a ARTE DA ENFERMAGEM (ALMEIDA; ROCHA, 1989; LIMA, 2003).

Ainda segundo Almeida; Rocha (1989), o saber não é uma entidade abstrata, neutra e desvinculada da prática. Ele é histórico, e por tratar-se de uma dimensão da prática, ele vai se compondo e se organizando pelo comando da prática.

Nesses contextos, a produção do cuidado se inicia e se finda numa construção dialética na sua totalidade, contradições e devir de uma dada realidade concreta e observada, através do processo educativo e de trabalho, que na perspectiva do objeto deste estudo é conferido pelo ECS, frente à produção do cuidado em saúde, e que se dá a partir dessas práticas. Para tanto, ao buscar pensar e questionar essa forma de cuidar, estabeleço algumas vertentes para a análise.

A primeira vertente, a que me refiro é a idéia de evolução histórica, social e econômica da produção desse cuidado, os agentes e instituições que o produzem; A segunda é a idéia de produção em que se apóia o sujeito-agente da história. O ser histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou idéias para o progresso da vida humana, que se desencadeia nos processos relacionais, competências e habilidades.

Essa forma de questionar a realidade gera contradições entre as diversas práticas de produção do cuidado. Sustentamos essas considerações em autores como Schraiber (1997), ao referir que as práticas de saúde vêm enfrentando, já há alguns anos, uma sensível crise de legitimação apesar de que ao mesmo tempo em que experimentam notável desenvolvimento científico e tecnológico.

Ao considerar a polissemia de expressões que têm pautado o processo de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, e para que não percamos o foco do estudo, tomamos alguns autores como referência, através de pesquisas acerca dessa historicidade, como os já citados estudos de Czeresnia & Freitas (2003) e Deslandes (2004). Além desses, acrescentamos as discussões desenvolvidas e organizadas por Pinheiro e Mattos (2001; 2005), acerca da integralidade nas práticas de saúde.

No que tange especificamente acerca da produção dos cuidados à saúde pela equipe de Enfermagem, a mesma é desenvolvida por diferentes categorias, considerando-se a fragmentação do trabalho em etapas e por nível de formação.

Nessa distribuição de categorias, é conferido à (ao) enfermeiro, profissional com nível universitário, a coordenação e atividades técnicas e científicas que exijam conhecimentos e capacidade de tomada de decisões imediatas. Às demais categorias (técnico, auxiliar e parteiro), com nível médio, atuam sob a supervisão do enfermeiro, desenvolvendo ações de assistência ao indivíduo, família e comunidade, desde que não confirmem riscos à saúde dos usuários (BRASIL, 1986.)

Isto posto, essa distribuição deixa clara a divisão social do trabalho da Enfermagem, que teve suas raízes, segundo Almeida e Rocha (1989:70):

Na formalização do treinamento dos agentes de enfermagem, no século XIX, na Inglaterra, quando o hospital passa a ter o objetivo de cura dos pacientes e os médicos passam a ocupar aí o espaço e a ter lugar privilegiado na estrutura do poder hospitalar.

Portanto, a profissionalização da Enfermagem, decorreu de um processo histórico, que veio do seu surgimento enquanto profissão, sua estratificação em categorias (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), das relações de saber/poder desencadeadas a partir da estratificação e da dicotomia entre trabalho intelectual/ trabalho manual.

Essas considerações históricas e sócias da formação do enfermeiro no mundo me impulsionaram a revisitar o processo de construção social da Enfermagem no Brasil, pois é a partir dela que busco contextualizar a importância do desenvolvimento do ECS em Enfermagem em sua articulação no processo de produção do cuidar, em cenários dos serviços do sistema de saúde, e que se constituem locais de práticas das profissões de saúde, e especificamente da Enfermagem.

### 1.1.2 A Enfermagem no Contexto Brasileiro

Nosso recuo no tempo se justificou pelo desejo de mostrar a maneira pela qual as enfermeiras brasileiras articularam-se com questões tais como: trabalhar fora do lar, cuidar do corpo do outro, independente do sexo e classe social, promovendo o nascimento de uma profissão predominantemente feminina, com papéis e funções definidas e, estruturada sob um modelo nighteliano, onde interesses políticos sempre estiveram demarcando os limites dessa profissão, conforme verificado na contribuição de Carvalho & Leite (1996, p. 21):

No período de 1889 a 1930, houve um aumento do comércio exterior, modernização cultural e urbanização, originando as medidas interventoras do estado quanto à questão da saúde. Essas medidas foram estabelecidas não para atender às necessidades da população, mas sim aos interesses do sistema político-econômico e capitalista que começava a se definir claramente.

No Brasil, a primeira tentativa de sistematização do ensino de Enfermagem ocorreu em 1890, quando da criação, na cidade do Rio de Janeiro, da Escola Profissional de Enfermeiros, no Hospício Nacional de Alienados, com a finalidade de preparar enfermeiros para os hospícios e hospitais civis e militares, sem, contudo, adotar a concepção de enfermagem moderna (FERNANDES, J.D., 1982, 1988; GERMANO, 1985; CARVALHO & LEITE, 1996; ARAÚJO, 2003; ITO, 2005).

Essa Escola tinha como objetivo o preparo teórico e prático de enfermeiras, e se desenvolveu, inicialmente, num período de dois anos e quatro meses, sendo, posteriormente, estendido para um prazo maior a fim de que pudesse incluir os conteúdos gerais e especializados.

Foi no final do século XIX e início do século XX que surgiu a Enfermagem Brasileira, como profissão organizada sob parâmetros próprios, sistematizando e produzindo os conhecimentos que subsidiaram sua prática através da criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, conforme o Decreto nº 79, de 27 de setembro de 1890, do Governo Provisório, da Segunda República. (BRASIL, 1890; CARVALHO & LEITE, 1996).

Segundo Germano (1985:34), “é importante ressaltar que a sociedade brasileira do início do século XX, tinha como sustentáculo, tanto no plano político

quanto no econômico, o setor agrário exportador cafeeiro”. Desse modo, a exportação do café interferiu no setor saúde, e fez com que o governo iniciasse medidas de controle de doenças e saneamento dos portos, exigido pelos países que comercializavam produtos com o Brasil.

Nos anos de 1920, o movimento sanitário que defendia um modelo de atenção á saúde formado por uma Rede Local Permanente de unidades de saúde começou a ganhar corpo. Os propositores deste projeto, que tomava como referência as ações da Fundação Rockefeller e a experiência americana, defendiam a necessidade de modificar os princípios da saúde pública brasileira na medida em que propunha uma administração dos serviços de saúde pública fundamentada cientificamente, colocando a educação sanitária como instrumento básico das práticas médicas-sanitárias (MERHY, 1992; RIZZOTTO, 2011).

Foi neste contexto que surgiu o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que passou a atuar nas áreas de saneamento urbano, rural, higiene industrial e dos serviços de higiene materna infantil. O DNSP, através do seu diretor, o médico Carlos Chagas, solicitou ao Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, a cooperação e organização de um serviço de enfermeiras de saúde pública que pudesse auxiliar nas diversas atividades do referido órgão. (PAIXÃO, 1979; GERMANO, 1985; CARVALHO & LEITE, 1996).

Fundada em 1923, a Escola de Enfermagem Ana Néri, no Rio de Janeiro, inaugurou a Enfermagem moderna no Brasil. Foi a primeira escola de fato, no Brasil, a ministrar o ensino sistematizado de Enfermagem a cargo de enfermeiras (os), mas sobretudo por ter sido considerada escola oficial padrão para todo o país, conforme Decreto nº 20.109/31, da Presidência da República (GERMANO, 1985).

O currículo da referida Escola, privilegiava as disciplinas de caráter preventivo. Esse currículo foi reformulado conforme Decreto nº 27.426, de 14 de novembro de 1949, da Presidência da República, após a promulgação da Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949, do Governo Federal que dispunha sobre o ensino de Enfermagem no país, e determinava que, por um período de sete anos, as escolas poderiam continuar recebendo candidatos portadores de curso ginasial ou equivalente (BRASIL, 1949; GERMANO, 1985).

Não posso deixar de considerar a importância da contribuição da Escola Ana Néri ao ensino de Enfermagem, como a pioneira das escolas de Enfermagem do Brasil.

Expirado esse prazo, o currículo foi modificado pela Lei nº 2.995/56, que prorrogou por mais cinco anos, a permissão de candidatos com apenas o curso ginásial, extinguindo-se essa permissão, em 1961, quando as escolas passaram a exigir curso secundário completo ou equivalente (GERMANO, 1985).

Continuando o percurso histórico, a sociedade brasileira, dos anos 30, assistiu à implantação da industrialização, substituindo o modelo agrário exportador, vigente na época. Ainda nessa década, em 1930, as atividades de saúde passaram do âmbito do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, para o recém criado Ministério da Saúde.

Segundo CARVALHO & LEITE (1996, p. 34):

Ao longo dessa década, a estatização das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), foi estendida a outras categorias profissionais com a criação de novos institutos de Seguridade Social, favorecendo às camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridos, com sindicatos e mais fundamentais para a economia agro-exportador vigente.

Da análise feita, é importante considerar que no período do Estado Novo, só eram cidadãos legítimos aqueles que possuíssem profissão e sindicatos regulamentados, e o direito à saúde era dado àqueles que através do seu sindicato, promovessem o atendimento médico. “Os ‘marginais’ do sistema produtivo, aqueles que não tivessem profissões regulamentadas e sindicalizadas, ou que não tivessem carteira de trabalho, eram ‘assistidos’ pelos postos e centros de saúde” (CARVALHO & LEITE, 1996, p. 34).

A partir da década de 40 foram reformuladas e ampliadas diversas organizações e, o Governo Federal, concentrou na área do Ministério da Educação e Saúde os esforços no combate às epidemias rurais, proteção à maternidade e à infância (GERMANO, 1985; ARAÚJO, 2003).

Ocorreu então a expansão da saúde pública, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), decorrente de um acordo entre os Estados Unidos e Brasil, cujo objetivo era prestar assistência aos trabalhadores na extração da borracha, material bastante utilizado durante a II Grande Guerra, bem como nas

áreas de mineração, ambas, consideradas econômica e militarmente estratégicas (GERMANO, 1985; ARAÚJO, 2003).

A atenção hospitalar também se consolidou com a criação do Hospital de Clínicas, em São Paulo, que além da boa qualidade da assistência, tinha como objetivo melhorar a qualidade do ensino e pesquisa, originando um novo campo de atuação para a enfermagem. Esse serviço passou a ser desenvolvido por enfermeiras diplomadas que, em consequência das novas tecnologias, exigia pessoal auxiliar treinado para o cuidado dos pacientes (ARAÚJO, 2003).

Com relação à regulamentação do ensino de Enfermagem, foi a Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949, e o Decreto nº 27.426, de 14 de novembro de 1949, que oficializou os cursos para enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Estabeleceu como pré-requisito a conclusão do curso colegial, com período de quatro anos de formação para enfermeiros, e dezoito meses para os auxiliares de enfermagem (BRASIL, 1949; ALVES, 1987).

O processo de trabalho da enfermagem foi norteado pela divisão social e técnica do trabalho, com características de parcelamento de sua prática em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes. Ao enfermeiro, com nível universitário, cabia o lugar no ápice da pirâmide hierárquica, com os técnicos de enfermagem logo abaixo e os auxiliares de enfermagem ocupando a última posição, anteriormente ocupada pelo atendente de enfermagem, função já extinta dos nossos quadros na atualidade, após a atualização da lei do exercício profissional para enfermagem, que colocou a meta de dez anos para que a qualificação deste profissional fosse realizada (BRASIL, 1986, 1987; ARAÚJO, 2003).

As mudanças no modo capitalista decorrente da II Guerra Mundial promoveram alteração do objeto da Enfermagem, que historicamente passou do cuidado para com o ambiente, para as técnicas e, posteriormente para a gerência do cuidado. Esse fato conferiu uma nova forma de operar o cuidado de modo indireto ao usuário, e fez com que a Enfermagem experimentasse um processo de marginalização, atribuída ao seu distanciamento do paciente, visto como objeto da saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Essa mudança na lógica de conformação na produção do cuidado reforçou a cisão entre concepção e execução, anteriormente mencionada, e impôs uma condição de alienação do processo de trabalho aliada à grave crise de identidade

vivida, uma vez que não se podiam diferenciar as funções desenvolvidas pelos agentes, haja vista que todos realizavam todas as atividades e não se conseguia definir ao certo o que era complexo no cuidado ao paciente (ALMEIDA, 1997).

As tarefas administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro eram, em sua maioria burocrática, e não de elaboração do plano de cuidados, o que demonstra, também, um desvirtuamento de suas funções.

Há que lembrar que nesse período a (o) enfermeira (o) se localiza como um gerente intermediário entre os profissionais de Enfermagem e os proprietários das instituições que, ideologicamente, defendiam a propriedade privada, pois eram empresários, empregadores e diretores. Há que se discutir a enfermagem não sob o aspecto do esforço individual, mas sim em sua estreita relação com o desenvolvimento das forças produtivas existentes na sociedade (MELO, 1986; LIMA, 2003).

A década de 50 começou com o fortalecimento da política previdenciária, baseada na doutrina do bem estar social, e deu origem aos sindicatos, que passaram a requerer para os seus associados, o modelo de atenção médica individual centrada no serviço de saúde hospitalar (GERMANO, 1985).

Esse novo modelo exigiu a presença de profissionais melhor qualificados, e aos poucos, as enfermeiras passaram a ser admitidas para a chefia de unidades de saúde e treinamento de pessoal auxiliar, caracterizando mais uma vez, a divisão técnica e social de trabalho dos diversos agentes da enfermagem.

Porém, só em 1955, foi definida uma nova regulamentação do exercício da Enfermagem, através da Lei nº 2.604/55, disposta em diversas categorias: enfermeiros diplomados, auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos (que agregaram: as leigas experientes pela prática, as religiosas e aquelas que obtiveram certificado de habilitação com a realização de exame). Entretanto não ficou esclarecido o conceito de níveis de complexidade do cuidado que permitissem a discriminação de atribuições entre os diferentes agentes da profissão (BRASIL, 1955; GERMANO, 1985; MENDES, 1998).

Considerando o desconhecimento da força de trabalho da Enfermagem, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), realizou entre 1957 e 1958, o Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil e, entre outros fatores, verificou que: o contingente feminino era predominante; o maior

número de profissionais de enfermagem estava representado por trabalhadores não qualificados; apenas 38,4% dos hospitais tinham serviço de enfermagem organizado, sendo que, a direção da maioria destas instituições era exercida por médicos, atendentes ou práticos de enfermagem (ALVES, 1987).

Em 1961, a Lei nº 4.024, de 20/12/61, fixou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Através dessa Lei, os currículos foram redefinidos. Na área da enfermagem, o Currículo Mínimo para os cursos de Graduação passou a ser fixado através do Parecer nº 271, de 19 de outubro de 1962, que estabeleceu um curso geral e duas alternativas para especialização precoce (BRASIL, 1962)

Nessa reformulação, ocorreu a exclusão de algumas disciplinas do tronco profissional comum do curso de Graduação, tais como a Enfermagem de Saúde Pública e Ciências Sociais. A disciplina de Enfermagem de Saúde Pública deixou de ser uma disciplina obrigatória e passou a ser uma especialização de caráter optativo (BRASIL, 1962).

Percebe-se a influência da Política de Saúde Brasileira, que incentivava a construção de hospitais para o atendimento de determinados grupos da classe brasileira.

A ênfase passou a ser dada ao ensino das ciências físicas e biológicas, mantendo-se o enfoque na visão do homem como ser biológico, mascarando-se o aspecto social da saúde. A concepção do social foi diluída em função da concepção exclusiva do biológico e o ensino girava em torno do atendimento ao doente hospitalizado, tendo como marco de referência o predomínio das medidas curativas em saúde (FERNANDES, J.D., 1982, 1988).

Em 1968, período de o governo militar, a Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, fixou as normas de organização e funcionamento do Ensino Superior e sua articulação com a escola média. Através dessa Lei, implantou-se uma política educacional que se automeou Reforma Universitária (BRASIL, 1968; FERNANDES, J.D., 1982, 1988).

Com essa Lei, o então Conselho Federal de Educação (CFE) passou a exigir a revisão dos currículos mínimos dos cursos superiores, a fim de que os mesmos se adequassem aos planos de desenvolvimento do país que naquele momento estavam incorporados ao crescimento industrial (BRASIL, 1968).

Como integrante do aparelho universitário, 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 (BRASIL, 1968).

Assim, emergiu um novo currículo para os cursos de Graduação em Enfermagem, normatizado através do Parecer nº 163, de 27 de janeiro de 1972, da Comissão Central de Revisão de Currículos, e aprovado pela Resolução nº 4, de 25 de fevereiro do mesmo ano, do Conselho Federal de Educação (BRASIL, 1972; FERNANDES, J.D., 1982, 1988).

A partir da metade da década de 1970, entre 1974-1975, ocorreu o fim do período de expansão econômica do governo militar, fim do período denominado Milagre Econômico, se inicia a abertura política lenta e gradual, ao final da década de 80 (MENDES, 1993; GUEDES; NASCIMENTO, 2003).

As décadas de 70 e 80 foram marcadas por profundas transformações políticas e econômicas. Em meio a essas, e em virtude do avanço tecnológico e exigências das diversas áreas de atuação profissional, surgiu a necessidade da construção de novas concepções e percepções no cenário da saúde vigente (GIOVANINI, 1995; CARVALHO & LEITE, 1996; SCHERER; SCHERER, E.; CARVALHO, 2006)

O marco conceitual do ensino de Enfermagem centrou-se, então, na formação do enfermeiro para as necessidades do mercado de trabalho com ênfase na técnica, na eficiência e na eficácia dos procedimentos (SENA, *et al.*, 2001; SCHERER; SCHERER, E.; CARVALHO, 2006).

Na década de 80, em meio às discussões da Reforma Sanitária, intensificaram-se mudanças no processo de formação profissional da (o) enfermeira (o). Em 1994, o Ministério da Educação, através da Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994, em atenção às expectativas políticas da saúde voltadas para a atenção primária, propôs a mudança do currículo mínimo de Enfermagem, que enfatizou a formação de um profissional generalista, ou seja, com visão holística para atuar nas áreas de assistência, gerência, ensino e pesquisa (CHIRELLI, 2002; GODOY, 2002).

Essa formação implicava na competência técnico-científica e política decorrente de uma reflexão crítica acerca do homem na sociedade, do processo

saúde-doença, a partir de abordagem multidisciplinar e no saber próprio da enfermagem, com ênfase nos aspectos administrativos desenvolvidos nos serviços de saúde (SENA, *et al.*, 2001; SCHERER; SCHERER, E.; CARVALHO, 2006).

No final do século XX, o campo da educação na área da saúde esteve marcado por uma visão transformadora com base em teorias críticas, na concepção construtivista, na problematização das práticas e dos saberes, opondo-se às posições conservadoras, sustentadas por convicções positivistas, biologicistas, centradas no professor e na transmissão do conhecimento em detrimento da qualidade do processo de aprendizagem (SENA, *et al.*, 2001).

Na fase histórica das décadas de 1980 e 1990, se desenvolveram os movimentos da Reforma Sanitária, da evolução tecnológica e as transformações causadas pela globalização que determinaram novos paradigmas nas áreas da Saúde e da Educação, e conseqüentemente ocorreu um avanço nas pesquisas no campo da Enfermagem (RESCK, 2006).

Estudo realizado por Garrafa (1993), na década de 1990, assinalou a liberação para o mercado de trabalho de enfermeiras (os) que, em sua maioria, desconheciam ou não se interessavam pelo que significa Reforma Sanitária, SUS, universalidade, equidade, integralidade, e deixou claro que a formação, nesse processo, podia e devia ser repensada e implementada, e assim possibilitou a compreensão da atuação desse profissional no contexto em que estava inserido (RESCK, 2006).

O estudo de Garrafa (1993) assinalou ainda propostas que pudessem atender às exigências legais e históricas para que o enfermeiro pudesse atuar nos modelos assistenciais e gerenciais. Atualmente, coexiste tanto o modelo hegemônico, curativo, como o contra hegemônico, o modelo da assistência integral, que conformam o processo de trabalho em saúde e os processos de trabalho em Enfermagem (RESCK, 2006).

Algumas produções científicas, como as realizadas por Trevizan (1988); Almeida e Rocha (1989); Deienno (1993); Lunardi, Lunardi Filho e Borba (1994); Bocchi e Fávero (1996) e Mendes (1998), faziam referência ao espaço de atuação gerencial do enfermeiro, aos conflitos e às inquietações vivenciadas no cotidiano profissional, revelando a atuação administrativa do enfermeiro, permeada por atividades burocráticas.

Ainda é evidente que permanece a necessidade de realizar essas transformações também no ensino, uma vez que o movimento de consolidação do SUS apresenta como desafio a “adequação” dos trabalhadores de saúde aos seus princípios e diretrizes, e estabelece instrumentos como a gerência de serviços para a reorganização do processo de trabalho em saúde e da gestão (FERRAZ; RIBAS GOMES; MISHIMA, 2004).

É importante que se busque na formação da (o) enfermeira (o), um profissional crítico e competente para transformar a realidade, em consonância com as Políticas de Saúde e de Educação, e atendimento às propostas curriculares atuais, como as estabelecidas pela DCNENF, a partir de 2001, que em linhas gerais estabeleceram que, além dos aspectos referidos, a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e atenção integral à saúde (CECCIM & FEUERWEKER, 2004a; ITO, 2005; ITO; TAKAHASHI, 2006).

Nessa perspectiva, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde no Brasil, da Medicina e da Enfermagem, a partir de 2000, atentaram para os aspectos relativos ao desenvolvimento humano: integralidade da assistência, senso de responsabilidade social, compromisso com a cidadania e promoção da saúde integral do ser humano, e também destacaram a regionalização do sistema de saúde e sua inclusividade social (BRASIL, 2001a; CECCIM, PINTO, 2007).

Esses aspectos provocaram inovações e mudanças na educação nacional, onde ficou prevista uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso.

Nessa construção histórica, as DCN/ENF e a construção do Projeto Pedagógico das Instituições de Ensino Superior (IES) assumiram projeção nacional, e mobilizaram a ABEn a editar, em 2003 e 2004, volumes exclusivos, com produções científicas sob esses enfoques (ABEn 2003; 2004; BRASIL, 2001a).

Esses estudos têm ajudado o conhecimento da realidade permitindo que se avance da posição de saber como é essa realidade para a de intervenção, cada um em seu espaço de origem, em busca de uma práxis que possibilite ao aluno desenvolver competências esperadas para atuar nos paradigmas gerenciais e

assistenciais, segundo as exigências do perfil profissional do século XXI, buscando a transformação social e o exercício da cidadania.

Essa relação dialética da práxis é mediatizada face às demandas determinadas pelas Políticas de Saúde, Educação e Ensino da Enfermagem no Estágio Curricular Supervisionado onde se opera a produção do cuidado, objeto deste estudo, através das práticas profissionais nas unidades do sistema de saúde.

Nesse sentido, os cenários que correspondem às instituições conveniadas, onde são desenvolvidas as práticas e o ECS, constituem espaços e momentos intercessores entre os sujeitos, o aluno, o docente e o enfermeiro de serviço, que estão envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, e que também colocam o usuário na conformação de valores e políticas de saúde transformadora sobre a sua qualidade de vida, ou seja, as necessidades de saúde individual e coletiva das sociedades.

Na atualidade, não se pode desconsiderar que as escolas têm que buscar através de seus currículos, ou qualquer mudança que nele fizerem o atendimento às necessidades contemporâneas de saúde da população à luz de uma reflexão crítica sobre a sua repercussão na prática profissional.

Dessa forma, é esperado que os centros formadores assumam, de forma articulada ao mundo do trabalho, sua responsabilidade na formação de recursos humanos necessários à viabilização e consolidação do SUS, que visa a universalidade, descentralização e equidade no acesso aos serviços de saúde, e a abordagem integral da pessoa inserida na família e na sociedade (SAUPE; ALVES, 2000; CHIRELLI, 2002).

Assim, a formação da (o) enfermeira (o) deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento, além do atendimento às demandas locais e regionais.

Mergulhada nesse cenário de insatisfação, decepção e críticas ao modelo de ensino tradicional, a Enfermagem passou a discutir a reformulação curricular e suas práticas pedagógicas.

Apesar das iniciativas de discussão e construção do Projeto Pedagógico (PP) para a Enfermagem virem ocorrendo há mais de duas décadas, ainda hoje, enfrentam políticas econômicas, de ensino e de saúde nem sempre favoráveis aos

processos de transformação nos serviços de saúde e na enfermagem (SAUPE; ALVES, 2000).

Sob a ótica dessa análise histórica da Enfermagem, como profissão no mundo e no Brasil, apresento algumas considerações acerca das bases legais da construção dos currículos de Enfermagem, a partir da década de 70 até o presente momento, enfocando a criação e regulamentação da Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, e especificamente, os conceitos históricos e os aspectos legais que regulamentam o Estágio Curricular Supervisionado no curso de Graduação em Enfermagem, no cenário nacional.

## 1.2 BASES LEGAIS DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E SUA ARTICULAÇÃO COM A EDUCAÇÃO SUPERIOR

### 1.2.1 Construção Histórica dos Currículos de Graduação em Enfermagem

A compreensão do Estágio Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, na perspectiva da sua construção histórico-social e complexidade do processo de formação perpassam pela adoção de pressupostos da realidade da Educação em Enfermagem, sua trajetória histórica, social, econômica.

Esses pressupostos embasam o entendimento de que as complexas experiências vivenciadas no contexto histórico, pelos múltiplos sujeitos, durante o processo de formação da (o) enfermeira (o) afetam, de forma significativa, seus sistemas de pensamentos, sentimentos e valores que, por sua vez, influenciam no processo formativo, e, conseqüentemente, interferem na produção do cuidado nas diversas unidades do sistema de saúde, onde operam as práticas desses sujeitos.

Nesse entendimento, foi adotada como ponto de partida, uma retomada histórica do desenvolvimento do processo de formação do enfermeiro tomando-se como base a legislação educacional vigente no sistema de ensino superior da Enfermagem, a partir da década de 70, historicamente importante para as bases do Ensino Superior no Brasil, período de consolidação da Reforma Universitária no país.

Entretanto, numa perspectiva dialética, histórica e conceitual, não se pode iniciar qualquer discussão acerca das reformas educacionais, sem antes discorrer

sobre o conceito de currículo e sua importância para a escola, no sentido formal e em seu significado social.

A teorização educacional crítica, há muito tempo, consolidou a idéia de que o currículo não envolve apenas questões técnicas, relativas a conteúdos de ensino, procedimentos didáticos e métodos e técnicas pedagógicas, tal como ele era concebido pelas pedagogias tecnicistas dos anos 70 ou 80. Nesse período a ênfase dada ao currículo era de que o mesmo é um artefato social e cultural que precisa ser compreendido e discutido considerando-se as suas determinações históricas, sociais e linguísticas (MEYER; KRUSE, 2002).

No Brasil, estudiosos como Tomaz Tadeu da Silva e Antônio Flávio Moreira tem publicado muitos trabalhos nos quais desenvolvem a perspectiva de que o currículo não é um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social disponível (MEYER; KRUSE, 2002).

Moreira & Silva (1994, p. 8), enfatizam que o:

Currículo está implicado em relações de poder, [que le] transmite visões sociais particulares e interessadas e desta forma está envolvido com a produção de identidades individuais e sociais particulares. Sendo assim o currículo, qualquer que seja ele, têm uma história que o vincula as formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação.

No currículo confrontam-se diferentes culturas e linguagens, docentes, discentes e administradores freqüentemente divergem em relação às aprendizagens e práticas que devem ser escolhidas e valorizadas.

A Nova Sociologia da Educação, desde as suas origens na década de 70, na Inglaterra, vem apontando para a importância de se discutir os processos que envolvem a produção, seleção, distribuição, ensino/aprendizagem e avaliação do conhecimento escolar e a sua relação com o controle e a dominação sociais (MEYER; KRUSE, 2002).

No que tange à construção dos currículos em nível superior da Enfermagem, optei por realizar um recorte histórico, a partir dos anos 70, pois é em 1968, que se implantou a política educacional denominada de Reforma Universitária. A partir dessas mudanças, o então Conselho Federal de Educação passou a exigir a revisão dos currículos mínimos dos cursos superiores, a fim de que os mesmos se adequassem aos planos de desenvolvimento do país que naquele momento estavam incorporados ao crescimento industrial (FERNANDES, J.D., 1982, 1988).

Como integrante do aparelho universitário, o ensino de enfermagem seguiu as determinações da Reforma Universitária (Lei nº 5.540/68), que, em síntese, estavam dirigidas para a formação de maior número de profissionais e para a reestruturação de um novo currículo mínimo. Assim, emergiu um novo currículo para os cursos de graduação em enfermagem, normatizado através do Parecer nº 163, de 27 de janeiro de 1972, da Comissão Central de Revisão de Currículos e aprovado pela Resolução nº 4, de 25 de fevereiro do mesmo ano, do, então, Conselho Federal de Educação (BRASIL, 1968; FERNANDES, J.D., 1982, 1988).

Esse novo currículo passou a ser constituído de três partes: pré-profissional, tronco profissional comum e habilitações. O pré-profissional incluía conhecimentos de biologia, ciências morfológicas, ciências fisiológicas, patologia, ciências do comportamento e introdução à saúde pública. O tronco profissional comum incluía: introdução à enfermagem, enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem materno-infantil, enfermagem psiquiátrica, enfermagem em doenças transmissíveis, exercício da enfermagem, didática aplicada à enfermagem e administração aplicada à enfermagem. As habilitações, por opção das alunas, abrangiam a enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem obstétrica e enfermagem de saúde pública (BRASIL, 1972).

O novo currículo atendeu, em parte, às pressões das profissionais de enfermagem, pois apesar de possibilitar o aumento da duração do curso e de incluir o ensino das ciências sociais, ele não trouxe grandes transformações. Permaneceu com uma densa carga horária concentrada nas disciplinas da assistência curativa, assim como manteve a exclusão da enfermagem em saúde pública do tronco profissional comum, permanecendo, em essência, a ênfase nos aspectos curativos e, portanto, a diluição da concepção do social em função da concepção predominante do biológico (FERNANDES, J.D. 1982, 1988).

A partir de então, a Associação Brasileira de Enfermagem desencadeou um amplo debate por meio dos Seminários Nacionais e Regionais sobre “Perfil e Competência de Enfermeiros” e “Proposta de Currículos Mínimos de Enfermagem”, e mobilizou docentes, discentes e profissionais dos serviços de saúde, que objetivou a construção coletiva de um projeto educacional para a enfermagem brasileira (FERNANDES, J.D., 1982, 1988).

Percebe-se, claramente, a influência do momento histórico de mudança de paradigma que a saúde estava passando, ou seja, a busca pelo modelo de Vigilância à Saúde, com vistas ao atendimento do perfil epidemiológico das populações, a partir da Reforma Sanitária, em 1986, até então centrado na assistência clínica e hospitalar.

A resolução da VIII Conferência Nacional de Saúde, visando a Reforma Sanitária, tinha como proposta o atendimento integral no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, implicando na humanização do atendimento com uma visão global do homem na plenitude de seus direitos de cidadão (ALMEIDA, 1986).

No bojo das discussões e descompassos sobre o momento histórico vivido na saúde, a Enfermagem também foi penalizada pelo grande número de profissionais formados em detrimento da qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde, que priorizava a assistência hospitalar. As condições adversas de trabalho, a má remuneração, a carga horária exaustiva, bem como a participação majoritária da mulher trouxe, historicamente, desvantagens nas condições de trabalho quando comparadas às características e oportunidades ocupacionais do trabalho masculino (ALMEIDA, 1986).

Essas considerações são descritas por Almeida (1986, p. 507), ao analisar que:

Na prática o enfermeiro deveria assumir funções de organização de serviços, responsabilizando-se inclusive pelas de planejamento, coordenação e avaliação da assistência. Entretanto, as estruturas organizacionais dos serviços de saúde os conduzem a realizar um conjunto de tarefas de controle, baseado no modelo da gerência do processo de trabalho organizado segundo os princípios rígidos da Administração Científica, tais como distribuição e supervisão de pessoal não no sentido educativo, mas na cobrança imediata do que deve ser realizado na prestação de assistência, dando-lhe a falsa idéia de que o conjunto de tais tarefas compreende funções de planejamento e coordenação. A execução direta da assistência de enfermagem é, portanto delegada ao pessoal auxiliar, principalmente ao atendente. Desta forma o trabalho é polarizado em dois extremos: de um lado o médico que realiza o diagnóstico e tratamento e de outro o atendente, que sem preparo qualitativo, executa o cuidado ao doente.

Historicamente, os anos 90 foram marcados por um modelo político denominado neoliberalismo que impôs, aos países seguidores de suas idéias, medidas econômicas recessivas, políticas fiscais e monetárias rigorosas, acirrando

ainda mais as precárias condições de saúde da população brasileira, referido por Giovanini (1995, p. 30):

O sucateamento da rede pública de saúde chegou ao auge, e a iniciativa privada passou a responder por mais de 80% da prestação de serviços de saúde no país, num antagonismo total aos preceitos constitucionais que prevêm a complementaridade do setor público pelo setor privado.

Neste contexto a Enfermagem, ocupa duas posições: Parte dos enfermeiros busca as especializações para atender às exigências médico-hospitalares, e, a outra parte direciona seu interesse para a Saúde Pública.

A troca de experiências e a riqueza das discussões geradas nesse movimento subsidiaram o Parecer nº 314/94, do então, Conselho Federal de Educação, homologado pela Portaria nº 1.721/94, do Ministério da Educação, em 15/12/1994, surgindo, assim, um novo currículo para os cursos de graduação em Enfermagem (BRASIL, 1994a, 1994b; FERNANDES, J.D., 2006).

Esse novo currículo passou a ser constituído por quatro eixos temáticos, a saber: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem. Privilegiava, ainda, a inclusão de disciplinas como epidemiologia, antropologia, saúde ambiental, entre outras, com o objetivo de inserir a (o) enfermeira (o) e egressa (o) dos cursos para a participação conjunta da construção/consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1994a, 1994b; FERNANDES, J.D., 2006).

O eixo Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem estava constituído pelos conteúdos das Ciências Biológicas (morfologia, fisiologia, patologia e biologia), Ciências Humanas - antropologia filosófica, sociologia e psicologia aplicada à saúde (BRASIL, 1994a, 1994b; FERNANDES, J.D., 2006).

O eixo dos Fundamentos de Enfermagem incluía os conteúdos técnicos, metodológicos, os meios e instrumentos de trabalho individual e coletivo (história e exercício da enfermagem, epidemiologia, bioestatística, saúde ambiental, semiologia e semiotécnica de Enfermagem, metodologia da pesquisa) (BRASIL, 1994a, 1994b; FERNANDES, J.D., 2006).

Já o eixo da Assistência de Enfermagem, incluía os conteúdos teórico-práticos da assistência de enfermagem individual e coletiva à criança, adolescente e adulto em situações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, gineco-obstétricas e saúde coletiva (BRASIL, 1994b; FERNANDES, J.D., 2006).

O eixo da Administração em Enfermagem incluía os conteúdos teórico-práticos de administração do processo de trabalho da assistência de enfermagem em hospitais gerais e especializados, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde (BRASIL, 1994b; FERNANDES, J.D., 2006).

Em 1996, foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº. 9.394, de 20/12/1996, que abriu 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 cada Curso de Graduação (BRASIL, 1996a).

A LDB, (Brasil, 1996a), no seu Capítulo IV, da Educação Superior estabelece em seu Artigo 43 que a Educação Superior tem por finalidade:

- 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, 1996a, p. 16-7).

A LDB assegurou às instituições de Ensino Superior autonomia didático-científica, bem como autonomia em fixar os currículos dos seus cursos e programas. Assim, as universidades não têm a obrigatoriedade em seguir a regulamentação do currículo mínimo determinada pela Portaria nº 1.721/94. Nessa perspectiva, o currículo não é mais o único determinante, mas base para direcionar e orientar o ensino de graduação em enfermagem (ITO, 2005; RODRIGUES, 2006).

Dessa forma trouxe novas responsabilidades para as Instituições de Ensino Superior (IES), docentes, discentes e sociedade, pois permite a formação de

diferentes perfis profissionais a partir da vocação de cada curso/ escola, esperando melhor adaptação ao mercado de trabalho, já que as instituições terão a liberdade para definir parte considerável de seus currículos plenos (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001a; 2001b; ITO, 2005).

As reformas educacionais instituídas no Brasil, desde a promulgação da LDB (Brasil, 1996a), dentre outros aspectos, vêm determinando novas configurações aos padrões curriculares que, até recentemente, vigoravam em todos os níveis e modalidades de ensino.

A promulgação de diretrizes curriculares para os cursos de formação profissional em nível de graduação está inserida em um discurso que anuncia uma ampla reforma educacional do ensino superior brasileiro (MEYER; KRUSE, 2002).

Frente às mudanças requeridas pela LDB, as organizações de classe da área de saúde iniciaram, em 2001, discussões nos diversos cenários nacionais e elaboraram as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Saúde (DCN), que em linhas gerais estabeleceram que, além dos aspectos referidos anteriormente, a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e atenção integral à saúde (CECCIM & FEUERWEKER, 2004b; ITO, 2005; ITO; TAKAHASHI, 2006).

Como se pode observar em todo o percurso histórico do ensino da Enfermagem, no âmbito da estruturação do ECS, sua realização, prioritariamente nas diversas unidades do sistema de saúde, além dos sujeitos sociais envolvidos nas relações da educação formal, sociais, políticas e de saúde influenciam diretamente no contexto da formação do enfermeiro.

É importante inserir nesse recorte histórico que, dada a flexibilidade permitida pela LDB para a determinação da duração e da carga horária dos cursos de graduação, o controle destes para a Enfermagem, já se encontrava normatizada, através da Portaria nº 1.721/94. Para tanto, o Conselho Nacional de Educação (CNE) juntamente com a Câmara de Ensino Superior (CES), propuseram a carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelado, na modalidade presencial, pelo Parecer CNE/CES nº 329/2004, sendo aprovado por unanimidade, em 11 de novembro de 2004, conferindo à Enfermagem, a carga horária de 3.200 horas (CNE/CES, 2004).

Durante o ano de 2005, ocorreram exaustivas discussões com entidades representativas das profissões, tanto do ponto de vista acadêmico, como profissional, cuja reivindicação era a retirada da carga horária mínima dos cursos de graduação, entre eles o da Enfermagem. Para a re-análise, o CNE/CES aprovou o Parecer nº 184/2006, que fez a retificação do Parecer CNE/CES nº 329/2004, referente à carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial, excluindo alguns cursos, principalmente os da área da saúde, inclusive o curso de Graduação em Enfermagem, que passou a ter carga horária de 4.000 horas (CNE/CES, 2006).

Desse modo, considero que o grande desafio da graduação em Enfermagem é formar enfermeiros competentes nas dimensões educativas, ética técnica e política comprometidas socialmente com o exercício da cidadania. As dimensões pretendidas devem ser construídas a cada instante, juntamente com os professores, alunos e profissionais do campo das práticas através da elaboração de projetos políticos pedagógicos participativos e vinculados às transformações históricas, educativas, sociais requeridas pela sociedade contemporânea.

Nesse cenário de transformações legais e metodológicas estabelecidas pela legislação do ensino superior em Enfermagem buscamos não perder de vista o objeto deste estudo, e, assim, revisitar historicamente o processo de conformação histórica e legal do Estágio Curricular de Graduação em Enfermagem e principalmente, no que tange às questões relativas ao desenvolvimento dessa etapa de formação profissional e a produção do cuidado nos cenários do sistema de saúde, num movimento de mudanças.

### 1.3 O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO E O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

#### 1.3.1 O Estágio Curricular Supervisionado e suas Bases Histórico-legais

A compreensão do ensino de Enfermagem como uma prática social, historicamente determinada e relacionada às práticas de saúde de uma sociedade concreta, implica entender e discutir que o processo de formação da (o) enfermeira

(o) não é estático, pois sofre transformações contínuas das quais os sujeitos nele envolvidos são seus principais articuladores.

O ECS é concebido como um campo de treinamento, um espaço de aprendizagem do fazer concreto onde um leque de situações reais, de atividades de aprendizagem profissional se manifesta para o estagiário, tendo em vista a sua formação. “O estágio é o *locus* onde a identidade profissional do aluno é gerada, construída e referida; volta-se para o desenvolvimento de uma ação vivenciada, reflexiva e crítica” (BURIOLLA, 1999, p. 13).

Em todos os cursos de graduação, o ECS se constitui no momento em que são oferecidas oportunidades de aplicação e aprimoramento dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante toda a graduação nas demais disciplinas, tendo em vista a transição da vivência acadêmica para a profissional (BRASIL, 2001b).

Portanto, é de suma importância o local onde é introduzido o referido estágio, os profissionais envolvidos no processo de aprendizagem, e principalmente a influência do enfermeiro assistencial em relação ao desenvolvimento do estágio na unidade de trabalho.

A formação gera serviços, condições de provimento e/ou fixação de profissionais, possibilidades de equipe, desenvolvimento e avaliação de tecnologias do cuidado e da assistência, compreensão crítica e sensibilidades. A organização do sistema de saúde gera campos de práticas, cenários de intervenção, demandas locais, retaguarda científica e tecnológica, inclusão social, oportunidades de entendimento da vida.

Em sua totalidade no contexto histórico do ensino de Enfermagem, o estágio sempre foi considerado como um fator importante para a formação da (o) enfermeira (o), pois se reconhece na práxis social que é no contato direto com situações reais que o aluno aprende, progressivamente, as atividades e funções que o enfermeiro exerce nas diversas áreas de assistência à saúde da população.

Desse modo, os Estágios Curriculares Supervisionados se constituem em cenários de aprendizagem e trabalho, e, como tal, esses momentos de vivência possibilitam às (aos) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) que esses atores entrem em contato com diferentes formas de conhecer e organizar o

conhecimento, pois se expõem e interagem dialeticamente com diferentes referenciais de leitura da realidade.

O ECS se insere no sistema de saúde na perspectiva de proporcionar às (aos) discentes as competências exigidas legalmente, e, também, o ser competente através de ações que favoreçam a conquista da cidadania individual e coletiva, principalmente como profissional no contexto e atendimento dos princípios do SUS.

Assim, espera-se que o profissional egresso tenha a capacidade de utilizar uma diversidade de conhecimento na solução de problemas do seu cotidiano e estabeleça relações sócio-culturais, éticas e educativas com a equipe de saúde e a comunidade onde está inserido.

Essa experiência de ensino e trabalho requer da (o) aluna (o) a articulação de conteúdos teóricos e práticos vivenciados nas disciplinas anteriores, o que torna o ECS uma etapa de aprendizagem dialética, e na maioria das vezes temido pelas (pelos) educandas (os), pois como podemos perceber no processo histórico de educação da enfermagem há uma predominância de conteúdos fragmentados e dissociados da práxis social.

O ECS é uma modalidade de ensino obrigatória no Curso de Graduação em Enfermagem, que tem o propósito de propiciar ao acadêmico dos dois últimos semestres do curso, uma visão de sua profissão de forma ampla e concreta.

Vale destacar que o ECS só passou a ser implementado nos cursos de Graduação em Enfermagem, após as DCN/ENF, apesar de ter sido disciplinado, desde 1977, pela Lei nº 6.494, de 07/12/1977, e regulamentado pelo Decreto nº 87.497, de 18/08/1982 (BRASIL 1982).

Continuando o recuo e percurso histórico acerca do processo que regulamentou o Estágio Curricular Supervisionado, revisitei a década de 70, que apontou que a Legislação Federal específica sobre os estágios desenvolvidos em diversas áreas dos cursos de graduação, começou a vigorar, em 7 de dezembro de 1977, e normatizou a realização destes. Assim, a Lei em vigor é a Lei nº 6.494, que legislou sobre os estágios de alunos de ensino superior e profissionalizante de ensino médio. Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 87.497/82, de 18 de agosto de 1982 (BRASIL, 1982; SANTOS, 1997).

O referido Decreto (Brasil, 1982), ainda esclarece, em seu Artigo 2º:

Considera-se estágio curricular, para efeitos deste Decreto, as atividades de aprendizagem social, profissional, cultural, proporcionados ao estudante pela participação em situações reais de vida e trabalho em seu meio, sendo realizada na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1982, p. 1).

No Art 3º, do Decreto nº 87.497/82, o Estágio Curricular, é tido como um procedimento didático-pedagógico, cuja atividade é de competência da instituição de ensino a quem cabe a decisão sobre a matéria, nas instituições públicas ou privadas, na perspectiva de colaboração com o processo educativo Destacou a aplicação dos conhecimentos teórico-práticos e a oportunidade de vivenciar o futuro desempenho profissional (BRASIL, 1982).

O ECS é, portanto, uma modalidade obrigatória nos cursos de Graduação em Enfermagem, trazendo um aprendizado mútuo para os envolvidos, além de propiciar um laboratório vivo para as questões da educação de ciências da saúde e para a Enfermagem, o que implicou na necessidade de repensar as práticas desenvolvidas num campo da ciência onde a interação docente/discente pode avançar para relações pessoais e de trabalho

Em 1994, o Conselho Federal da Educação reformulou o currículo mínimo, através do Parecer nº 314/94, e referendada pela Portaria nº 1.721/94. A carga horária mínima passou a ser de 3.500 horas/aula, incluindo 500 horas destinadas ao estágio curricular, com duração não inferior a dois semestres letivos e desenvolvidos sob supervisão docente (BRASIL, 1994a, 1994b).

Buscava assegurar a participação do enfermeiro dos serviços de saúde no ensino através de propostas de integração docente-assistencial. Permitiu, inclusive, o entendimento de que supervisão do estágio curricular poderia ser feita à distância, desde que ancorada em um projeto de integração docente-assistencial (BRASIL, 1994b; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001b; FRANQUEIRO, 2002; ITO, 2005).

A importância histórica e legal da Portaria nº 1.721/94 diz respeito ao movimento político gerado pela categoria da enfermagem para a sua definição e ao processo coletivo de sua construção. O interesse em considerar o perfil epidemiológico e quadro sanitário do País/Região/Estado (Brasil, 1994b) é fruto do movimento da Reforma Sanitária, da construção do SUS. Demonstra a preocupação com as distintas realidades do país e a divisão por áreas temáticas, o que permite maior dinamicidade ao ensino.

No entanto, a preservação da matriz flexneriana<sup>7</sup> resulta em uma formação prioritariamente voltada à assistência curativa e individual (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Galleguillos e Oliveira (2001b, sn), contextualizaram o cenário histórico a partir de 1997, quando o:

MEC, por intermédio da SESu, tornou público e convocou as Instituições de Ensino e as associações profissionais interessadas a participar e apresentar propostas para discussão das novas Diretrizes Curriculares para os cursos superiores. Tal convocação desencadeou a realização de Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn), promovidos pela ABEn, com o objetivo geral de discutir e estabelecer as diretrizes gerais para a educação em enfermagem, articulando os diversos níveis de formação.

Na perspectiva de (re)significar e imprimir uma nova concepção à formação do enfermeiro, pautado nos aspectos propostos pela LDB e vinculado ao SUS, e as discussões das entidades de classe da Enfermagem, o Conselho Nacional de Educação, através da Resolução nº 03/2001 (Brasil, 2001b), estabeleceu e salientou importantes aspectos acerca do perfil profissional do enfermeiro, locais de realização do Estágio Curricular Supervisionado, além da carga horária mínima necessária para essa etapa de aprendizagem e trabalho (BRASIL, 2001b).

No que se refere aos estágios, a Resolução CNE/CES nº 3, de 7/11/2001, contemplou em seu Art. 7º (Brasil, 2001b), 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, 2001b, p. 4).

Acrescenta ainda, no Parágrafo Único do Art. 7º, da mesma Resolução:

[...] na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no

---

<sup>7</sup> O adjetivo "flexneriano" é aplicado, geralmente com caráter pejorativo, aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001b, p. 4).

Em se tratando dos cursos da área de saúde, especificamente Enfermagem, o Estágio Curricular vai permitir ao educando vivenciar situações do seu cotidiano profissional nos hospitais e nas unidades básicas de saúde que perpassam pelos momentos de cuidado aos usuários, ações ligadas ao gerenciamento e gestão dos serviços de saúde, inter-relações com a equipe de saúde e de Enfermagem.

É importante considerar que essa construção se faz com o coletivo, não sendo mais, possível, ações individuais, solitárias. O social e a sociedade demandam um domínio maior de conhecimentos quer dos processos relacionais, competências, enfim, o conhecimento se constrói com a realidade vivenciada que se pode desenvolver para transformá-la.

Esse panorama vem requerer a inserção do curso de Graduação em Enfermagem no sistema dos serviços de saúde, conferindo-lhe a possibilidade de aprimoramento da relação teoria e prática, além do estreitamento do vínculo entre docência e serviço, ou seja, o elo entre o sentido da formação e as múltiplas relações que se desenvolvem na rede de serviços de saúde, que tem no SUS, o responsável pela ordenação e formação de recursos humanos em saúde (BRASIL, 2001b).

Nessa perspectiva é importante considerar a relação de dinamicidade existente nas diversas etapas de formação da (o) enfermeira (o) onde teoria e prática se confrontam, se re-inventam e promovem uma síntese entre as competências do saber, do fazer, do saber-fazer e do saber-ser necessários à produção do cuidado em saúde (BRASIL, 2001b).

Tais competências se estabelecem nas relações que se desencadeiam no ECS onde esses momentos se iniciam, se findam e, além disso, promove nos atores envolvidos, docentes, enfermeiras (os) preceptoras (es) e especificamente as (os) discentes, a oportunidade de exercer o seu papel social na cadeia produtiva, haja vista, a cotidianidade explícita que se apresenta nos processos de trabalho vividos pelos atores.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, através da Resolução COFEN nº 299/2005, no uso de suas atribuições legais e regimentais, dispõe sobre indicativos para a realização de Estágio Curricular Supervisionado de Enfermagem

de Graduação e do Nível Técnico da Educação Profissional, e resolve em seus artigos 3º e 4º que:

Compete única e exclusivamente às instituições de ensino a celebração de convênios com as instituições de saúde cedentes do campo de estágio. E, em seu artigo 4º, enfatiza que: o planejamento, a execução, a supervisão e a avaliação das atividades do estágio curricular supervisionado deverão ser levadas a efeito sob a responsabilidade da instituição de ensino, com a co-participação do enfermeiro da área cedente de campo de estágio (COFEN, 2005, p. 3).

A Resolução do COFEN (2005) reforça a responsabilidade das instituições de ensino, nos estágios realizados em instituições prestadoras de serviços de saúde, e também menciona a participação do enfermeiro assistencial na formação dos alunos de enfermagem.

Fica evidenciada a significativa preocupação que o COFEN possui em relação à formação no que se refere à prática profissional e o reconhecimento da importância da (o) enfermeira (o) do serviço de saúde no processo ensino-aprendizagem da (o) discente (o) de Graduação em Enfermagem, assegurando – lhe a efetiva participação durante os Estágios Curriculares, em consonância com as DCN/ENF, e no ambiente de trabalho.

Backes (1999), ao referir que as concepções acerca da dimensão que pode e merece ser estabelecida, confere ao Estágio Curricular uma oportunidade ímpar de aprimorar a relação entre a teoria e a prática, estreitamento do vínculo entre docência e serviço, conhecimento da realidade em que está inserido e sua característica de saúde, social, econômica, política e cultural, em busca de uma práxis transformadora.

Diversos autores apontam a importância dos estágios na formação profissional e pessoal dos profissionais de enfermagem, para o desenvolvimento de atitudes, comportamentos e habilidades, para a interação com a equipe multiprofissional de saúde, familiares e pacientes e principalmente, para a possibilidade de analisar crítica e reflexivamente as interfaces do conhecimento teórico e prático (ANDRADE; ARAÚJO; LINS, 1989; BOUSSO, *et al.*, 2000; VALSECHI, 2002).

Esses estudos têm ajudado o desvelar da realidade permitindo que se avance da posição de saber como é esta realidade para a de intervenção, cada um em seu espaço de origem, em busca de uma práxis que possibilite ao aluno desenvolver

competências esperadas para atuar nos paradigmas gerenciais e assistenciais, segundo as exigências do perfil profissional do século XXI, buscando a transformação social e o exercício da cidadania.

Isto posto, pretendo neste estudo, rever os processos históricos que buscam o entendimento dessa relação dialética na conformação de aquisição de conhecimento e competências para a produção do cuidado realizado pelo enfermeiro como forma de re-significar a sua formação e atuação sobre a prática do fazer e gerenciar deste profissional, frente às mudanças sociais, históricas e econômicas exigidas pela sociedade contemporânea.

Pensar no processo de aquisição de conhecimento vai requerer formas de aprender e de ensinar que compreendam novas formas de conhecer o objeto de forma dialógica, num movimento dialético que liga, transforma, mantém ou produz ações.

Esses sujeitos dessas ações se aproximam no campo da saúde, e se apropriam de um cabedal de conhecimentos, práticas, atitudes, valores que lhes dão condições de atender ou de desempenhar ações de saúde, desde aquelas de promoção, prevenção, enfocando processos saudáveis, até os processos terapêuticos relativos à doença instalada.

A aquisição dessas competências requer toda uma construção de conhecimento, em que o sujeito define os procedimentos operacionais para representar o objeto a ser conhecido. Nessa perspectiva, emerge o problema da relação do sujeito que se reconhece no mundo histórico e social, e nessa historicidade há todo um contexto, uma intencionalidade à sua ação e ao seu conhecimento, e que desencadeia processos operacionais para se representar o objeto (HERMANN, 2003).

Apesar de não ser objeto deste estudo, trazemos uma discussão teórica e reflexões acerca da importância das competências no processo de formação profissional da saúde, especificamente da Enfermagem, e diversos projetos políticos pedagógicos de escolas como a Universidade Estadual de Londrina - PR (Berbel, 1998), a Faculdade de Medicina de Marília- FAMEMA - SP, (Chirelli, 2002; Chirelli e Mishima, 2003), são pioneiras nessa nova visão de aprender e de ensinar, e que está em consonância com as diretrizes do SUS e das DCN/ENF.

Competência, neste estudo, é discutida como a habilidade de mobilizar diferentes capacidades para solucionar com pertinência e sucesso tarefas essenciais da prática profissional, em diferentes contextos; como uma combinação de atributos: conhecimentos - domínio cognitivo (saber); habilidades – domínio psicomotor (saber-fazer); e atitudes – domínio afetivo (saber ser, saber conviver) (RIBEIRO; LIMA, 2003).

Nessa nova dimensão de aquisição de conhecimento é imprescindível inserir nesse processo de formação a (o) docente, discente e a (o) enfermeira (o) de serviço, pois fazem parte desta história como sujeitos, conscientes, ativos, capazes de transformarem, de darem importantes contribuições, de ajudarem a escrever a história, e como tal participam como sujeitos no presente estudo.

Fernandes, J.D., *et al.*, (2005, p. 444), reiteram que:

A incorporação das propostas para incrementar as mudanças na formação dos futuros profissionais, estabelecidas pelas DCN/ENF, principalmente aquelas relativas à aquisição/desenvolvimento/avaliação das competências e das habilidades, dos conteúdos essenciais, das práticas/estágios e das atividades complementares. Observa-se, também, que ainda não existe uma clara definição sobre as competências para a formação da (o) enfermeira(o) e para a obtenção de consenso sobre essas competências. Porém, são exatamente essas competências que irão conciliar o plano curricular dos cursos às necessidades e objetivos de formação de enfermeiras (os).

Nesse sentido, consideramos que o grande desafio da graduação em Enfermagem é formar enfermeiros competentes nas dimensões educativas, ética, técnica e política comprometidas socialmente com o exercício da cidadania. As dimensões pretendidas devem ser construídas a cada instante, juntamente com as (os) docentes, discentes e profissionais do campo das práticas através da elaboração de projetos políticos pedagógicos participativos e vinculados às transformações históricas, educativas, sociais requeridas pela sociedade contemporânea.

Como analisa Amantéa (2004), essa proposta tem a concepção pedagógica balizada no processo de ensino centrado no aluno, em que o professor se apresenta como facilitador do processo educacional. O desenvolvimento de competências e habilidades permite ao aluno se inserir no processo de trabalho assistencial e gerencial, capacitando-o a atuar no SUS, assegurando a integralidade, a qualidade e a humanização do atendimento.

As experiências de ensino-aprendizagem são determinadas pelo contexto político, social, cultural e econômico em que se inscrevem. No mundo moderno, há a exigência que os profissionais tenham formação polivalente, orientada para a visão globalizadora da realidade e a atitude contínua de aprender a aprender (DELORS, 2003; SILVA; SENA, 2006).

A formação dos profissionais de saúde, inserida no contexto da formação dos demais profissionais, deve estar norteada pela definição de áreas de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a atuação e a interação multiprofissional. As diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde do século XXI descrevem que o desenvolvimento de competências deve estar dirigido à busca da integralidade da atenção à saúde, contribuindo para a formação de um profissional que agregue aptidões para tomada de decisões, comunicação, liderança, gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001b; SILVA; SENA, 2006).

Ribeiro (2006), ao discutir os quatro pilares da educação sob a ótica de Delors (2001), em Educação um Tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, que se aplica no campo da saúde, especialmente no que se refere à formação profissional, explicitou que:

Os quatro pilares da educação permitem o seguinte entendimento; o **saber-conhecer** faz referência ao domínio dos instrumentos da dimensão cognitiva. Essa dimensão pressupõe um aprender a aprender de forma contínua, uma vez que o processo de aprendizado nunca está finalizado, devendo ser construído ao longo das experiências cotidianas dos indivíduos. O **saber-fazer** vai além do preparo para a execução das simples tarefas. Envolve a necessidade de articular o preparo técnico às aptidões pessoais e relacionais, que envolve o trabalho em equipe, iniciativa entre outros. Para a autora, o **saber-conviver** representa o maior desafio da educação, uma vez que a convivência depende da descoberta do outro como sujeito e do trabalho coletivo de projetos comuns. Aliado a isso, existe a necessidade de respeitar os valores de pluralismo, compreensão mútua e paz. Por fim, o **saber-ser** envolve o comprometimento e o compromisso social do indivíduo em relação à sua realidade, reconhecendo-se com sujeito capaz de transformar a realidade RIBEIRO, (2009, p: 21). (Grifo nosso)<sup>8</sup>.

Essas dimensões também estão postas na LDB e nas DCN/ENF, e se bem direcionadas podem proporcionar a formação de profissionais críticos e reflexivos,

---

<sup>8</sup> As expressões em negrito, neste estudo, são de autoria desta pesquisadora, com o objetivo de enfatizar a importância sobre aspectos fundamentais para a clareza e destaque que merece o objeto do estudo em questão.

com a participação efetiva no sistema de saúde e com a competência profissional para participar efetivamente da resolução de problemas de saúde das populações.

Não posso deixar de referir que o ECS de graduação em Enfermagem além de estabelecer entre si relações de produção, os seres humanos estabelecem outros tipos de relações sociais que têm como base a consciência social. Estas relações se formam e se difundem através da educação, instrução e outros meios de informação social.

Assim, considero que os encontros propiciados pelo ECS nas unidades de saúde às (aos) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) se constituem em movimentos de construção e desconstrução de saberes históricos, teóricos, práticos vividos nesta etapa de formação, numa relação dialética de contradições e totalidade, e principalmente a mudança da prática social, principalmente no que se refere ao mundo do trabalho.

É importante indicar que a preparação para o mundo do trabalho requer o desenvolvimento de conhecimentos, idéias, habilidades e, também, de disposições, atitudes, interesses e pautas de comportamento. Essas devem se ajustar às possibilidades e exigências dos modos de trabalho e sua forma de organização (CANÁRIO, 1997).

Na busca da reversão dos modelos tradicionais de ensino, compreende-se que a definição do perfil profissional deve ser uma construção da qual participem diferentes atores: egressos, docentes, estudantes, profissionais de serviço, gestores dos serviços de saúde, membros das organizações representativas da profissão e da sociedade civil num movimento que oriente a formação e a definição do perfil profissional baseadas em áreas de competências.

Por ser um termo polissêmico, que abarca todo um processo totalizante das profissões, a definição da palavra competência é uma tarefa difícil, destacando que é importante passar da análise das práticas a um inventário razoável das competências julgadas essenciais, constitutivas do corpo da profissão (PERRENOUD, 1999).

Assim, busquei definir competência como aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando de forma correta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências,

informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio (PERRENOUD, 1999).

No que se refere aos profissionais de saúde deve-se agregar, a essa conceituação, a necessidade de incorporar uma análise prospectiva das práticas da profissão, em contextos de inovações tecnológicas de mudanças nos serviços de saúde, no perfil epidemiológico e padrão demográfico da população (SILVA; SENA, 2006).

A aplicação da noção de competência nos processos de ensino, aprendizagem e trabalho propiciados pelo ECS implica institucionalizar novas formas de educar/formar os trabalhadores e gerir internamente as organizações e o mercado de trabalho, considerando as mediações de ordem econômico-produtiva, sócio-histórica cultural e política na determinação do processo ensino/aprendizagem (RAMOS, 2003).

Com essa compreensão, defende-se que o modelo de formação do enfermeiro deve estar ancorado no referencial de pedagogias crítico-reflexivas que contribuam para a construção de competências profissionais que possibilitem o agir centrado no cuidado integral.

A partir dessa compreensão não se pode desconsiderar o fato de que a (o) enfermeira (o) se configura como um ator político necessário para transformar a história, é aquele que não ocupa posição de passividade, e assim, se constitui num ser ativo, social e histórico.

No processo prático da formação dos profissionais de saúde, especificamente da enfermagem, não existe um conhecimento profissional para cada caso-problema, que teria uma única solução correta, a atuação refletida na ação, cria uma nova realidade, reflete sobre a mesma e a partir dessa reflexão dialógica se atua e se busca a mediação e resolução dos problemas vividos no contexto.

Esse desafio exigiu e vai continuar a gerar mudanças no sistema educacional, nos sistemas de cuidados à saúde, nas relações com outros setores e entre atores, envolvendo a construção de novos papéis, tendo em vista a tendência das sociedades, da informação e do conhecimento. A nova ordem requer um novo profissional capaz de pensar criticamente, tomar decisões, ter flexibilidade, e essas características passam pela reformulação do sistema educacional.

A etapa de crescimento profissional da (o) aluna (o) que está cursando o Estágio Curricular Supervisionado propicia situações que irão fazer parte do seu processo de trabalho, nos diversos espaços, enquanto ação cotidiana, e que coloca o homem em contato com outros homens e com a natureza, dentro de um determinado processo social e histórico, onde a sociedade é a de uma produção histórica do homem, que através do seu trabalho produz a sua vida material.

Com esse pensamento é que o Documento referente às DCN/ENF objetivam levar os alunos dos cursos de Graduação na área da saúde a aprender a aprender que engloba **aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer**, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade da humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades humanização. (MORIN, 2000; BRASIL, 2001b).

Esses aspectos colocados pelas DCN/ENF pressupõem a importância da existência humana em sociedade, principalmente no que diz respeito aos momentos de convivência/trabalho no que tange ao processo de produção do cuidado empreendido pelos profissionais nas unidades de saúde aos usuários, e com isso criar situações objetivas e subjetivas do cuidado em saúde.

No ambiente dialético de aprendizagem e trabalho não se pode deixar de considerar que o cuidado vem sendo considerado também como atividade política e social quando é útil para os indivíduos, e cumpre uma função social, que leve em conta a satisfação das necessidades de saúde do usuário e o tempo socialmente e profissionalmente necessário para a produção desse cuidado, ou seja, o trabalho vivo em ato, através das tecnologias disponíveis dos diversos saberes dos profissionais de saúde (MERHY, 1997; ROSSI & SILVA, 2005).

Não se pode perder de vista que para o desenvolvimento de competências e habilidades do processo de cuidar/cuidado é importante que na formação do enfermeiro se busque o aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão que se inicia a partir da flexibilização dos currículos; da implementação de Projetos Pedagógicos inovadores.

Essas premissas 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 apontados na construção de Diretrizes Curriculares para cada curso de Graduação.

Essas ações de mudanças nas propostas curriculares pautadas na formação do enfermeiro implicam na necessidade de profissionais comprometidos com a atenção à saúde; profissionais capazes de compreenderem e (re)compreenderem os determinantes da saúde, de transformarem saberes e práticas em relação à atenção à saúde da população, de articularem conhecimentos profissionais com os saberes e práticas envolvidos em saúde, de perceberem a complexidade de suas práticas e de, efetivamente, desenvolverem formas de pensar e agir, reinventando modos de se lidar com a realidade de saúde.

Para atender às exigências da LDB, surgiram as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN), através do Parecer CNE/CES nº 1.133/2001(Brasil, 2001a), que tem como objetivos:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (BRASIL, 2001a, p.37).

As DCN para os cursos da área da saúde no Brasil, e da medicina e da enfermagem, atentam para os aspectos relativos ao desenvolvimento humano: integralidade da assistência, senso de responsabilidade social, compromisso com a cidadania e promoção da saúde integral do ser humano. As DCN também destacam a regionalização do sistema de saúde e sua inclusividade social (BRASIL, 2001a; CECCIM; PINTO, 2007).

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de saúde se constituíram num conjunto de indicações que deveriam direcionar o processo educacional do ensino superior, orientando o planejamento dos cursos de graduação, trazendo o Projeto Pedagógico como base de gestão acadêmico-administrativa de cada curso, contemplando elementos das bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas que definissem as competências e habilidades essenciais à formação dos profissionais da saúde (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; CLAPIS, *et al.*, 2004).

Isto posto, concretizou-se em 7/8/2001, o Parecer nº 1.133, do CNE/CES, que veio reforçar a necessidade da articulação entre Educação Superior e Saúde, que

objetivou a formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade, e que tinha como base a legislação educacional vigente (BRASIL, 2001a).

Após a revogação do Parecer nº 1.133, foi aprovado e publicado no Diário Oficial da União, em 9 de novembro de 2001, a Resolução CNE/CES nº. 3/2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) (BRASIL, 2001b).

As DCN/ENF visam direcionar as escolas/cursos para refletir sobre o processo de aquisição de conhecimento construído e vivenciado no decorrer do curso, através da elaboração de projeto político pedagógico que atenda à formação do profissional com competência técnica e política em consonância com o modelo de saúde vigente e a realidade do educando (FERNANDES, J.D., *et al.*, 2005).

As DCN/ENF apontam para o exercício das competências e habilidades gerais dos profissionais de saúde: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

Essas competências e habilidades direcionam a transformação do perfil dos futuros trabalhadores da saúde, por meio da adoção de estratégias dirigidas ao campo da formação e desenvolvimento dos profissionais, construídas com base nos princípios e diretrizes do sistema público de saúde, além de fundamentadas no conceito ampliado de saúde (LOPES NETO, *et al.*, 2007).

Essas transformações perpassam pela utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que considerem o trabalho em saúde como eixo estruturante das atividades; o trabalho multiprofissional e o transdisciplinar; a integração entre o ensino e os serviços de saúde; e o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da população (LOPES NETO, *et al.*, 2007).

Nesse movimento as Diretrizes oferecem as bases filosóficas, conceituais e metodológicas que devem nortear a elaboração de projetos políticos pedagógicos, na perspectiva do desenvolvimento de competências e habilidades na formação de profissionais críticos, reflexivos, dinâmicos e ativos frente às necessidades do SUS, o que implica, necessariamente, numa maior interação dos serviços de saúde e instituições formadoras, na perspectiva de maior articulação sobre os aspectos

gerenciais, de percepção e atendimento às necessidades de saúde e doença dos indivíduos.

Ainda no que se refere à análise acerca das competências e habilidades requeridas para o exercício profissional, pelas DCNENF, Resck (2006, p. 63), aponta que:

Na formação de uma rede de sustentabilidade para a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, MANDU (2003), MEYER E KRUSE (2003) e TORRÉZ (2003), fazem um paralelo entre as Políticas de Educação, Saúde e o mundo do trabalho, reconhecendo como as competências profissionais do enfermeiro podem inseri-lo crítica e eticamente nessa dinâmica, compreendendo-o como sujeito social na proposição, organização, implantação de Políticas Públicas, viabilizando propostas de atenção à saúde, norteadas pela defesa da qualidade de vida e sustentadas pela justiça social. Defendem também repensar a Educação em Enfermagem, valorizando a dimensão ético-política, humanizadora, articulando a inserção sócio-cultural das pessoas e suas trajetórias de vida, no fazer cotidiano profissional, em que o docente tem papel preponderante e não se pode desconsiderar a qualificação do mesmo, tendo em vista o desenvolvimento de suas próprias subjetividades.

E é através dessa interação que se favorece, ao aluno, a identificação e construção de competências gerais e específicas para o agir profissional, na prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade (FERNANDES, J.D., *et al.*, 2005).

Esses aspectos provocaram inovações e mudanças na educação nacional, onde ficou prevista uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e adoção de Diretrizes Curriculares específicas para cada Curso.

Para tanto, as DCN/ENF apontaram para a necessidade do processo de formação se desenvolver nas diversas instituições do sistema de saúde, sob a forma de disciplinas teóricas, teóricas/práticas e Estágio Curricular Supervisionado (ECS). Instituem também, no parágrafo único do artigo 7º da Resolução CNE/CES n.º 03/2001, que na elaboração e no processo de supervisão do ECS, a participação dos enfermeiros dos serviços de saúde deva ser assegurada (BRASIL, 2001b).

As Diretrizes Curriculares (Brasil, 2001b) para a formação da (o) enfermeira (o) buscaram definir o perfil desse profissional como destacado em seu Artigo 3º:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no

perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001b, p. 1).

Em relação às competências gerais e específicas, as DCN/ENF definiram em seu Artigo 4º, que a formação do Enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e Gerenciamento e; Educação Permanente (BRASIL, 2001b).

Segundo Amantéa (2004), um dos eixos norteadores dessa proposta das Diretrizes Curriculares é a concepção pedagógica balizada no processo de ensino centrado no aluno, que apresenta o professor como mediador, facilitador do processo educacional.

Como podemos observar em todo o percurso histórico do ensino de enfermagem no Brasil as relações sociais, políticas, de educação e de saúde influenciaram diretamente no contexto da formação da Enfermagem moderna, o qual passou por diversas modificações com atuação constante e fundamental das associações de classe voltadas para as adequações na formação do enfermeiro às necessidades da sociedade brasileira.

A formação do profissional de Enfermagem requer programas educacionais inovadores e atualizados, voltados tanto para as demandas do mercado de trabalho, como para as necessidades de transformação da prática (LIMA, 2003).

Segundo Lima (2003), a educação continuada dos enfermeiros tem papel preponderante, no sentido de manter os profissionais da enfermagem atualizados e preparados para atuar em modelos de assistência diferentes daqueles nos quais foram formados.

Constitucionalmente, cabe ao SUS: “ordenar a formação de recursos humanos” (Constituição Federal, artigo 200, inciso III), e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (regulamentação para o segmento) indica que tal ordenamento deve atender às prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País. Demandas sociais e perfis regionais: um ordenamento capaz de responder à demanda social e interferir no perfil regional (BRASIL, 1990; CECCIM; PINTO, 2007).

Por isso, iniciativas de política formativa e de política em saúde em relação às responsabilidades da área da saúde com a mudança na graduação, a interação formação-sistema de saúde e a integração ensino-serviço no âmbito da gestão participativa na política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS são francamente desejáveis e responsáveis (CECCIM; PINTO, 2007).

Nesse sentido os currículos têm buscado acompanhar não apenas a legislação, mas também pensar as relações entre aprendizado e o mundo do trabalho, pois no mundo do trabalho, pode-se observar a transição do conceito clássico de qualificação profissional para uma concepção de competência, em função das novas demandas do setor produtivo e da falência dos métodos destinados a adaptar as pessoas ao mercado e aos postos de trabalho (LIMA, 2003).

Sendo a (o) enfermeira (o), por suas características de atuação, uma (um) profissional que detém um saber teórico e um saber prático, o processo de formação desse profissional deve passar, obrigatoriamente, pelo ensino teórico e pelo ensino das habilidades e técnicas práticas (o saber fazer) necessárias a sua formação proporcionada nos campos de estágio (COSTA; GERMANO, 2007).

Isto posto, passo à descrição dos aspectos históricos e sociais que têm fomentado essa etapa de aprendizado e trabalho conferido pelo ECS de Graduação em Enfermagem e sua articulação com a produção do cuidado em saúde.

#### 1.4 O ESTÁGIO CURRICULAR EM CENÁRIOS DE PRÁTICA E SUA ARTICULAÇÃO COM A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Discutir a produção do cuidado na formação da (o) enfermeira (o) implica no aprender/ensinar como novas formas de saber/fazer de forma dialógica que liga, transforma, mantém ou produz ações de saúde, onde os sujeitos dessas ações se aproximam e se apropriam de um cabedal de conhecimentos, práticas, atitudes, valores que lhes dão condições de atender ou de desempenhar ações de promoção da saúde, prevenção da doença, enfocando processos saudáveis, e os processos terapêuticos relativos à doença instalada.

Para dar conta do processo dialético de relações, múltiplos olhares (universidade, serviços de saúde e população) que envolvem a formação profissional, especificamente a inserção do ECS em Enfermagem nos serviços de saúde, é imprescindível uma discussão acerca do sistema de cuidados à saúde.

É importante referir que a construção histórica e social do sistema de cuidados à saúde se deu nas transformações ocorridas na esfera das Políticas de Saúde e a conformação dos paradigmas assistenciais para a constituição dos serviços de saúde, no período das duas últimas décadas do século XX e início do século XXI.

De uma forma geral a construção histórica das políticas de saúde no que diz respeito ao direito universal da saúde, tem passado por impasses entre o poder público e o privado, a dimensão da intervenção do Estado com a atenção médica supletiva, tanto individual quanto nas ações coletivas, o que evidenciou a coexistência de dois modelos assistenciais, de cunho ideológico, político, técnico distintos: o Projeto Neoliberal e o Projeto da Reforma Sanitária (MENDES, 1993; RESCK, 2006).

Atualmente no sistema de saúde persiste a disputa entre as duas vertentes referidas. Por um lado, o movimento social da Reforma Sanitária que mantém os princípios fundamentais do SUS, que sustenta o atendimento integral à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Em contraposição encontra-se o resistente e tradicional segmento do sistema de saúde fundamentado na medicina curativa, centrada no procedimento clínico, o qual preconiza manter a oferta dos serviços de saúde prioritariamente nas unidades hospitalares e sustentados pela fragmentação do processo de trabalho (MENDES, 1993; RESCK, 2006).

O desenvolvimento do SUS se compõe de múltiplas formulações, e o tema da clínica passa a ser valorizado no âmbito da reforma sanitária, juntamente com a idéia geral de investimento na micropolítica dos processos de trabalho para a consolidação de processos de mudança na saúde. Estas formulações produzidas principalmente na década de 1990, por Campos, G.W.S. (1994), Cecílio (1997), Gonçalves (1994), Merhy (1997) abriram um novo campo de investigação e intervenção sobre os cenários de produção do SUS como projeto técnico-político e construção subjetiva de uma dada ética do cuidado.

O SUS vai se formando, portanto, com base em uma multiplicidade de saberes, ações, técnicas e políticas, compondo um cenário diverso e ao mesmo tempo rico de referenciais que se constituem como campos de aposta para a formação de determinado modelo tecnoassistencial. Estes esforços são, sobretudo, a expressão do desejo de coletivos de trabalhadores, formuladores de políticas e usuários, formados na esteira da Reforma Sanitária e nos acalorados debates das mudanças estruturais vividas pelo Brasil, e em particular pela saúde nos anos de 1980/90.

Observam-se ainda processos de trabalho partilhados, embora haja um discurso do trabalho em equipe; saberes técnicos pretensamente onipotentes, mas pouco eficazes na satisfação das necessidades dos usuários; relações hierárquicas na equipe de saúde; enfim, as contradições revelam fortes estranhamentos nas redes de atenção à saúde, principalmente no que diz respeito ao modo de operar a produção do cuidado em saúde.

Entendo que o cuidado à saúde se dá, predominantemente, nos espaços dos serviços de saúde, cujo modelo de atenção está centrado na medicalização, na concepção de saúde biologicista e fragmentada dos indivíduos. Por outro lado, não se pode desconsiderar a subjetividade dos sujeitos que utilizam esses serviços, em busca do atendimento das suas necessidades de saúde.

Nesse sentido, a participação e responsabilidade dos profissionais nas ações do cuidado, de promoção e recuperação da saúde, os transformam em sujeitos da ação do cuidado, dela participando ativamente, conforme suas peculiaridades individuais, sociais, econômicas e culturais, que nos permitem considerar o trabalho em saúde como não material, e que se completa no ato da sua realização (MERHY, 2002; PIRES, D. 2009).

O trabalho em saúde e enfermagem envolve uma relação entre sujeitos. O cuidador - sua subjetividade, história, relações com os demais participantes do trabalho coletivo, concepção cultural-profissional de saúde; e o sujeito cuidado - suas necessidades e concepções culturais de saúde (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002; PIRES, D. 2009).

Na abordagem do sistema de atenção à saúde, há uma rede organizada de serviços, em atendimento às políticas de gestão do SUS, que é definida como uma constituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que permite

prestar uma assistência contínua a determinada população - no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população (MENDES, 2000).

Esse movimento de mudança na saúde é analisado por Franco, Andrade e Ferreira (2009, p. 17), o que significa:

[...] alterar a lógica do processo de trabalho, hoje hegemônica pelo uso abusivo das tecnologias duras (maquinaria e instrumentos) e leve-duras (conhecimento técnico), em detrimento das tecnologias leves (relações) (Merhy, 1998), evidencia a dificuldade na ruptura subjetiva com o atual e hegemônico modo de produção do cuidado. Por isso os processos de mudança até o momento, têm sido sempre parciais e não conseguem produzir uma desterritorialização do lugar em que encontram, o modelo médico hegemônico, que opera o cuidado centrado na lógica da produção de procedimentos.

Essa lógica de produção gera a exploração do trabalho e determina um processo inverso, de alienação. Sob a exploração do trabalho, os homens tornam-se menos homens, há uma quebra na possibilidade de, pelo trabalho, promover a humanização dos homens (PIRES, D., 1997).

É sob essa lógica, que ao buscar analisar o processo de produção do cuidado no contexto do Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem, em uma Universidade pública da Bahia, não se pode perder de vista que as unidades de saúde, utilizadas como campo de práticas, contribuem para potencializar a humanização, processos relacionais, bem como novas apreensões e compreensões dos conteúdos teóricos e práticos das disciplinas.

Nessa perspectiva articulam o processo de trabalho do aluno em conjunto com a equipe; consolidam o conhecimento das políticas de saúde do SUS e desenvolvem a dimensão cuidadora no âmbito das instituições de saúde.

Tais aspectos, segundo Merhy e Franco (2006, p. 225-226), contribuem para:

Promover a reestruturação produtiva é resultante de mudança no modo de produzir o cuidado, gerada a partir de inovações nos sistemas produtivos da saúde, que impactam o modo de fabricar os produtos da saúde, e na sua forma de assistir e cuidar das pessoas e dos coletivos populacionais.

Embora represente um momento de mudança no modo de produção do cuidado, a reestruturação se dá nos limites do atual modelo, isto é, os agenciamentos subjetivos capitalísticos que operam na produção da saúde,

continuam ativos mesmo sob uma mudança no processo de trabalho, que reorganiza uma reterritorialização, ou seja, a volta ao mesmo território no qual se ensaiou um movimento de desconstrução.

Esse processo, recrudescer, engessa e enrijece as estruturas que compõem a produção do cuidado, interditando agenciamentos de desejo que pretendem operar na produção de outros territórios das práticas em saúde (MERHY; FRANCO, 2006).

Na perspectiva de buscar consistência teórica para discutir as relações de trabalho e aprendizagem a partir das práticas dos atores sociais no Estágio Curricular Supervisionado, no curso de Graduação em Enfermagem e o processo de produção do cuidado, busquei os estudos de Mendes (1993); Merhy (1997, 2002, 2003); Franco (2003); Franco e Merhy, (2003, 2005); Ceccim e Feuerwerker (2004a, 2004b); Pinheiro e Mattos (2001, 2005), entre outros, para subsidiar as discussões advindas dos achados deste estudo.

Em Merhy (1997), busquei algumas considerações sobre a perspectiva colocada por Gonçalves, (1994), para o sujeito no interior do processo de trabalho. Este é visto como substrato dos modelos técnico-assistenciais em saúde, que vão conformando, por sua vez, alterações nos processos de trabalho em saúde, desconsiderando a potência criativa presente no agente social que não se aprisiona, quando resiste à plena captura do seu trabalho vivo pelo trabalho morto, na micropolítica do trabalho vivo em ato.

Não é objetivo deste estudo, alongar o debate existente entre os autores, mas considerar a importante contribuição de Gonçalves (1994), ao estudo do processo de trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que é necessário avançar nas elaborações teóricas que indiquem possibilidades de novas formas de se fazer saúde.

Neste sentido encontrei, em Merhy (1997), contribuições acerca das tecnologias do trabalho dos profissionais de saúde, à luz do MHD, a possibilidade de resistir à total captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, como forma de inventar e re-inventar novas formas de se produzir saúde, na sua concretude, totalidade e contradições da realidade vivida.

Essas discussões acerca das tecnologias do trabalho em saúde, por Gonçalves (1993) apenas servem de introdução para as discussões sobre a

produção do cuidado em Enfermagem, a partir da ocorrência do ECS Supervisionado nas diversas unidades do sistema de saúde.

Para Merhy (1997), o trabalho vivo é visto como fonte de tecnologias, que podem alterar o que está instituído<sup>9</sup>, cristalizado, quando abre as chamadas linhas de fuga no já dado, no já instituído.

Como forma de compreender melhor a construção teórica de Merhy (1997), faz-se mister resgatar os principais conceitos presentes em sua formulação sobre a micropolítica do trabalho vivo na saúde.

Em qualquer estabelecimento de saúde o usuário busca a satisfação de uma necessidade, a resolução do seu problema de saúde, expressa através do consumo de uma intervenção terapêutica e assistencial, que tem um valor-de-uso fundamental por produzir um bem de valor-de-uso inestimável, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer as suas atividades (FERREIRA, 2008).

A busca pela resolução do problema de saúde, pelo usuário, confere a especificidade de ser realizado entre pessoas com base em um processo relacional em que o sujeito contribui com sua realização, fornecendo valores-de-uso significativos para o mesmo, com isso, o trabalhador em saúde, torna-se co-participante do processo e responsável, em certa medida, pelo êxito do mesmo.

Assim, o trabalho é categoria central de análise da materialidade histórica dos homens porque é a forma mais simples, mais objetiva, que eles desenvolveram para se organizarem em sociedade. A base das relações sociais são as relações sociais de produção, as formas organizativas do trabalho (KONDER, 1981; PIRES, M.F.C, 1997).

Ocorre que, na sociedade capitalista, o trabalho (atividade vital, essencial) é explorado (comprado por um preço sempre menor do que produz) definindo, assim, um processo de alienação (expropriação da atividade essencial em sua plenitude). Se o trabalho, como atividade essencial e vital traz a possibilidade de realização

---

<sup>9</sup> Por **instituído**, considera-se o resultado das forças de transformação, o produto, 'é o efeito da atividade instituinte' (BAREMBLITT, 1992, p. 32). O **instituinte** é revestido de um caráter processual, já o **instituído** apresenta uma característica estática, mas isso não deve ser entendido de forma maniqueísta de valores, respectivamente, bom e ruim, uma vez que: "Na realidade [...] o instituinte careceria completamente de sentido se não se plasmasse, se não se materializasse nos instituídos. Por outro lado, os instituídos não seriam úteis, não seriam funcionais se não estivessem permanentemente abertos à potência instituinte" (BAREMBLITT, 1992, p. 33).

plena do homem enquanto tal (humanização), a exploração do trabalho determina um processo inverso, de alienação (MARX, 2005, 2006; PIRES, M.F.C. 1997).

Ampliando esta discussão, Merhy (1997) recupera o conceito de trabalho vivo, e chama atenção para sua potencialidade em agenciar processos instituintes na produção dos atos de saúde pelo relativo autogoverno que o trabalhador assume na realização da intervenção tecnológica ou assistencial.

Esse autogoverno e autonomia do trabalhador para interferir em certos conteúdos do processo de trabalho são marcados pela ação do trabalho vivo em ato sobre o que está dado ou lhe é ofertado pelo trabalho morto e as finalidades que persegue. Acrescenta, ainda, a dimensão relacional como um dos recursos utilizados para operar o cuidado.

Para produzir o cuidado o trabalhador o faz sempre operando um trabalho morto, expresso pelas ferramentas, matéria-prima, normas, resultante de um trabalho humano anterior, que foi incorporado pela lógica instrumental advinda da cristalização do trabalho vivo em morto já instituído, e do trabalho vivo expresso pelo trabalho humano em ato, criador e instituinte (FRANCO, 2003; MERHY, 1997, 2002).

Tanto Campos, G.W.S. (1994), quanto Merhy (1997), utilizam-se dos conceitos marxistas sobre valor de uso, valor de troca, trabalho vivo, trabalho morto, contudo destacam que o trabalho em saúde contém especificidades importantes a serem consideradas, como, por exemplo, o momento do consumo das ações de saúde, que acontecem ao mesmo tempo em que se realiza a produção da ação de saúde, portanto, com valor de uso para o usuário. Neste momento da produção da ação, configura-se um espaço de encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário, em ato, incluídos aqui também os momentos coletivos, ou momento intercessor.

Além da presença dessas dimensões no interior do processo de trabalho a realização da assistência envolve a utilização de recursos tecnológicos expressos por três tipos de tecnologias de saúde, a saber: as tecnologias duras, referem-se ao conjunto de máquinas e equipamentos usados nas ações assistenciais realizadas; as leve-duras estão inscritas no conhecimento bem estruturado dos saberes profissionais e no seu modo de agir e as tecnologias leves que dizem respeito às relações e as intervenções voltadas para o acolher, o responsabilizar e a criação de vínculos, ou seja, o espaço de atuação da clínica e do núcleo das atividades

cuidadoras onde todos trabalhadores são operadores do cuidado (MERHY, 1997, 1998, 2003).

É a partir da intercessão desses encontros recortados de significados, conflitos e tensões, que será pensado o processo de trabalho das (os) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) no Estágio Curricular Supervisionado nas unidades de saúde como um recorte interessado da realidade, e como um campo de disputa e tensão.

Entretanto, é no exercício de sua prática cotidiana com as famílias, nas unidades de saúde, no território e no domicílio, que esses atores sociais vão tecendo, através do seu jeito de ser, viver, de afetar e ser afetado, a sua relação com o mundo e com os outros. Nesse processo de produção cria e recria a natureza ao mesmo tempo em que produz e reproduz a si e aos outros, num contexto dinâmico, e, portanto, em eterna mutação (MERHY, 1997, 1998).

Refletir sobre os processos e tecnologias de trabalho em saúde requer assumir toda complexidade do modo de se produzir e atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade deste agir, como ponto de partida e chegada para o ordenamento das práticas clínicas e sanitárias responsáveis em processar o cuidado em saúde.

Tal reflexão exige um reordenamento das relações entre trabalhadores e usuários através de um movimento combinado de singularização da atenção, e publicização da gestão organizacional e do processo produtivo em saúde que se dá pela mudança da postura e atitude do conjunto dos trabalhadores (MERHY, 1998).

O cuidado, no seu processo relacional, é realizado entre o trabalhador de saúde e usuário, o que implica na necessidade do profissional de saúde considerar as dimensões da alteridade e complexidade histórico-social e econômica que envolve as concepções individuais e coletivas do ambiente cultural.

Nesse sentido, a etapa de formação profissional produzida pelo Estágio Curricular Supervisionado nos cursos de Graduação em Enfermagem exige, pois, um olhar a respeito da diversidade humana, do diálogo entre parceiros e atores sociais, reconhecendo-se as diversidades culturais, sociais, afetivos e políticos que estão inter-relacionados na complexidade do ser humano e nas relações de cuidado (ERDMANN *et al.*, 2006).

O sistema de cuidados em saúde se constitui, pois, num sistema complexo que liga, transforma, mantém ou produz acontecimentos, componentes e indivíduos, o que remete ao plano dinâmico da interação, haja vista as relações históricas, sócias, relacionais e de aprendizagem originadas a partir desses encontros entre os diversos atores que se transitam cotidianamente nesse ambiente dialético.

Discutir a produção do cuidado no desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado em um curso de Graduação em Enfermagem que se inscreve na realidade e totalidade das unidades do sistema de saúde implica em considerar aspectos como: trabalho em equipe, autonomia, integralidade, individualidade, relações e atitudes profissionais, entram em cena para a competência da (o) enfermeira (o) que reforça o papel social e político da enfermagem na produção do cuidado em saúde e de Enfermagem.

Implica, pois, em considerar e analisar as dimensões do viver humano e social dos sujeitos do cuidado, como seres físicos, biológicos, sociais culturais, psíquicos e espirituais. Isto nos leva a pensar e ver o Estágio Curricular nos cursos de Graduação em Enfermagem, nas suas relações com o processo de cuidar e na gestão das práticas no sistema de cuidados à saúde, merecedores e pertinentes à investigação.

Assim, considero que o Estágio Curricular Supervisionado do curso de Graduação em Enfermagem, deste estudo, se constitui num espaço para o desempenho criativo dos sujeitos envolvidos no processo de formação e na interação entre os mesmos, favorecendo um ambiente onde esses sujeitos compartilhem o conhecimento, internalizem-no e apliquem-no para criação de novos conhecimentos materializados em produtos, processos e serviços voltados para as ações do cuidado e, portanto, merece ser descrito e analisado.

Os sujeitos deste estudo, envolvidos no Estágio Curricular do curso de Graduação em Enfermagem são, destarte, seres do cuidado, seres cognoscentes, que estabelecem relações sócio-afetivas-político-culturais no desenvolvimento de ações que envolvem, dentre outras, o trabalho em equipe.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos sujeitos classificados como equipe de agrupamento e equipe de integração, sendo que a primeira ocorre na justaposição das ações e agrupamento

dos sujeitos, e a segunda se dá na articulação das ações e na interação dos sujeitos.

O trabalho em equipe de integração requer conhecimentos, competências, habilidades e tecnologias necessárias ao processo de formação em saúde direcionado pelas dimensões do cuidar, gerenciar e promoção de ações de saúde, a nível individual e coletivo (PEDUZZI, 2001).

Assim, ao buscar identificar na prática, no discurso dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado no desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado as diversas formas de operar a produção do cuidado, de curso de Graduação em Enfermagem, em uma Universidade pública da Bahia, pretende-se iniciar uma leitura de uma determinada realidade, em exercício reflexivo, na perspectiva dialética de que os acontecimentos se seguem e se condicionam uns aos outros mediados por um impulso original: a cada momento pode começar algo novo.

Considerar os sujeitos envolvidos no Estágio Curricular Supervisionado deste curso de Graduação em Enfermagem, como seres cognoscentes e co-responsáveis pelo estabelecimento das relações entre os membros da equipe, fortalece a noção de que os mesmos lidam com o conhecimento já produzido, reproduzem esse conhecimento, e produzem novos, transformam o conhecimento explícito em tácito e o tácito em explícito, sendo capazes de articularem conhecimentos e, nesse vai e vem de relações, desenvolverem práticas de saúde, e conseqüentemente a produção do cuidado.

O cuidado tem sido estudado ao longo do processo histórico das sociedades humanas, e as dimensões do cuidar têm como suporte estudos de Watson, onde a autora considera ser o cuidar efetivado segundo dois aspectos: **expressivo** e **instrumental**. As atividades **instrumentais** dizem respeito ao atendimento de necessidades físicas, e as atividades **expressivas** relacionam-se ao aspecto psicossocial (SILVA, 1998; WALDOW, 1998; COELHO; FONSECA, 2005). (Grifo nosso).

Essas dimensões são indissociáveis, onde a expressividade se liga às formas de demonstrar afeto, de estar presente por inteiro e de valorizar o outro e a instrumentalidade, se liga ao fazer com habilidade e conhecimento, ao fazer com qualidade e competência, ao saber fazer (SILVA, 1998; WALDOW, 1998; COELHO; FONSECA, 2005;).

Os estudos empreendidos em trabalhos de campo pelos pesquisadores acerca da temática têm buscado diversos significados para o cuidar/cuidado, e se percebe que o cuidar está vinculado a realidades e são estas que devem embasá-lo. Assim, o cuidar pode ser definido como comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. O cuidado é resultante do processo de cuidar (WALDOW, 1998; COELHO; FONSECA, 2005;).

Sabemos que na ausência de enfermidade e no cotidiano dos seres humanos, o cuidado humano é imprescindível tanto como uma forma de viver, como de se relacionar. Na Enfermagem, o cuidar tem como finalidade, “prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer” (COELHO; FONSECA, 2005, p. 216).

Não podemos perder de vista que as diversas dimensões do cuidado também são estudadas sob a ótica da postura ética e estética, o que é discutida por Waldow (1998), e por Coelho e Fonseca (2005, p. 216), ao referir que:

À postura ética, subjaz um conhecimento produzido culturalmente entendido como um componente do conhecimento moral. Envolve julgamentos éticos constantes e, freqüentemente, implica em confronto valores, normas, interesses ou princípios [...] o conhecimento ético não descreve ou prescreve a decisão a ser tomada; ao contrário, ele provê insight sobre as possíveis escolhas a serem feitas e o seu porquê. Há também a dimensão estética do cuidar, que se refere ‘ao sentidos e valores que fundamentam a ação num contexto interrelacional, de modo que haja coerência e harmonia entre o sentir, pensar (conhecer/saber) e o fazer’. O verdadeiro sentido da arte e da ciência do cuidado é ‘a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão’.

Na produção do cuidado se observa as diversas dimensões implícitas e explícitas desse ato vivo, ou seja, o cuidar de si, o cuidar de si junto com o outro, o ser cuidado pelo outro, o sentir o sistema pessoal em processar o cuidado do corpo por si próprio, o ser/estar no sistema de relações múltiplas de cuidado e o cuidado com a natureza. Essas dimensões, integradas com os demais sistemas sociais naturais, fortalecem o sentimento de pertença, aproximando os seres na busca de melhor sobrevivência, vitalidade, viver a vida com civilidade, em ambiente de

cuidado que promove o viver mais saudável (SHINYASHIHI; TREVISAN; MENDES, 2003).

A atenção direcionada à necessidade do indivíduo, nas ações do Estágio Curricular Supervisionado deste curso de graduação em Enfermagem deve ser considerada como uma relação dialógica entre os sujeitos do cuidar, e que proporciona o desenvolvimento de cada um, no qual a individualidade, as crenças, a linguagem, entre outras, devem ser respeitadas.

Com essas atitudes, se espera que o profissional estabeleça acolhimento, vínculo, responsabilização, e desenvolva a *escuta sensível* (MERHY, 2002; FRANCO, 2003; ROSSI; SILVA, 2005).

A **escuta sensível**, é um método que vem sendo desenvolvido por René Barbier (Barbier,1998, *apud* Fagundes, 2003 ). Trata-se de um **escutar/ver**, fundamentado na abordagem não diretiva rogeriana, em ciências humanas (Carl Rogers). Apóia-se na *empatia*, compreendida como *sensibilidade* (sentimento) de ligação a tudo o que vive e a tudo que existe (FAGUNDES, 2003). (Grifo nosso).

Corroborando com o exposto, Matumoto (2005, p. 12), afirma que:

A ação de saúde centrada na lógica da produção do cuidado traduz-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, uma consulta ou um curativo, por exemplo, centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento, na autonomia do usuário no cuidado de si. Utiliza principalmente as tecnologias leves que produzem bens-relação. Assim, o ato de saúde de um trabalhador junto a um usuário produz um encontro entre duas "pessoas" que atuam uma sobre a outra e no qual opera um jogo de expectativas e produções. Para Merhy (1998) é esse momento que possibilita a criação de [...] instantes de intersubjetividade, tais como: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Essa **escuta sensível**, no cenário das unidades de práticas no desenvolvimento do Estágio Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, e sua conformação da produção do cuidado no sistema de saúde, precisam ser construídas pelos profissionais, não só no momento de vivência do Estágio Curricular, mas em todo o processo de formação na perspectiva de que essa ação faça parte do cotidiano profissional.

E nada melhor que desenvolver essa atitude compreensiva que nesse momento é oferecido pelo Estágio Curricular pelos cenários de práticas, na sua concretude histórica e social dos diversos atores envolvidos.

O período de formação é um período estruturante de saberes que as situações de prática mobilizarão e ajudarão a integrar um corpo de conhecimentos pautados em habilidades e competências profissionais, desenvolvidos no decorrer da sua formação.

A competência profissional é composta de micro-competências, que sob a análise de Alarcão; Rua (2005, p. 375-6), se configura como:

A competência profissional do enfermeiro envolve, em si mesmo, três sub-competências fundamentais: 1) a competência cognitiva; 2) a competência técnica e 3) a competência comunicacional. Por sua vez, cada uma destas pode ainda ser desdobrada em micro-competências. Assim, a competência cognitiva implica, entre outros componentes: a identificação das necessidades do cliente; a análise e interpretação da informação recolhida; a planificação das actividades de acordo com as prioridades de cada situação; a justificação das intervenções; a avaliação da evolução de cada situação clínica. Por seu turno, a competência técnica pode subdividir-se também em micro-competências: efectuar correctamente os procedimentos respeitando as normas estabelecidas; possuir destreza manual; utilizar o material adequado a cada situação. E o mesmo se pode dizer da competência comunicacional que implica um conjunto de micro-competências como: saber ouvir; comunicar de forma adequada às características do cliente/família; efectuar ensinamentos oportunos; registar de forma sistematizada a informação; transmitir informações correctas e pertinentes; estabelecer uma relação de ajuda.

Nesse sentido, podemos dizer que ser competente implica saber o que fazer em cada situação concreta, e, portanto, saber o que fazer em cada situação concreta pressupõe uma compreensão e um juízo sobre a situação e uma intencionalidade de ação. (ALARCÃO; RUA, 2005).

Essa ressalva se faz pertinente quando buscamos resgatar o cuidado como constitutivo do agir da (o) enfermeira (o) como o momento vivenciado no Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem numa perspectiva de prática e de gerenciamento do mesmo nos sistemas de saúde e sua interação com o processo de produção do cuidado, objeto deste estudo.

No que se refere à produção de cuidados, tem-se o desafio de buscar outras formas de equacionar as necessidades e os interesses dos usuários, dos trabalhadores e das instituições de saúde com a criação de projetos terapêuticos

que favoreçam o desenvolvimento da autonomia das pessoas em suas vidas, enfim produzam novos sujeitos sociais, e uma outra prática social na saúde.

A produção de cuidados envolve o conjunto dos trabalhadores em saúde com seus “potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação de seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém” (MERHY, 2002, p. 123).

Sob essa ótica, a produção do cuidado, perpassa pela busca em compreender integralidade e cuidado, como práticas cotidianas no sistema de serviços de saúde onde se estabelecem vínculos sociais, transformando esses lugares em lugares de encontros, de necessidades de saúde, de cuidadores de si e dos outros, ou seja, onde essas práticas passam pela subjetivação dos sujeitos nos modos de produzir saúde (MERHY, 2003; PINHEIRO, MATTOS, 2001, 2005).

Nesse sentido, Pires, M.R.G. (2005, p. 1031) sustenta que:

Cuidar é mais que um ato mecanizado, rotinizado e alienado de sentido, faz parte da realidade criativa dos seres, compondo-lhe a estrutura de ser e vir a ser-no-mundo, sendo atitude humana inscrita na esfera vital, subjetiva e cultural das relações sociais.

Assim, o “aprisionamento do ato de cuidar em normas, rotinas e técnicas desvirtuam o cuidado de sua existência criadora e reveladora” (Pires, M.R.G, 2005, p.1.031). “Produz-se assim a institucionalização do cuidado. Esse cuidado institucionalizado tende a priorizar a proteção do usuário em detrimento de sua autonomia” (RIBEIRO, 2009, p. 53).

Concordamos com Fernandes, J.D. (2006, p. 39), ao referir-se à idéia que a sociedade tem construída acerca da (o) enfermeira (o):

Observa-se, na sociedade em geral, que a figura do enfermeiro vem revestida daquela idéia ligada ao trabalho médico (executando ordens médicas, auxiliando em procedimentos, etc.), e o enfermeiro como aquele que realiza procedimentos técnicos ou ainda como o profissional que se dilui na equipe de Enfermagem (auxiliares e técnicos de Enfermagem) realizando atividades similares à equipe. Percebe-se, também, usuários mencionarem o enfermeiro como o chefe “que manda na equipe” e que pouco realiza.

Quando me reporto à noção de cuidado, não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde, ou como um procedimento técnico, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da

saúde como o direito de ser. É o tratar, o acolher, o respeitar o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto da sua fragilidade social (PINHEIRO; MATOS, 2001, 2005).

No campo das práticas de saúde, é importante que os sujeitos sejam considerados em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural, busquem a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, de forma integral e humanizada nas suas necessidades de saúde.

O princípio da integralidade implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os usuários. Para o alcance desse princípio há a necessidade de se articular o conhecimento dos profissionais, que passa pela formação, bem como a participação dos profissionais, usuários e gestores de saúde (PINHEIRO; MATOS, 2001, 2005; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2005).

De um modo geral, os teóricos da área da Enfermagem, enfatizam uma preocupação com o sujeito e, também com alguns princípios como saber ouvir, acolher, respeitar. Mesmo reconhecendo no cuidado um núcleo estruturante da Enfermagem, Henriques e Acioli, (2004), percebem dificuldades na sua identificação e categorização, pois o cuidado se reveste de múltiplas faces mesmo nessa corporação profissional.

Diante da conceituação de Merhy (2002), acerca da produção de cuidados em saúde, e ao questionar o trabalho da (o) enfermeira (o), no contexto hospitalar e da saúde coletiva, é possível dizer que esse profissional não é o único responsável por essa produção, ainda, que o campo da saúde, seja cooptado pelo capital financeiro, apresenta muitas insuficiências próprias dos atos produtivos em saúde, podendo-se destacar: os modelos centrados e os procedimentos, a ausência de ações integralizadas e unificadas centradas no usuário (FERNANDES, J.D., 2006).

Entretanto, Henriques e Accioli (2004, p. 295), discutem que:

Ainda que o cuidado assuma tal importância na construção dessa identidade profissional, as práticas têm privilegiado o estabelecimento de procedimentos técnicos, criando rituais de procedimentos cada vez mais

complexos, em detrimento da valorização do sujeito na construção de um cuidado integral.

Nesse sentido, a Enfermagem enquanto prática social, ou seja, como trabalho que se articula a outros trabalhos em contextos históricos e sociais específicos indo além de uma profissão com sua competência técnico-científica, busca sempre responder às exigências sociais e de saúde de uma determinada época e de um determinado espaço social.

Nessa vertente, reitera Fernandes, J.D., (2006, p. 30), a “Enfermagem também precisa ousar a se apropriar de uma mistura de conceitos (mix conceitual), que produza mais sentidos e impacto nas suas ações cuidadoras cotidianas, com vistas à integralidade e à humanização”.

Entende-se que os aspectos relativos à Enfermagem e ao trabalho do enfermeiro não devam ficar descolados de um movimento que é muito maior, ou seja, da luta para superar o paradigma biologicista e preventivista, focando a ação integral no ordenamento da formação dos profissionais da saúde, que, na verdade, serão, também, construtores da história e das práticas do SUS.

Sob essa ótica, ao buscar re-significar as formas de produção do cuidado propiciadas pelo momento do ECS de Graduação em Enfermagem, os atores sócias se desconstroem e reafirmam a idéia de que esses processos advêm dos momentos vividos e refletidos dialeticamente no cotidiano dos serviços de saúde, em busca da sua autonomia.

Considerando o ser humano como sujeito da construção de sua autonomia, há que se pensar em uma educação que reconheça o homem como um ser constituído socialmente, que tem um projeto e que é capaz de atuar para ser não apenas reprodutor das práticas de saúde, mas produtor de novas práticas (L'ABBATE, 1995).

Concordamos com Fernandes, J.D., (2006), ao referir que muito se questiona se a formação das (os) enfermeiras (os) está indo ao encontro das reais expectativas do mercado de trabalho, bem como da própria profissão, sendo que, no seio das insatisfações e dos conflitos discute-se que o enfermeiro não está sendo formado para cuidar. Sob essa ótica, indaga-se o significado atribuído ao cuidar, uma vez que tem-se a percepção de que há uma certa visão reducionista que o restringe apenas a uma dimensão de cunho eminentemente técnico (o fazer).

Ainda se observa, segundo a autora desse estudo, uma evidência, nos currículos, um forte predomínio da assistência individual com ênfase na área hospitalar, utilizando referenciais da gerência clássica e científica.

Nesse sentido, os estudos de Fernandes, J.D. (2006: p. 40), apontam que:

[...] convencionou-se chamar cuidado indireto. Por outro lado, o cuidado direto é desenvolvido, cada vez mais, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, que, na verdade, são reconhecidos pelos pacientes como enfermeiros, tendo em vista o estabelecimento de um maior vínculo com os mesmos, executando procedimentos de baixa e/ou de alta complexidade e/ou de risco, que não lhes competem, porém que lhes são delegados pelo próprio enfermeiro.

Com isso se cria uma dicotomia entre cuidado direto versus o cuidado indireto, gerenciar versus cuidar. Essa dicotomia aponta para a necessidade de se rever o ensino de graduação, além de refletir sobre o impacto que os referidos conceitos produzem no cotidiano de trabalho da (o) enfermeira (o), que, muitas vezes, reforça a linha histórica da profissão, a hegemonia médica, bem como a centralidade dos atos cuidadores do enfermeiro, e na contramão da história, do contexto multiprofissional e do paciente.

Na historicidade dessa profissão, o trabalho da Enfermagem é desenvolvido por diversos agentes, em vários níveis de formação, e a partir de 2006, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram incorporados aos trabalhadores que desenvolvem ações de assistência, e que são capacitados e supervisionados por enfermeiras (os), apesar de não pertencerem à categoria (BRASIL, 1987, 2006).

Nas últimas décadas do século XX, a concepção de processo de trabalho em contraposição à concepção tradicional, cuja premissa principal é a vocação, vem se incorporando às discussões referentes à posição que a Enfermagem brasileira ocupa no cenário da Saúde e da Educação (RESCK, 2006)

Essa forma de olhar a profissão vem permitindo uma análise mais realista da mesma, maior adesão às lutas gerais dos trabalhadores no mundo do trabalho e da saúde, maior participação na formulação das políticas públicas, ocupação de postos que permitem participar das tomadas de decisões na Saúde e na Enfermagem e conquista de melhores condições de trabalho e de salários, entre outras, e assim, essa posição adotada vem conferindo à Enfermagem, enquanto prática social, maior visibilidade, reconhecimento e valorização do saber-fazer na sociedade (VALE, *et al.*, 1999; RESCK, 2006).

Assim, é possível ainda afirmar, conforme Almeida (1997), que no cotidiano do ensinar, pesquisar, cuidar, na teoria e na prática das (os) enfermeiras (os), como também dos demais profissionais da saúde, a contextualização com as Políticas de Saúde nem sempre é efetiva, quer pela ausência, quer pela pouca consciência crítica dos profissionais e para a qual aponta a resistente formação técnico-científica voltada ao modelo biomédico, curativo, individual, centrado na doença, e à alienação que valoriza o trabalho médico e desvincula da idéia geral de trabalho coletivo (RESCK, 2006).

Complementam Faustino, Moraes, Oliveira e Egry (2003), que num cenário de mudanças sociais e econômicas, se insere uma nova ordem social em um mundo globalizado, e a Enfermagem, como uma profissão inserida no contexto social e de saúde, precisa reorganizar-se, a fim de acompanhar as rápidas transformações decorrentes das constantes alterações no quadro político-social e econômico brasileiro.

Entretanto, não se pode operar transformação histórica e social no fazer profissional dos profissionais da saúde e da enfermagem sem mudanças efetivas, sendo necessário avançar, não apenas no preparo de um novo profissional, mas acima de tudo, de um indivíduo crítico, reflexivo, e uma consciência social, enfim, cidadãos, preparados para aprender a criar, a propor, a construir.

Assim, o ECS, como etapa de formação profissional, deve permitir que as (os) discentes, docentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) repensem, e redefinam o seu modo de operar a produção do cuidado centrado no usuário, e saberes multiprofissionais e baseados na integralidade, acolhimento e vínculo.

Acerca dos modelos assistenciais, Resck (2006: p. 32), reitera que:

No cenário da saúde brasileira, as contraposições ainda se estendem da cobertura universal à população ao atendimento diferenciado por classes sociais; da cultura de prevenção e promoção à saúde à da curativa, centrada na hospitalização, onde coexistem como foco de atenção à saúde, o de profissional-centrado, procedimento-centrado, com o domínio hegemônico do saber médico; e o de usuário-centrado, que busca maior resolutividade, autonomia, vínculo e acolhimento aos usuários, constituindo um desafio para a formação e a práxis dos novos profissionais de saúde, mobilizados para a transformação social e para o desenvolvimento da cidadania.

Nesse sentido, Silva Júnior, Pontes e Henriques (2005, p. 106), identificam que:

A participação da universidade na rede de cuidados significa que em sua articulação com os serviços de saúde há de apresentar sinergia inerente ao seu modo de funcionamento e natureza das suas ações como uma concreta rede de serviços de saúde, com responsabilidades mútuas e ações pactuadas em torno do interesse dos usuários e da coletividade. Ações estas que buscam a integralidade da atenção à saúde, cuja articulação com outros setores se coloca como importante dimensão a ser considerada (intersectorialidade).

Como toda mudança confere tensões, descontinuidade e transformações nos cenários onde ocorrem, se percebem que a articulação entre a universidade e os serviços de saúde estão ocorrendo, haja vista que no Brasil, a partir de 2003, algumas iniciativas nacionais marcam que a educação na saúde, pela interface do SUS, tem propiciado o repensar educação na perspectiva da relação ensino-serviço (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Nesse cenário, os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, as Vivências e Estágios para Estudantes de Graduação na Realidade do SUS (VERSUS), o SUS e os cursos de graduação na área da saúde (AprenderSUS) e pesquisa sobre o ensino da integralidade em saúde (EnsinaSUS). Somam-se ainda as publicações de livros, artigos em revistas sobre ensino em saúde. Conta-se ainda, com diversos cursos de pós-graduação, em educação, saúde núcleos de pesquisa que têm se constituído em espaços de produção de conhecimento sobre o tema (CECCIM; CARVALHO, 2005).

No processo histórico da educação da Enfermagem, a partir das DCN/ENF foram apontadas mudanças na educação em saúde, em direção às práticas cuidadoras, ao trabalho em conjunto dos profissionais da equipe de saúde e ao compromisso com o SUS. Devem-se envolver a rede de serviços de saúde como um todo, pois todos os ambientes de trabalho em saúde devem ser conhecidos ao longo da formação, e maior familiaridade e destreza devem ser proporcionadas pelos campos de atuação com maior expansão.

Nos dias atuais, na busca por uma melhor assistência à saúde, é imprescindível o cumprimento das diretrizes e princípios do SUS. Particularmente no atendimento integral ao paciente, tendo em vista sua implicação numa prática de qualidade que desenvolva capacidade de análise crítica de contextos. A ação

integral pressupõe mudanças nas relações do processo de trabalho entre os profissionais de saúde e destes para com o usuário.

O Estágio Curricular de Graduação em Enfermagem desta Universidade pública, do estado da Bahia, portanto, passa pela visão abrangente e multifacetada da produção do cuidado, como conteúdo ou essência do processo dinâmico produtor e protetor da vida, configurando-se por um misto de ações de saúde ou atitudes cuidativas, gerenciais, educativas e legais dos diferentes sistemas sociais, ora situado nos limites de uma estrutura organizacional, ora transcendendo ao controle dos interesses individuais e das políticas sociais (ERDMANN *et al.*, 2006).

Acrescenta Merhy (1997, 1998), que, no cotidiano do trabalho e na gestão coletiva dos serviços de saúde, é possível identificar e buscar maior resolutividade aos problemas dos usuários, devendo o profissional de saúde ampliar sua relação com o conjunto de saberes e com outros profissionais, abrindo espaço ao trabalho participativo.

A interconexão das ações desenvolvidas no Estágio Curricular nos Cursos de Graduação em Enfermagem, mediante efetivação de ações conjuntas, interdisciplinares, com diferentes formas de conhecer e organizar o conhecimento se constitui numa das estratégias para o desenvolvimento e fortalecimento de competências para o profissional atuar no SUS.

Desse modo, ao analisar o processo de produção do cuidado no contexto do Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem, de um curso de Graduação, de uma Universidade pública da Bahia, não se pode perder de vista que as unidades de saúde, utilizadas como campo de práticas, devem contribuir para o resgate e apreensão de conteúdos teóricos e práticos das disciplinas; articulam o processo de trabalho do aluno, em conjunto com a equipe; consolidam o conhecimento das políticas de saúde do SUS e desenvolvem a dimensão cuidadora, no âmbito das instituições de saúde.

O papel da (o) docente e da (o) enfermeira (o) de serviço é preponderante como facilitadoras (es)/articuladoras (es) na construção do saber e na conformação de competências e habilidades gerenciais e do cuidado ao aluno, nos cenários onde se desenvolvem as práticas e os Estágios Curriculares, considerados espaços intercessores para a troca de vivências e saberes, tanto para o gerenciamento do cuidado, como para a gestão de serviços e do sistema, retroalimentando ambas as

partes da parceria, tanto a formação como o trabalho, tanto o ensino como o serviço, conseguindo articular a teoria à prática, num sistema de trocas, fundamentais para o desenvolvimento da práxis social e historicamente construída.

Essa integração ensino/serviço vem sendo desenvolvida no cenário nacional da Saúde e da Educação a partir de experiências inovadoras conforme relata Franco, (2007, p. 431:32), ao citar exemplos como:

[...], a Residência Integrada em Saúde, implantada pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, em 2002 (Ceccim & Ferla, 2003); e, no âmbito da educação permanente em saúde, a experiência da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, analisada por Santos (2005) e Santana (2005). Além dessas experiências “locais”, pode-se citar o esforço que se fez para disparar uma política nacional de educação e desenvolvimento para o SUS a partir do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, pelo Ministério da Saúde, durante a gestão 2003/2005.

Sobre a Educação Permanente em Saúde, refere Ceccim (2005, p.161), que:

A identificação Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Esse novo modo de agir sobre a prática educacional, como apontado por Ceccim (2005) e Franco (2007), se coloca na perspectiva libertária, com sentido claro de imprimir transformações nos sujeitos e no SUS. Os cenários de produção do cuidado, como cenários de produção pedagógica, re-significam a educação na saúde e colocam-na para além da relação ensino-aprendizagem, mas no âmbito dos processos de cognição e mudança na práxis social, com o sentido de criar grupos e sujeitos capazes de assumir para si o protagonismo, como sujeitos sociais, que determina o desenvolvimento do SUS.

Esse entendimento me levou a buscar um conhecimento complexo em saúde e ampliar a discussão acerca do Estágio Curricular de Graduação em Enfermagem na sua interação com as unidades do sistema de saúde – ambos constituindo um

sistema vital e dinâmico que implica na construção de redes não lineares constituídas pela totalidade das práticas, das atitudes e do conhecimento dos vários atores sociais envolvidos que dão sustentação ao processo de formação, ou seja, o processo de produzir o cuidado em saúde na sua totalidade.

Logo, torna-se imprescindível discutir essa temática, com base o momento de aprendizagem e trabalho vivido pelos docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) no ECS sob a ótica da abordagem dialética, especificamente a Teoria do Materialismo Histórico Dialético (MHD).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

*Não é a consciência do homem que lhe determina o ser, mas, ao contrário, o seu ser social que lhe determina a consciência.*  
*Karl Marx.*

Na busca da construção de um referencial de análise que possa ajudar a discutir e analisar as especificidades do processo de formação e profissionalização da (o) enfermeira (o) e, mais especificamente, com base nas experiências e comportamentos de discentes, docentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), nos cenários das práticas desse Estágio, de uma Universidade pública do estado da Bahia, a aprendizagem e produção do cuidado, no desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado Enfermagem, me possibilitam ancorar essas discussões, nos pressupostos teórico-filosóficos do materialismo histórico, com seu método dialético.

### 2.1 O MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO COMO EIXO METODOLÓGICO

Não se pode adentrar nas discussões acerca do Materialismo Histórico Dialético sem referência ao **Materialismo Dialético**, enquanto base filosófica do Marxismo, e como tal realiza a tentativa de buscar explicações coerentes lógicas e racionais para os fenômenos da natureza e da sociedade. Caracteriza-se por ressaltar, a partir da teoria do conhecimento, a importância da **prática social** como critério de verdade para a construção do mesmo ao operar as suas atividades produtivas (TRIVIÑOS, 1995).

Essa **prática social**, limitada pela história modificou e originou o estudo das leis sociológicas que caracterizavam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e dessa prática social, no desenvolvimento da humanidade. Assim, após o marxismo, o **materialismo histórico**, ressalta a força das idéias, capaz de introduzir mudanças nas bases econômicas que as originou (TRIVIÑOS, 1995).

Esses pressupostos se constituem num conjunto articulado de juízos a respeito de uma dada realidade, enquanto que o método se constitui num conjunto de procedimentos racionais que operacionalizam a investigação científica e que

estão, indissolúvelmente, ligados a uma determinada teoria da realidade e do conhecimento.

Os principais conceitos do Materialismo Histórico, segundo TRIVIÑOS (1995), são:

- SER SOCIAL: é a expressão das relações que o homem estabelece com a natureza e entre si e independem da consciência; uma vez que a matéria é anterior à consciência;

- CONSCIÊNCIA SOCIAL: representa o conjunto das idéias políticas, jurídicas, filosóficas, estéticas, religiosas e psicológicas, entre outras;

- MEIOS DE PRODUÇÃO: corresponde a tudo o que os homens empregam para gerar bens materiais;

- FORÇAS PRODUTIVAS: são os meios de produção, os homens, sua experiência de produção, seus hábitos de trabalho. Não desconsiderando a importância do homem, a força de produção depende fundamentalmente dos instrumentos da tecnologia;

- RELAÇÕES DE PRODUÇÃO: são aquelas que não podem ser separadas das forças produtivas e podem ser de cooperação, de submissão ou outras formas que indiquem uma transição entre as duas anteriores;

- MODOS DE PRODUÇÃO: são assinalados historicamente cinco modos de produção, quais sejam: o modo de produção das comunidades primitivas, da sociedade escravagista, da sociedade feudal, capitalista e comunista, esta última com duas fases: a socialista e a comunista.

O Materialismo apresenta ainda três características importantes. A primeira é a **materialidade do mundo** onde os fenômenos, objetos e processos que existem na realidade, ou seja, são materiais estando ou não em movimento. A segunda característica ressalta que a **matéria é anterior à consciência**, isto é, o reconhecimento do fim, e que a consciência é um reflexo da matéria. E por fim, o **mundo pode ser conhecido pelo homem** (TRIVIÑOS, 1995; KONDER, 1991; MARX, 2005).

A visão materialista histórica concebe que é no percurso social que o indivíduo vai aprender, desenvolver e reproduzir os valores e as virtudes. As virtudes seriam, então, igualmente, produtos ou construções sociais e embasariam a vida

humana a partir da constituição da sociedade, num processo fortemente influenciado pela superestrutura social (RIBEIRO, 2009).

Os fenômenos de saúde, segundo o MHD, são compreendidos como resultado da organização social para a produção/consumo, pois é dela que dependem os seres humanos para suprirem suas necessidades vitais. Portanto, transformações no modo de produção e reprodução social de um determinado momento histórico geram igualmente transformações na saúde humana (PERNA; CHAVES, 2008).

Para estudar o processo de cuidado nos cenários das unidades do sistema de saúde no desenvolvimento do ECS, na perspectiva do MHD, é necessário caracterizar cada um dos fenômenos constitutivos desta realidade e pesquisar, paralelamente, os fatos históricos, políticos, econômicos e sociais que a permeiam, do superficial ao profundo.

O método Materialista Histórico Dialético, caracteriza-se pelo movimento do pensamento, desvelando leis que ordenam os homens na História, tendo como fontes: a natureza, a observação dos fenômenos naturais; o estudo da história humana e as transformações no modo de produção, nas configurações sociais e nas idéias derivadas dessas; e o estudo do pensamento em si. Além das leis, é constituído, também, por princípios, categorias e, por conseguinte, conclusões metodológicas (TRIVIÑOS, 1995; (PIRES, M.F.C.1997).

Utilizando os pressupostos teórico-filosóficos do Materialismo Histórico Dialético, analiso o processo de produção do cuidado no desenvolvimento do ECS, entendendo esse processo como dinâmico, pois a cada momento há uma ação diferente, reproduzindo inúmeras contradições específicas.

Para tanto, é necessário refletir a realidade da produção do cuidado no desenvolvimento do ECS em si mesma, como ela se mostra e analisar o que há de essencial nessa realidade aparente em direção a totalidade da mesma a partir de suas contradições.

Essa escolha foi fundamentada no entendimento de que esse referencial possibilita direcionar a análise para as causas e conseqüências dos problemas apontados e suas contradições, considerando todo o contexto histórico do fenômeno estudado (KONDER, 1991).

Na perspectiva de que esse eixo teórico-metodológico se constitui num paradigma explicativo da realidade, isto é, a produção do cuidado no desenvolvimento do ECS em um curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública, do estado da Bahia, com seu caráter histórico e sua natureza contraditória, numa realidade concreta; o Materialismo Histórico Dialético, procura conhecer a realidade objetiva e subjetiva para transformá-la, parecendo, destarte, adequado ao estudo em pauta.

Assim, é que o objeto de estudo, da presente investigação, é abordado na sua historicidade, contradições e na sua totalidade. A contextualização do fenômeno estudado fundamenta-se na lógica e nos métodos que explicitam a dinâmica e contradições internas desse fenômeno. A sua totalidade é caracterizada pela intensa interação e conexão do fenômeno, consigo mesmo, e com o todo.

Para o reconhecimento desses fenômenos ancoramos as observações e a análise dos achados e discussões nas categorias e leis que caracterizam a teoria do Materialismo Histórico Dialético.

As categorias e as leis se apresentam como a essência de qualquer teoria. Elas se formaram no processo de desenvolvimento histórico do conhecimento e da prática social que caracteriza a existência humana, de pensar e agir continuamente sobre a natureza (KONDER, 1991; TRIVIÑOS, 1995).

Isto nos permite dizer que na perspectiva do Materialismo Histórico Dialético, o fenômeno de ocorrência do Estágio Curricular em um curso de graduação em Enfermagem e a produção do cuidado nos sistemas de saúde, se constitui numa prática social dos sujeitos, que buscam interagir nesse processo de relações sociais que se estabelecem nas unidades que atuam como cenários de prática. Apropriam-se ou não da consciência crítica a partir da materialidade do processo como forma de se perceber no mundo através das relações de trabalho e do cuidado inerentes ao **“ser enfermeiro”**.

Essa aproximação com os discursos, que se entrecruzam nos conteúdos dos textos dos sujeitos deste estudo, consiste em tentar fazer uma releitura dos momentos vividos, construídos e re-inventados que estão inseridos nas entrelinhas dos conteúdos manifestos das entrevistas e observação sistemática, pois em se tratando da experiência prática dos atores durante o Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem, no contexto do sistema de cuidados à saúde,

incorporam o **novo** nas suas práticas cotidianas, nas situações de aprendizagem e trabalho desencadeadas pelo processo de produção do cuidado.

Buscar-se-á a análise da produção do cuidado, através das experiências de aprendizagem e trabalho vivenciadas pelas (os) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) no desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado de Graduação em Enfermagem da Instituição pesquisada, no sistema de saúde, no processo de formação do enfermeiro, sem pretender esgotar esse objeto.

São sujeitos que atuam em diversos espaços, possuem conhecimentos e valores, socialmente construídos, e que serão analisados na sua dinamicidade, pluralidade, heterogeneidade e complexidade, em suas articulações e associações que forem possíveis.

São essas experiências dos múltiplos sujeitos envolvidos no processo formativo e, mais especificamente, no desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem, que me levou a buscar as teorias que possam contribuir para a discussão e análise deste objeto do estudo.

Em cada ação realizada o ser humano se defronta, inevitavelmente, com problemas que se interligam. Para encaminhar uma solução para os problemas, é preciso se ter uma visão de conjunto, ou seja, do todo.

A partir dessa visão do conjunto, se pode avaliar a dimensão de cada elemento da situação, para se evitar atribuir um valor exagerado a uma verdade limitada, em prejuízo da verdade geral. A modificação do todo só se realiza, de fato, após um acúmulo de mudanças nas partes que o compõem, pois é nessas partes, que se terá a expressão da complexidade dos elementos, que conformam o fenômeno em si. Este é o fundamento da lei da dialética, da transformação da quantidade, em qualidade (PERNA; CHAVES, 2008).

Assim, ao analisar a produção do cuidado no Estágio Curricular Supervisionado de um curso de Graduação em Enfermagem, em uma Universidade pública, do estado da Bahia, busquei identificar no processo histórico da prática social dos sujeitos envolvidos, os movimentos antagônicos e similares, a sua totalidade e suas partes, sem perder de vista a construção e desconstrução de saberes, de redes sociais e formas de operar o cuidado em saúde.

Por se tratar de um estudo que se propõe analisar a produção do cuidado, durante o desenvolvimento do ECS, realizado pelas (os) docentes, discentes e

enfermeiras (os) preceptoras (es), de uma Universidade pública, do estado da Bahia, identifique a complexidade desse processo, numa perspectiva da contemporaneidade exigida pela sociedade, para a construção da criticidade do homem e transformação da práxis.

Para Minayo (2000), o marxismo interpreta a realidade como uma totalidade, na qual tanto os aspectos visíveis, objetivos, quanto às representações sociais sobre o real integram e configuram um modo de vida condicionado pelo modo de produção específica.

No marxismo, a base material é considerada essencial para a formação da consciência, sem, no entanto, desconsiderar a importância das representações sociais como condicionantes na reprodução da consciência, e construção da realidade mais ampla.

Para o marxismo, não existe nada eterno, fixo e absoluto. As idéias, instituições e categorias não são estáticas. Toda a vida humana é social, em constante mudança. A transformação é perecível, portanto toda construção é social e histórica.

Encontro em Minayo (2000, p.76), algumas considerações sobre os conceitos tidos como fundamentais para o entendimento da saúde no quadro da totalidade e que, certamente, influenciaram e reforçaram minha opção por este referencial teórico, quais sejam:

- a) Na concepção marxista o processo de trabalho é considerado locus privilegiado das relações de produção e sua reprodução. É também matriz de formação social, econômica, política e ideológica, portanto de luta de classe, de dominação e de resistência;
- b) As condições gerais de produção na relação imediatamente estabelecida entre o processo de produção e a estrutura social e política, onde se dá a distribuição da riqueza;
- c) O papel central da luta de classes na transformação e no advento de novas estruturas;
- d) A importância da cultura como mediadora entre objetividade e subjetividade do sujeito histórico transformador.

Conforme nos aponta Triviños (1995), uma das idéias mais originais do Materialismo Dialético foi a de ter destacado, na teoria do conhecimento, a prática social como critério de verdade, colocando em relevo a interconexão entre o relativo e o absoluto, quando trata do conhecimento em sua dimensão histórica.

Daí considerar a relevância de investigar a temática, tendo em vista que o Estágio Curricular é o momento significativo para a formação profissional e pessoal do graduando, e que nesse processo está inserida a instituição formadora (os docentes), o enfermeiro assistencial que atua como preceptor, no desenvolvimento das práticas nas unidades do sistema de cuidados à saúde.

Esses sujeitos históricos e sociais estabelecem diferentes significados e sentidos no decorrer desse processo, e por isso, optei por não investigá-los separadamente, pois na perspectiva dialética, sob a ótica de cada ator, a realidade desse momento é individual e coletiva, e é nessa realidade vivida e historicamente construída, que eles devem buscar rever e (re)significar o apreendido, e assim, operar novas formas de viver no mundo.

Toda teoria possui em sua essência as categorias e leis que a conformam como tal. Na dialética, as leis e as categorias se formaram objetivamente por meio do processo de desenvolvimento histórico do próprio conhecimento e da prática social.

Esta idéia nos remete a considerar que outras categorias podem surgir quando se trata de pensar o homem agindo continuamente sobre a natureza. A categoria essencial na dialética é a contradição presente na realidade objetiva, e a lei fundamental é a da unidade e luta dos contrários (TRIVIÑOS, 1995).

O humano, nesse estudo, é representado por diversos sujeitos que integram a instituição formadora (universidade) e as unidades de saúde (Unidades Básicas e unidades de saúde do Programa de Saúde da Família), e como tal estabelecem relações interpessoais, dialógicas numa linguagem comum e direcionada ao entendimento mútuo. Enfim, os homens agem a partir do diálogo. Essa comunicação, entre seus pares, leva a mudanças nas ações e modos de estar no mundo, e buscar modificá-lo.

Minayo (2000) discute o lugar do sujeito, para o marxismo, como sendo um sujeito social cuja consciência é como um produto social da necessidade e da ação humana, no meio sensível da natureza, em permanente relação com os outros homens, dentro de determinadas condições de produção.

Na adoção da Teoria do Materialismo Histórico Dialético para a análise da produção do cuidado no desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado, em um curso de graduação em Enfermagem, nos cenários de prática, de uma

Universidade pública, do estado da Bahia, dispõe-se de algumas perspectivas de análise a serem adotadas no presente estudo e a seguir apresentadas:

- Análise centrada nos sujeitos dessa investigação, que deverão ser analisados em suas vivências, tendências, atitudes, capacidades, sistemas de valores e particularidades culturais e históricas conferidas pela prática social nos processos de aprendizagem e trabalho;

- Análise dialógica centrada nas interações entre os sujeitos e as instituições, devendo ser observadas as relações interpessoais, inclusive aquelas estabelecidas com os usuários e profissionais do sistema de cuidados à saúde, na totalidade dos modos de produção do cuidar/cuidado em saúde e de enfermagem na perspectiva de uma práxis transformadora;

- Análise centrada nas Instituições formadora e prestadora de serviços de saúde onde se estabelecem as relações de produção desencadeada a partir do processo de produção do cuidado no desenvolvimento do ECS em enfermagem, na Universidade analisada.

Por possibilitarem uma reflexão que se funda na práxis, o casamento das duas abordagens é fecundo na condução do processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico de análise da realidade social.

Refletir sobre como isto repercute na educação, especialmente na enfermagem, como formadora de novos profissionais que interagem nos momentos de doença dos indivíduos, e como tal necessita de ferramentas que permitam esse processo complexo de cuidar de si e do outro, é uma tarefa instigante e desafiadora.

Diante do exposto, passamos para o desenho metodológico do estudo onde descrevemos a caracterização da pesquisa, o contexto local do estudo, sujeitos da pesquisa, instrumentos e técnicas de coleta de dados bem como o método de análise e interpretação da realidade apreendida.

### 3 METODOLOGIA – O CAMINHO E O INSTRUMENTAL DA PESQUISA

*Ninguém nasce feito, é experimentando-nos  
no mundo que nós nos fazemos.  
Paulo Freire*

O estudo tem como marco teórico- metodológico o Materialismo Histórico Dialético. Histórico porque entende que esses fenômenos estão situados em um tempo e numa realidade historicamente construído, e dialético porque considera que essa realidade está em constante transformação pela ação do ser humano (KONDER, 1981, 1991).

A dialética é um pressuposto importante no entendimento da teoria e dos dados empíricos obtidos no cenário em que o estudo foi desenvolvido.

Baraldi (2005, p. 44), discute que:

O movimento dialético permite conhecer e reconhecer as realidades, possibilidades e limites inerentes à visão de mundo aqui desenhada, num processo de construção e desconstrução que se transforma e dinamiza, daí, portanto, sua historicidade. Estes horizontes constituem a complexa engrenagem de situações que vão desenvolvendo o traçado da história dos indivíduos e da sociedade, interagindo diretamente na práxis profissional. O pensar dialético pede para reconsiderar o homem no interior de determinada sociedade, contextualizando-a num específico momento histórico, sofrendo interferência dos plexos em que estão conectados num constante processo de organizar, desorganizar e transformar.

De acordo com Demo (1995), a Dialética é a metodologia mais conveniente para a realidade social, considerando esta como portadora de condições objetivas e subjetivas.

Do ponto de vista da Dialética e do Materialismo Histórico, a análise da produção do cuidado no desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado, em um curso de graduação em Enfermagem, em cenários de prática, de uma Universidade pública, do estado da Bahia, objeto de estudo da presente investigação, se constitui num fenômeno concreto, entendido em sua historicidade, e que se desenvolve em momentos determinados da história, sob determinadas condições e contradições.

### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Na perspectiva da abordagem qualitativa, trata-se de um estudo exploratório, descritivo. As pesquisas exploratórias visam *proporcionar* “maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições” (GIL, 1999 : 45).

O estudo descritivo é classificado por Rudio (1986 p. 71), como um estudo “interessado em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los”.

Considera-se, ainda, que a pesquisa qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. O autor considera que a pesquisa qualitativa tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social (NEVES, 1996).

Caracterizam-se ainda, por trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2000, 2002).

A trajetória metodológica se constitui no caminho e instrumental possível e necessário para o conhecimento da realidade, haja vista o processo dinâmico e dialógico que envolve a participação das (os) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) no desenvolvimento do ECS em Enfermagem intimamente relacionado à produção do cuidado nos diversos cenários de prática.

Essa produção do cuidado, na perspectiva da autonomia de aprendizagem e trabalho, deve possibilitar aos sujeitos nessa etapa de formação, re-significar as diversas facetas que constituem o saber, o fazer, o saber-fazer e o saber-ser, não considerando que está contemplado nas DCN/ENF, mas também, que é inerente ao ser humano, histórico, social e complexo, na sua simplicidade de escrever a sua história, e a da sociedade onde vive.

A análise será desenvolvida em uma perspectiva interpretativa, com o objetivo de analisar as formas de produzir e de desvendar o consciente, e mesmo aspectos

do inconsciente, que nunca se tornam completamente explícitos, nos processos sociais.

Buscar a totalidade do processo de produção do cuidado que se inscreve nas práticas de saúde desenvolvidas pelas (os) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (os) do Estágio Curricular de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública do estado da Bahia se constituíram numa experiência ímpar, e que não se esgotou, pois os sujeitos são movidos por desejos, consensos, contradições, construções e desconstruções mediatizados pelo mundo social.

A pesquisa se caracterizou pela abordagem social que é conceituada por Minayo (2000, p.47), como: “todas as investigações que tratam o fenômeno saúde-doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviço e os profissionais e usuários”.

Por esta razão, adotei o enfoque qualitativo indicado por Minayo (2000), para viabilizar o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Desse modo, ao buscar analisar, em sua realidade, concretude e totalidade, a produção do cuidado em unidades do sistema de saúde, no desenvolvimento do ECS do Curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública, no estado da Bahia, propus investigar o contexto local da ocorrência do fenômeno, tendo em vista o modo de operar o cuidado em saúde, dos sujeitos envolvidos.

Não se pretende perder de vista, que os resultados dessa investigação, poderão possibilitar não apenas a interpretação dos fatos ocorridos, no ambiente em questão, como também poderá subsidiar futuros estudos na Instituição estudada, e em outras instituições que possuam as peculiaridades identificadas e descritas acerca da temática.

O ponto central deste estudo é a concretude dos sujeitos pesquisados que ocorre em uma realidade, em que valores, crenças e atitudes na práxis<sup>10</sup> cotidiana

---

<sup>10</sup> A práxis no pensamento Marxista é ‘a atividade concreta pela qual os sujeitos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterná-la, transformando-se a si mesmo; a ação que, para se aprofundar, precisa de reflexão, do auto-questionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática’ (KONDER, 1991, p. 115 apud SILVA, 2006, p. 78).

não foram observados em sua totalidade, considerando a complexidade e incompletude do objeto apreendido.

### 3.2 CONTEXTO DE LOCAL DO ESTUDO

Uma das características da pesquisa qualitativa, no que se refere ao campo do estudo, é o recorte espacial que corresponde à abrangência do objeto de investigação. Assim, na realização desta pesquisa, este recorte tem como objetivo o conhecimento, estudo e aproximação da realidade de um contexto de intersubjetividades manifestados pelos sujeitos sociais de modo que se possa construir uma nova realidade (MINAYO, 2000).

O campo de investigação foi constituído pelos cenários de prática, em um curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública, do estado da Bahia, ou seja, as unidades de saúde de dois municípios, onde as (os) discentes da pesquisa vivenciaram as experiências do Estágio Curricular Supervisionado - ECS II, no período de maio a julho de 2009. Elas (es) foram as (os) primeiras (os) entrevistadas (os) em virtude da colação do grau de Enfermeiro.

Posteriormente, entre 2009 e 2010, foi realizada a coleta das informações das (os) enfermeiras preceptoras (es) e das (os) docentes.

#### **3.2.1 Estrutura Organizacional das Unidades de Saúde dos Municípios - Campo Empírico da Investigação.**

A construção do SUS produziu grande impacto no conceito de saúde, do direito à assistência, imprimiu na vida cotidiana dos serviços de saúde a idéia de cidadania. Trouxe à cena novos modos de trabalhar em saúde e, sobretudo a compreensão de que o cenário de práticas dos serviços é multiprofissional, e o cuidado se constrói sempre em relação com o outro, seja um trabalhador ou o usuário.

O SUS foi, portanto, um acontecimento de grande impacto, capaz de disparar processos de subjetivação, isto é, produção coletiva de novas subjetividades. A subjetividade é social e historicamente construída, e agenciada com base em

acontecimentos, encontros, vivências múltiplas, que um sujeito tem na sua experimentação e interação social (FRANCO; MERHY, 2003, 2005).

A Atenção Básica à Saúde deve se envolver com o cotidiano das vidas dos cidadãos, sendo permeável à participação destes, comprometendo-se com a atenção integral, valendo-se de ações de cuidados individuais e coletivas e atuação inter-setorial. Desta forma, contribui decisivamente para melhoria da qualidade de vida e com processos de transformações sociais mais intensos (MERHY; FRANCO, 2003).

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), juntamente com a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), constituem-se em viabilizadoras da reorganização do Sistema Único de Saúde, com o intuito de promover uma interação mais direta e efetiva entre a comunidade e o serviço de saúde local. Essas estratégias visam, também, à humanização do atendimento, à resolutividade dos problemas de saúde da população incluindo a referência, quando necessária, aos níveis de maior complexidade assistencial, para garantir a continuidade do atendimento.

Foram caracterizados os dois municípios que compõem a rede de campo de práticas, do Estágio Curricular Supervisionado, sem nominá-los, em observância aos critérios de confidencialidade de informações, conforme Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996b).

As atividades práticas desenvolvidas, pelas (os) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), no ECS ocorreram em unidades básicas de saúde e unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), em dois municípios, da área de abrangência da Universidade analisada.

Um dos municípios da pesquisa localiza-se na Região Litoral Sul, do Estado da Bahia, a 429 Km<sup>2</sup> da capital, com população estimada em 203 mil habitantes (IBGE, 2010).

O Município encontra-se na Gestão Plena do Sistema de Saúde, e possui como porta de entrada no sistema a Unidade Básica de Saúde (UBS), num total de nove (09) e Unidade Saúde da Família (USF), que perfazem dezoito (18). Possui uma rede de serviços com: dez (10) unidades especializadas. Seis (06) hospitais, sendo um (01) público, dois (02) filantrópicos e três (03) privados e conveniados ao

SUS. O Programa de Saúde de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado, em 1992, com 77 ACS. Atualmente existem 310 ACS, com cobertura de 55,6%, e acompanham 24.436 famílias cadastradas. A ESF foi implantada, em 2001, atualmente conta com 18 equipes, de acordo com os dados do Relatório de Gestão, da Secretaria Municipal de Saúde, em 2010 (SMS, 2010a).

O segundo Município escolhido possui uma população de aproximadamente, 176 mil habitantes (IBGE, 2010). A situação atual da Atenção Básica caracteriza-se pela baixa cobertura (menos de 30% da população coberta pela ESF), relações precárias de trabalho, baixo e ineficiente investimento em educação permanente dos trabalhadores, além de uma desarticulação com o conjunto do Sistema de Saúde (SMS, 2010).

Ainda nesse Município, existem atualmente 23 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e 06 Equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), sendo que das 23 ESF, 06 possuem Equipes de Saúde Bucal (SMS, 2010b).

Em relação ao tipo de gestão, apesar das alterações introduzidas pelo Pacto pela Saúde, em 2010, o Município encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, desde 2001, é sede da Microrregião Sul de Saúde, e tem como porta de entrada do Sistema de Serviços de Saúde a Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Saúde da Família (USF), que estão distribuídas geograficamente, por módulos (SMS, 2010b).

O Sistema Municipal de Saúde apresenta uma estrutura organizacional modular, dividindo o território em quatro módulos, cada um deles, possui em sua composição alguns bairros, onde estão distribuídos as instituições de saúde: públicos, filantrópicos e privados (SMS, 2010b).

Possui uma rede de serviços de saúde composta de nove (09) UBS, dezesseis (16) USF, dez (10) unidades especializadas, e 24 serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT). A rede hospitalar conta com 7 hospitais, sendo um (01) público, com 220 leitos, dois (02) filantrópicos e quatro (04) privados, e conveniados ao SUS, com 806 leitos. Os leitos hospitalares estão distribuídos nas seguintes especialidades: clínica médica, obstetrícia, pediatria e UTI, conforme os dados do Relatório de Gestão, da Secretaria Municipal de Saúde, em 2010 (SMS, 2010b).

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Na pesquisa qualitativa é imprescindível a valorização dos sujeitos sociais, assim como as informações que emergem do discurso, e que podem permitir uma repetição. Minayo (2000) entende que na homogeneidade, o conjunto das informações poderia facilitar o processo de compreensão das semelhanças e das diferenças.

Ainda sobre a questão, Minayo (2000, p. 43), esclarece que uma “pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir a sua representatividade”.

Por isso, apesar de não ter uma obrigatoriedade no quantitativo dos sujeitos participantes do estudo, a amostragem surgiu espontaneamente, em conformidade com a totalidade do problema investigado.

O estudo totalizou trinta e um (31) participantes, assim descritos, e divididos em 03 grupos:

#### **GRUPO I**

Docentes supervisoras da disciplina de Estágio Curricular II, do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade pública, no 1º semestre de 2009, nas unidades de prática, num total de dois (02).

Coordenadora da disciplina de ECS II, do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade pública, no 1º semestre de 2009, nas unidades de prática, em dois municípios Baianos (apesar de ser coordenador, também será investigado como docente do Curso). Ela foi acompanhada no decorrer da coleta de dados (entrevista e observação sistemática), como docente da disciplina de ECS II.

As docentes foram identificadas no estudo como Ent. 1, Ent. 2, e o grupo ao qual pertencem, num total de três. Exemplo: (Ent. 1, G I; Ent. 2, G I).

Ressalto que a resposta obtida através da entrevista específica com o Coordenador foi utilizada apenas para dar suporte à descrição da organização curricular da disciplina e do processo de planejamento da mesma, e, portanto, não

haverá nenhum critério de diferenciação que a identifique como Coordenadora da mesma.

## **GRUPO II**

Discentes que concluíram a disciplina do Estágio Curricular II, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade escolhida, no 1º semestre de 2009, nas unidades de prática, dos municípios baianos referidos. O estágio ocorreu em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), num total de dezoito discentes (18), dos municípios pesquisados. Elas (es) foram identificadas (os) como: Ent. 4, Ent. 5, Ent. 6, e assim sucessivamente, e o grupo ao qual pertencem. Exemplo: (Ent. 4, G II; Ent. 5, G II,...).

## **GRUPO III**

Enfermeiras (os) dos serviços de saúde que atuaram como preceptoras (es) das (os) alunas (os) nos campos do Estágio Curricular II, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade citada, no 1º semestre de 2009, nas unidades de prática, nos municípios baianos, num total de onze preceptoras.

Elas (es) foram identificadas (os) a partir da Ent. 22, Ent. 23 até o final de todas as entrevistas, e o grupo ao qual pertencem. Exemplo: (Ent. 22, G III; Ent. 23, G III).

### **3.4 COLETA DE INFORMAÇÕES**

A etapa da coleta de informações se constitui, na pesquisa qualitativa, como uma fase importante, pois compreende a entrada do pesquisador no campo da investigação, daí a importância em se definir as técnicas que serão utilizadas pelo mesmo.

Especificamente, no que se refere ao objeto deste estudo, foi importante buscar explicar o significado dinâmico da produção do cuidado, em cenários do sistema de saúde, como parte do Estágio Curricular Supervisionado do Curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública, do estado da Bahia,

através das vivências dos sujeitos envolvidos, haja vista que perpassou por relações de intersubjetividade, interação e de comunicação entre o pesquisador, e os sujeitos sociais envolvidos na investigação.

A práxis, no pensamento Marxista, é discutida por KONDER (1991, p. 115), como:

A atividade concreta pela qual os sujeitos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterná-la, transformando-se a si mesmo; a ação que, para se aprofundar, precisa de reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática.

Assim, a pesquisa qualitativa, na qualidade de pesquisadora, me conduziu, pelo processo de comunicação que se deu através das relações, ao fato de que “tanto o pesquisador como os atores, sujeitos-objeto da pesquisa interferem dinamicamente no conhecimento da realidade” (MINAYO, 2000, p. 107).

Nessa direção, foram utilizadas, para a coleta dos dados, a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática, como fontes primárias, por considerar que elas “privilegiam a compreensão do sistema, sua organização e seu funcionamento, as idéias que as pessoas têm a seu respeito, incluindo-se a busca de entendimento e explicações para os ‘desvios’ funcionais” (MINAYO, 2000, p. 156).

A entrevista é uma técnica em que o pesquisador conhece alguns aspectos que deseja pesquisar. Com base neles, formula alguns pontos a tratar na mesma, através da elaboração de um guia ou roteiro que será utilizado de acordo com a dinâmica que se estabelece na entrevista. Importa destacar, que além de valorizar a presença do investigador, o entrevistado tem ampla liberdade de expressar-se ou discorrer sobre o tema. As perguntas fundamentais que a constitui são resultados da teoria que alimenta a ação do investigador e das informações recolhidas sobre o fenômeno social que interessa (TRIVIÑOS, 1995).

A escolha da entrevista semi-estruturada para formalizar o início de uma coleta de informações, em geral, é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, orientadas por novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1995).

Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

A escolha da entrevista semi-estruturada me possibilitou a obtenção de informações detalhadas quanto à realidade, e, também permitiu a possibilidade de formular novas perguntas, com o objetivo de realizar uma análise mais completa do objeto do estudo.

Nessa perspectiva, a possibilidade em se obter informações relevantes ao estudo, é corroborada por Minayo (2000, p. 109), ao relatar que:

Na entrevista evidenciamos por parte dos entrevistados , uma fala 'reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos' inerentes às relações sociais entre indivíduos que vivenciam situações de interação e 'condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas' movidas por uma sociedade conflitiva.

Para este estudo, elaboramos roteiros distintos de entrevistas destinados à (ao) coordenadora (o) da disciplina, discentes, docentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) do Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem II (Apêndices A, B, C e D).

A outra técnica de coleta de informação foi observação sistemática (Apêndice E), considerada como método de coleta de dados relevante, na pesquisa qualitativa, pois se realiza em condições controladas, para responder a propósitos pré-estabelecidos. No entanto, as normas não devem ser padronizadas, nem rígidas demais, (Lakatos; Marconi, 1988), ou seja, o observador sabe o que procura, e o que é importante considerar em determinada situação.

A utilização da observação sistemática me permitiu captar as dimensões de produção do cuidado dos sujeitos do estudo, haja vista que os processos relacionais, **o fazer, o saber-fazer** ocorreu em diversas atividades (consultas, visita domiciliar, sala de espera e reuniões) que os mesmos desenvolviam em interação entre si e os usuários da unidade investigada.

Essa técnica de coleta de informações é importante, pois considera que, **observar**, significa aplicar atentamente os sentidos a um objeto para se adquirir um conhecimento claro e preciso (Barros; Lehfeld, 1999). É a maneira de compreender a realidade de forma complementar a análise obtida a partir da entrevista, pois

permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVIÑOS, 1995).

Minayo (2000, p. 100), refere que toda “observação deve ser registrada no diário de campo, considerado como um instrumento onde devem constar todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais”. Portanto, no decorrer das observações, deste estudo, registrei conversas informais, sentimentos, comportamentos, gestos, expressões, experiências, atitudes que permitiram captar diferentes realidades observadas.

A observação sistemática foi realizada em uma unidade da Atenção Básica, composta por 03 Equipes de Saúde da Saúde da Família (ESF), em um bairro de um dos municípios escolhidos (APÊNDICE E).

No intuito de complementar os dados obtidos a partir das fontes primárias, utilizei também, a análise documental, enquanto fonte secundária. Ela se constituiu em uma técnica importante na pesquisa qualitativa, pois complementou informações obtidas por outras técnicas, e permitiu desvelar aspectos novos de um tema ou problema escolhido (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Para tanto, realizei um levantamento preliminar dos possíveis documentos que foram utilizados, e abordam a temática do objeto estudado, discriminados a seguir:

Documento 1 – Projeto Pedagógico (PP) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade pública, onde se realizou a pesquisa, localizado no Colegiado do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade pesquisada, em vigência.

Documento 2 – Projeto de Avaliação Curricular (PAC) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade pública, onde se realizou a pesquisa, localizado no Colegiado do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade pesquisada, em processo de tramitação na Instituição.

Documento 3 – Relatórios de Gestão, cedidos pelas Secretarias Municipais dos Municípios Baianos escolhidos.

### 3.5 PERCURSO PARA A COLETA DE INFORMAÇÕES

Por tratar-se de uma pesquisa, que além de possuir o caráter qualitativo e envolver seres humanos, atendeu às recomendações da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, Brasil (1996b), que se refere à participação de seres humanos em pesquisas, e que incorpora:

Sob a ótica do indivíduo e coletividades, os quatro referenciais básicos de bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996b, p. 1).

Os aspectos legais e éticos da pesquisa foram assegurados aos participantes da pesquisa, ao pesquisador e Instituições acerca dos riscos e/ou danos associados ou decorrentes da pesquisa, em prol da defesa da vida do ser humano (BRASIL, 1996b).

Nesse sentido, encaminhei, no dia 02 de outubro de 2008, o Projeto para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da IES, com os termos de consentimento das Instituições que fariam parte da pesquisa, bem como o compromisso de que a coleta das informações no campo seriam realizadas após a aprovação da pesquisa pelo Comitê. O Projeto foi aprovado pelo CEP, em 03 de dezembro de 2008, o qual autoriza o início da coleta de informações, em atendimento ao disposto no Capítulo IX.2, alínea, através do Parecer Consubstanciado nº 335, em Reunião Extraordinária nº E-29, em Instituição de Ensino Superior (ANEXO A).

De posse do Ofício de aprovação do Projeto, apresentei, em abril de 2009, à Secretaria Municipal de Saúde, no Departamento de Atenção Básica dos Municípios pesquisados, o documento para o início da coleta das informações. Os coordenadores da Atenção Básica se comprometeram a comunicar aos enfermeiros responsáveis pelas unidades, onde os alunos estariam no período do ECS. Foi apresentado também, aos sujeitos entrevistados, o Ofício do CEP, durante a realização das entrevistas (ANEXO A).

Solicitei reunião, à Professora Coordenadora da Área de Conhecimento Gestão do Cuidar em Enfermagem, da Universidade escolhida, para apresentar o Projeto. A reunião foi agendada para o dia 04/05/2009, às 14h00min, na sala dos

professores do Departamento de Saúde, da referida Instituição. Apresentei o Projeto no local e hora referidos, e contei com a presença de diversos docentes.

Ressalto que essa apresentação foi muito significativa, pois me oportunizou discutir e acatar diversas sugestões pertinentes ao momento de entrada em campo, para a realização das entrevistas, bem como os critérios para eleger a unidade que seria escolhida para realizar a observação sistemática, e situações que poderiam surgir durante os momentos das observações em campo.

Optei, ainda, por apresentar o Projeto de Tese aos alunos, porém não consegui horário disponível na agenda dos mesmos. Daí, solicitei ao líder de classe, que encaminhasse um e-mail aos alunos com informações acerca do mesmo, e que perguntasse da disponibilidade deles, para participarem do estudo; acompanhei também, alguns docentes da disciplina de Estágio Curricular Supervisionado, quando realizei, na primeira semana, a apresentação informal do Projeto, tanto às (aos) discentes, quanto às (aos) enfermeiras (os) preceptoras (es).

Após esses momentos de reconhecimento do campo empírico da pesquisa, iniciei no dia 25 de maio, e conclui em 07 de julho de 2009, com as (os) discentes, as entrevistas e observação sistemática, nas unidades de saúde da atenção básica, nos dois Municípios escolhidos, *locus* da pesquisa. Priorizei realizar todas as entrevistas, com as (os) discentes, pois se encontravam em processo de conclusão do curso de Graduação, e por isso, corria o risco de perder o contato, haja vista que alguns residem em outros municípios baianos, e outros Estados.

Isto posto, agendei com as (os) discentes, no local de prática, após verificar com os mesmos, o cumprimento de maior parte da carga horária, (cerca de 90%), pois o objetivo do estudo era analisar a produção do cuidado por docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptores no Estágio Curricular Supervisionado de Graduação em Enfermagem, da Universidade estudada. Esse fato tornou imprescindível aguardar esse período para o início das entrevistas e da observação sistemática.

As entrevistas, com as (os) docentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), foram realizadas no segundo semestre de 2009. A (o) coordenadora (o), docentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), que participaram do ECS, nas unidades da atenção básica e de unidades do PSF, foram agendados de acordo com a disponibilidade dos mesmos (APÊNDICES C, D).

Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho de gravação manual, em fita cassete, e aconteceu após conhecimento dos objetivos, aceitação dos informantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F). Posteriormente foram transcritas.

Toda a coleta de informações foi realizada pessoalmente, nos locais e horários definidos pelos sujeitos pesquisados. Nesse período referido só foi possível a realização das entrevistas, bem como as observações sistemáticas com as (os) discentes (APENDICE B, E).

No início das entrevistas, orientei os participantes da pesquisa sobre a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice F), e ainda, de como seria assegurado e respeitado a sua integridade física, intelectual, social, religiosa e cultural dos mesmos. Foi respeitado neste estudo, o direito do indivíduo em aceitar participar, ou não, da pesquisa, e de poder desistir ou anular o consentimento em qualquer fase da mesma. Tais fatos que não ocorreram no decorrer da pesquisa.

É importante salientar que os materiais de gravações das entrevistas, e o relatório de campo das observações estão arquivados, e serão guardados por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Por razões igualmente éticas, foi assegurado aos entrevistados o anonimato nas transcrições e divulgação dos seus discursos, na perspectiva de respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural (BRASIL, 1996b).

De um modo geral, as entrevistas com as (os) discentes transcorreram sem maiores dificuldades, e apenas três não compareceram aos encontros agendados. Tentei o contato, através de telefone, sem êxito. Com isso, considerei que os sujeitos, em questão, não estavam disponíveis para participarem do estudo.

Nas questões referentes à observação sistemática elas foram realizadas, no período de 25 de maio a 01 de julho de 2009, período de conclusão do ECS dos sujeitos observados. Para a realização das mesmas, estabeleci alguns critérios, pois seria inviável a presença desta pesquisadora, nas unidades, num total de nove.

Os critérios de escolha para a realização da observação sistemática foram: A Unidade de Saúde da Família (USF) que possuía maior número de enfermeiras (os), e que já são preceptores há mais de 04 semestres; ser cenário de prática do ECS, e com a mesma temporalidade; o processo de trabalho dos sujeitos sociais ser

pautado no uso de tecnologias do cuidar/trabalho em saúde, e possuir representação dos usuários, no Conselho Municipal e/ou Local de Saúde.

Para tanto, acompanhei os sujeitos do estudo, nessa unidade de saúde do PSF, nos diversos momentos da prática, quais sejam: consultas de enfermagem, reuniões com a equipe/ gestores, planejamento de atividades, supervisão docente.

Esses momentos de observação foram descritos em diário de campo, e para acompanhá-los, foi solicitado o cronograma conjunto das práticas das (os) discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), bem como dos momentos de supervisão da (o) docente, e com isso se proceder posteriormente, à análise das informações,

As demais unidades, localizadas, em diversos bairros, e visitadas para a realização das entrevistas, não foram submetidas à observação, pois não atendiam aos critérios estabelecidos. Por sua vez, a pesquisa qualitativa não busca esgotar o objeto estudado, pois a realidade é dinâmica, mutável e sócio-historicamente construído pelos processos e sujeitos nessa eterna arena de consensos, conflitos, contradições e subjetividades.

### 3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Ao analisar a produção do cuidado no Estágio Curricular Supervisionado em um curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública, do estado da Bahia, me propus identificar no processo histórico da prática social dos sujeitos envolvidos, os movimentos antagônicos e similares, a sua totalidade e suas partes, sem perder de vista a construção e desconstrução de saberes, de redes sociais e formas de operar o cuidado em saúde.

Esta fase tem como finalidade estabelecer “uma análise dos dados coletados, confirmar ou não pressupostos da pesquisa e /ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte” (GOMES, 2001, p. 69).

Neste estudo, a análise das informações fundamenta-se na perspectiva dialética, em consonância com o referencial teórico e metodológico desta investigação, e me possibilitou considerar os achados empíricos com suas particularidades, sem perder de vista a correlação com o contexto histórico e social em que estão inseridos.

Complementa Gomes (2001), que o processo de conhecimento não é único e não é acabado, e é resultante de embates entre conclusões e refutações que levam a novas conclusões, pois o conhecimento que se produz sobre um objeto é uma tentativa de aproximação da realidade.

A opção pela análise temática encontra consistência teórica, pois ao buscar analisar o Estágio Curricular, na formação do Enfermeiro, e sua relação com a produção do cuidado em saúde, os discursos dos sujeitos da pesquisa, irão considerar determinados enunciados, palavras acerca de um determinado tema, objeto e objetivos do estudo, e desse modo, proporcionar ao pesquisador, o significado explícito e implícito, sobre o assunto pesquisado.

Para análise temática, “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1999, p.105; MINAYO, 2000, p. 208;).

Minayo (2000, p. 209-10), discute que a análise temática desdobra-se em três etapas:

1º Pré-análise - (...). Pode ser decomposta da leitura flutuante: do conjunto das comunicações. Consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo conteúdo. (...). Constituição do Corpus: organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que contenha a representatividade do roteiro pretendido); homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho). (...). Nessa fase pré-analítica determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

2º Exploração do Material – Consiste essencialmente na operação de codificação. (...) essa fase primeiro recorte do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento tal como foi estabelecido na pré-análise.

Em segundo lugar, escolhe as regras de contagem, uma vez que tradicionalmente ela constrói índices que permitem alguma forma de quantificação.

Em terceiro lugar, ela realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

3º Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação - (...). A partir daí o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no quadro teórico ou abre pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Nessa proposta de análise, o ECS de Graduação em Enfermagem, na perspectiva da dinâmica curricular, constitui o momento na formação para a consolidação de competências trabalhadas nas práticas e a conformação de outras, oportunizadas no cotidiano vivido pelos atores sociais, nos serviços conveniados.

Na produção do cuidado, as experiências das (os) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras pretende que o estabelecimento do vínculo, acolhimento e integralidade da assistência individual e coletiva propicie também a consolidação das competências para o fazer e a gerência, na totalidade e concretude da realidade vivida, na perspectiva de uma práxis pautada nas diretrizes do SUS.

Assim, configura-se o momento para a intersecção entre os sujeitos, entre o ensino e o serviço, em que os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso são transversais para a atuação do aluno nos diferentes campos, dando continuidade ao que se iniciou durante as práticas.

Acredita-se que, para ser um agente de mudança social, é necessário o embasamento do conhecimento científico, da contextualização ético, política, social, econômica e cultural dos momentos históricos em que ocorreu a evolução do tema investigado. Entende-se, ainda, que o processo de mudança é contínuo e gradativo, e a visão deve ser ampla e não pontual, para as reflexões e a análise crítica da situação vivenciada.

Neste estudo, a análise dos dados fundamentou-se na perspectiva dialética, em consonância com o referencial teórico-metodológico desta investigação, e permitiu contemplar os dados empíricos com suas particularidades.

Sem perder de vista, o objeto, e objetivos do estudo, no capítulo que trata da análise e discussão dos resultados, descrevo o processo histórico de criação do Curso de graduação em Enfermagem, da Universidade escolhida, e apresentação dos mesmos coletados durante as entrevistas e observação sistemática.

Assim, para a classificação do material empírico coletado nas entrevistas, realizei incessantes releituras dos conteúdos transcritos em cada grupo, procurando identificar e grifar os trechos dos discursos correspondentes aos vários núcleos de análise, sendo definidas para este estudo três grandes categorias empíricas que surgiram dos discursos dos sujeitos, que tratam da **Formação**, que diz respeito às dimensões da construção do saber: o ensino da Enfermagem; **Atuação**

**Profissional**, que se refere ao processo de produção do cuidado, em cenário dos estágios, e **Categoria das Relações Institucionais**.

**1 - Categoria Formação – A construção das dimensões do saber para o ensino da Enfermagem a partir das DCN/ENF identificou as subcategorias empíricas:**

- ❖ Concretude e totalidade nas estratégias ensino-aprendizagem
- ❖ Construção da autonomia dos sujeitos no processo de formação profissional

**2 - Categoria Atuação Profissional – Processo de produção do cuidado no cenário dos estágios identificou as subcategorias empíricas:**

- ❖ A produção do cuidado no ECS e sua relação com o processo de trabalho em saúde
- ❖ A produção do cuidado no ECS e sua mediação com a prática social identificou dois subitens:
  - Integralidade
  - Acolhimento

**3 - Categoria das Relações Institucionais - Contribuições e desafios das parcerias ensino e serviço para a produção do cuidado no desenvolvimento do ECS em Enfermagem.**

A partir da identificação das categorias, fui grifando com canetas coloridas, fragmentos dos discursos que possuíam consonância com as mesmas. Busquei também identificar as contradições que se apresentavam nas entrevistas, e também identificar nos relatos do diário de campo, observações que se encontravam em consonância com as categorias encontradas, bem como as contradições.

Na análise final, procurei, com base em Minayo (2004), articular o material empírico e o referencial teórico, num movimento interpretativo e de abstração, visando ultrapassar a simples descrição dos dados, e estabelecer relações que possibilitem assim novas explicações.

Com isso, busquei o encontro com os fatos empíricos, retomando os fundamentos da teoria, e estabelecendo articulações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática, para construir uma nova aproximação do objeto, utilizando-se o método da Dialética, sendo as categorias analíticas, as

Políticas de Educação e Saúde e o Ensino de Enfermagem, que conformam os eixos teóricos apresentados na fundamentação deste estudo.

Para tanto, com base no estabelecido pela Teoria que embasou este estudo, na dimensão estrutural da análise, considere a proximidade dos dados empíricos ao contexto das transformações determinadas pelas Políticas de Educação em relação à organização e desenvolvimento do ECS em Enfermagem e às unidades do sistema de saúde. Na dimensão particular, a Política da Educação, por meio das Diretrizes Curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso escolhido que delineiam a formação do enfermeiro para este novo século, na perspectiva de articular a formação à práxis social, que atenda às demandas históricas e sociais da vida.

Assim, também, na dimensão singular, a produção do cuidado, nas dimensões técnico-científica, ético-política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania, considera o Estágio Curricular Supervisionado, como um espaço intercessor entre o ensino e o serviço, entre a teoria e a prática, entre os sujeitos desta investigação.

## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

*A realidade é socialmente construída e o saber é uma construção do sujeito, mas não desligada da sua inserção social. (ARRUDA, 2002, p. 131).*

A finalidade desta etapa é discutir mais explicitamente essa experiência de formação do enfermeiro sob o olhar das categorias dos atores envolvidos quais sejam: docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es). Eles se encontram na arena das unidades dos serviços de saúde, desenvolvem ações que geram conflitos, contradições, consensos e a auto-avaliação na perspectiva da construção do conhecimento, de suas limitações, potencialidades, através do processo de consolidação e instrumentais durante o período de participação dessa etapa da formação conferida pelo ECS em Enfermagem desses agentes sociais e históricos.

Com base nos objetivos traçados neste estudo, e sem perder de vista o Materialismo Histórico Dialético, enquanto suporte teórico e metodológico descrevo a seguir o processo histórico do Curso de graduação em Enfermagem analisado, sua inserção histórica e social como agente de contribuição para a formação do profissional Enfermeiro, na região do sul da Bahia.

### 4.1 O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESCOLHIDA

O Curso analisado pertence a uma Universidade da rede pública do estado da Bahia. Sua área de abrangência compreende 74 municípios, numa área de 55.838 Km<sup>2</sup>, o que corresponde a 9% da área do referido Estado, cujo Curso de Enfermagem já funciona há cerca de 20 anos.

No decorrer de 2010, essa IES<sup>11</sup>, oferece na graduação, 32 cursos, dos quais 21 bacharelados e 11 licenciaturas. No Departamento de Ciências da Saúde, os cursos ofertados na formação graduada são: Educação Física, Enfermagem e

---

<sup>11</sup> Todos os dados acerca do Curso analisado foram retirados do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade escolhida. O Projeto referido encontra-se na Câmara de Graduação, desta Instituição, para análise, e posterior aprovação, com base na legislação para os cursos de graduação em saúde, e com base nas DCN/ENF.

Medicina e, além desses, o Plano de Desenvolvimento Institucional da Universidade (quadriênio 2009 – 2013) prevê a implantação do curso de graduação em Nutrição. Na pós-graduação *lato sensu*, oferece cursos nas áreas de: Ciências da Saúde; Letras e Artes; Ciências Exatas e Tecnológicas; Ciências Biológicas e Agrárias.

Em nível de pós-graduação, a Instituição oferece cursos de especialização, nas áreas de: Ciências da Saúde, Área de Letras e Artes, Área de Ciências Exatas e Tecnológicas, Área de Ciências Biológicas e Agrárias, além de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, em nível de mestrado e doutorado.

Em relação aos cursos de pós-graduação *stricto sensu* são ofertados os seguintes mestrados acadêmicos: Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, Biologia e Biotecnologia de Microrganismos; Ciência Animal; Cultura e Turismo, Ecologia e Conservação da Biodiversidade; Genética e Biologia Molecular; Letras: Linguagens e Representações; Produção Vegetal; em Física; Ciência, Inovação e Modelagem de Materiais e o Programa de pós-graduação em Física (PROFÍSICA); Sistemas Aquáticos Tropicais; Zoologia; o Mestrado Interinstitucional em Geografia e Doutorado em Genética e Biologia Molecular.

Em 2009, foram implantados o Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente, e um Interinstitucional de Ciências Sociais, em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade.

No âmbito da extensão, na área da saúde, a Universidade analisada, desenvolve ações fortemente voltadas para Programas de atenção aos diversos ciclos vitais, (criança, adolescente, gestante, adulto e idoso) bem como ao indivíduo diabético. Atua ainda em estratégias e ações voltadas à organização dos serviços e sistemas de saúde, vigilância epidemiológica, bem como na formação de profissionais em serviço.

Atualmente o seu acervo está formado por aproximadamente 126.794 exemplares nas diversas áreas do conhecimento humano, 47.402 Livros, mais de 2.142 assinaturas de periódicos correntes e 6.294 Multimeios.

A biblioteca dispõe de livros na área da Saúde, e em especial, da Enfermagem. Assina diversos periódicos nacionais de maior circulação como a Revista Acta Paulista de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Paulista de Enfermagem, Revista Latino Americana de Enfermagem, como também Cadernos de Saúde Pública. A biblioteca

também é informatizada e interligada à Comutação Bibliográfica, (COMUT) e a Biblioteca Regional de Medicina- Escola Paulista de Medicina (BIBLAC/BIREME).

Sedia um dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado que enfatiza a necessidade da criação de espaços que concretizem a aproximação entre construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo (BRASIL, 2003).

Em setembro de 2008, o Ministério da Saúde aprovou o PRO - Saúde, e disponibilizou recursos financeiros para apoiar as novas diretrizes curriculares do Curso de Enfermagem, infra-estrutura das Unidades de Saúde da Família, em dois municípios da área de abrangência, desta Universidade, onde são desenvolvidas as práticas e estágios dos Cursos de Enfermagem e Medicina.

A Universidade escolhida no estudo, desde 2009, participa da implantação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, (PET) que tem a educação permanente como eixo integrador do ensino, da pesquisa e da extensão na produção do cuidado em unidades de saúde da família, e como dispositivo de reorientação da formação profissional em saúde e de fortalecimento do SUS. O PET é desenvolvido em Unidades de Saúde da Família, em dois municípios Baianos, e que atuam como cenários de práticas, em cursos da área de saúde, por meio de planos de pesquisa que identificam problemas e buscam intervenção através da educação permanente, integrando o Ensino/Serviço/comunidade.

O Curso de Enfermagem, dessa Instituição, foi criado a partir da constatação, na época, de elevados índices de doenças infecto-contagiosas e parasitárias na região e da inexistência qualitativa no atendimento de enfermagem à população, sobretudo nas áreas da saúde de grupos como: mulher, criança, adolescente, adulto, idoso e do trabalhador. Também foi considerada, a ausência do profissional, enfermeira, no quadro de recursos humanos dos estabelecimentos de saúde tais como, hospitais, clínicas, unidades básicas de saúde, dentre outros.

Considerou-se ainda, o pequeno número de faculdades de enfermagem existente (quatro ao todo), distante da região em questão, culminava na formação de profissionais enfermeiras, em número insuficiente para atender a demanda

crescente do mercado de trabalho, agora norteado, pelos princípios básicos da Reforma Sanitária, na região.

A autorização para execução do projeto do Curso de Enfermagem foi concedido através do parecer CNE n° 37/86, ainda na vigência da Federação das Escolas Superiores de Ilhéus e Itabuna - FESPI, conforme Decreto Federal n° 92.497/86, de acordo com os dados do Projeto do Curso

Nesse contexto, foi criado o Curso de Enfermagem com a finalidade de possibilitar a formação do profissional enfermeiro (a) com visão pluralista e integral do processo de cuidar, com vistas a atender as demandas tanto em nível comunitário, quanto na assistência individualizada ao doente hospitalizado.

Pensado como Curso que oferece uma habilitação geral, e desse modo, prepara o profissional em todas as áreas de sua competência, com ênfase nos aspectos de promoção, prevenção, cura, reabilitação e morte, adequados às necessidades mais prementes da região.

O primeiro currículo do Curso foi estruturado no Parecer n° 163/72, e na Resolução n° 04/72, do CFE, que redefiniram o Currículo Mínimo de Graduação em Enfermagem, que vigorou até 1997 (BRASIL, 1972).

O Currículo Mínimo, de 1972, apresentava formatação linear, e foi estruturado em dois troncos: o pré-profissional e o profissional comum, através do sistema de créditos, com matrícula semestral para bacharelado em Enfermagem, oferecendo opção para habilitação em Obstetrícia e/ou Saúde Pública, em conformidade às orientações do Conselho Nacional de Educação, (CNE) vigente (BRASIL, 1972).

Seu primeiro vestibular foi realizado, em 1987, ofereceu 60 vagas, que foram, e continuam sendo preenchidas de forma sistemática, com acesso de 30 aprovados, por semestre, até os dias atuais. O Curso foi iniciado no mesmo ano, no entanto, o seu reconhecimento só veio em 1997, através do Parecer do CNE n° 67/97, publicado em Diário Oficial, em 11/7/1997, conforme dados do Projeto do Curso..

Apesar de o Curso de graduação em Enfermagem dessa Instituição, ter nascido sob a orientação do currículo projetado no final da década de 1970, na sua implantação em 1987, já se discutia, em nível nacional, a influência da Reforma Sanitária, na política nacional de saúde, e os vários entraves existentes no currículo, sobretudo no que dizia respeito à dicotomia entre os segmentos pré-profissional e profissional.

Enquanto tramitava o processo de reconhecimento do Curso, foi publicado Portaria Ministerial nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994, que com base no Parecer nº 314/94, fixa o mínimo de duração, e conteúdo do curso de graduação em Enfermagem, estabelece prazo para adaptação dos seus cursos (BRASIL 1994a, 1994b).

Assim, em 1997, após a apresentação do Projeto de Reformulação Curricular, e depois de repetidas diligências, foram aprovadas as modificações propostas pelo Parecer CEE nº 067/97.

Nesse Projeto, o perfil traçado para enfermeiro (a) centrava-se na formação de profissionais comprometidos com as transformações sociais, capazes de utilizar diferentes estratégias para assegurar o exercício da cidadania, tendo a compreensão dos determinantes e condicionantes sociais, políticas, econômicos, culturais e biológicas do processo saúde-doença.

Além desses fatores, desenvolver competência técnico-científica e política nas áreas assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisas, desempenhando suas atividades profissionais junto a indivíduos, família e comunidade de forma integral visando à promoção, proteção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, por meio de uma prática profissional norteada pela reflexão crítica acerca da realidade em que está inserida.

A promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (BRASIL, 1996a), aprovada após oito anos de debates profundos com a participação da sociedade, reflete bem a realidade educacional brasileira, exige novos rumos para a educação, em todos os seus níveis de formação.

Nesse contexto, baseado na Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001b). O Curso de Enfermagem, desta Universidade, iniciou reiteradas discussões, sobretudo, no período de 2004 a 2005, e buscou apresentar seu Projeto Acadêmico Curricular (PAC), cuja aprovação esta prevista para o primeiro semestre de 2011, com vistas à observância legal das DCNENF e princípios do SUS.

Estas mudanças atingiram todas as profissões, em nível superior, da área de saúde, e decorreu das necessidades de atendimento às exigências impostas pelo acelerado processo de modernização científica e tecnológica, pela dinâmica cultural

e sócio-econômica que ordenou o mundo do trabalho, pela incorporação de novas linguagens, que caracterizam a era da informação, e principalmente devido às mudanças paradigmáticas que trazem novas abordagens teórico-metodológicas nos processos de construção do conhecimento (BRASIL, 1996a; BRASIL, 2001b).

As DCN/ENF propiciaram discussões pautadas em uma formação contemporânea, contextualizada e dinâmica, centrada na indissociabilidade do ensino, extensão e pesquisa e vem orientando a formação do profissional em âmbito nacional, para competências e habilidades específicas da sua área de atuação (BRASIL, 2001b).

Por fim, a concepção que norteou as Diretrizes DCN/ENF está fortemente ancorada em uma visão emancipadora que forma o indivíduo para a vida, com base na educação cidadã e solidária, garantindo o domínio técnico - científico e cultural. Apresenta, também, um elo entre a formação e a prática, com vistas ao aprimoramento de ambos para responder aos desafios do século XXI (BRASIL, 2001b).

O Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade em questão considerou em sua base teórico-metodológica que os processos educativos buscam nos indivíduos, a passagem do estado de desconhecimento relativo para o que chamamos de conhecimento científico, na perspectiva da reflexão crítica e transformadora da realidade.

Essa ação transformadora da realidade refere-se, não apenas ao processo formal da educação em todos os níveis, mas, também, na construção do processo de percepção do sujeito de si e da realidade em que vive na perspectiva de fazê-lo agir sobre o meio e buscar construir sua identidade como ser social, político e profissional.

No que se refere à área de atuação profissional, o Curso, titula o profissional na qualidade de Bacharel em Enfermagem, denominado enfermeiro, e deverá possuir competência técnico-científica e política que lhe confira capacidade profissional para inserção no mercado de trabalho.

Ao considerar as demandas e necessidades prevaletentes e prioritárias da população, conforme o quadro epidemiológico do país/região onde irá atuar, o egresso poderá desenvolver atividades como profissional liberal (clínicos de enfermagem), docente (cursos de Graduação em Enfermagem e Escolas de Técnico

e Auxiliar de Enfermagem), pesquisador (em órgãos e Institutos de Pesquisa na área de saúde e nas Universidades), assistencial (Hospitais, UTIs, Maternidades e Unidades de Redes Básicas de Saúde) e administrativa (Gerência de Instituições e Unidades de Saúde).

O Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem, vigente e analisado, traz em sua matriz, o total de 3.825 horas, sendo 3.345 horas de disciplinas do currículo mínimo, nas quais se incluem 270 horas de estágio supervisionado, 360 horas de disciplinas complementares obrigatórias e 60 horas em disciplina complementar optativa e mais 60 horas de disciplinas regidas por legislação específica (Educação Física), passando de 7 para 8 semestres, com previsão de integralização de 4 anos e máximo de 6.

Para melhor aprofundamento da pesquisa, foi realizado um recorte da temática, do Curso de Graduação em Enfermagem, desta Universidade pública, e optei pela investigação do Estágio Curricular Supervisionado II (ECS II).

Após a sua implantação, o Estágio Curricular Supervisionado II já foi modificado em diversos momentos no que se refere aos seus pressupostos metodológicos, pedagógicos e gerenciais sempre partindo das experiências e avaliações realizadas pelos docentes, discentes e enfermeiros preceptores das unidades onde se desenvolvem as práticas, embora sem o encaminhamento dessas mudanças à Câmara de Graduação da Instituição, para posterior aprovação em Plenária.

Porém, ao considerar que o processo avaliativo deve ser contínuo, dialógico e participativo é interessante que se busque a investigação científica do tema para que esse novo olhar possa contribuir para posteriores mudanças no desenvolvimento de novas formas de agir não só dos sujeitos envolvidos nessa etapa de formação do enfermeiro, mas também no que se refere aos questionamentos acerca do processo Político Pedagógico do Curso.

Nessa perspectiva, espera-se mobilizar os sujeitos partícipes, nesse processo de construção histórica do Curso, para mudanças não apenas nas concepções filosófico-metodológicas, mas principalmente, no agir das (os) docentes, discentes, equipe de enfermagem, de saúde e gestores do sistema local de saúde, e envolvidos no contexto de formação em Enfermagem e saúde.

Após entrevista com a Coordenadora da disciplina ECS II (Apêndice A), identifiquei que o mesmo é oferecido no 8º semestre, concomitante com a disciplina de Gerenciamento de Enfermagem nos Serviços de Saúde Coletiva, com carga horária teórica e prática. O ECS II tem uma carga horária de 135 horas, o que se configura em desacordo com o estabelecido pelas DCNENF, no que se refere aos 20% da carga horária total do Curso.

Ressalto, ainda que, em virtude do currículo do Curso, não atender às modificações legais postas pelas DCN/ENF, e com o objetivo de possibilitar a experiência de ensino/trabalho propiciada pelo ECS, houve uma diminuição na carga horária, em 50%, da prática da disciplina Gerenciamento de Enfermagem nos Serviços de Saúde Coletiva, ficando assim 135 horas para cada etapa de formação respectivamente.

No que tange ao planejamento do ECS II e processos de organização, com vistas à aprendizagem, em unidades de saúde, o ECS II objetiva que as (os) discentes desenvolvam ações articuladas ao processo de trabalho da equipe de enfermagem e saúde, bem como experimentar experiências no setor de Planejamento, avaliação regulação e auditoria da Secretaria de Saúde Municipal e da macro e/ou microrregional, na perspectiva da atenção integral à saúde do adulto, do idoso, da mulher, adolescente e criança, em serviços de média e alta complexidade, com enfoque na enfermagem clínica, cirúrgica.

O planejamento do ECS II ocorre no início de cada semestre, pelas (os) docentes que atuam na disciplina, considera o nº de discentes matriculados, e a partir daí é feito o levantamento das unidades que irão compor a prática ou seja está de acordo com a demanda de alunos matriculados e a disponibilidade de preceptores.

A Coordenadora da disciplina referiu, durante a entrevista, que vai pessoalmente às unidades identificadas, e conversa com as (os) enfermeiras (os) preceptoras (es) sobre a disponibilidade destas, para o acompanhamento do ECS II, objetivos de aprendizagem, data de início do ECS, número de discentes, em cada unidade básica ou de PSF, além de verificar os serviços oferecidos pelas unidades, em consonância com os objetivos propostos pela disciplina (APÊNDICE A).

Pode-se observar, pelo relato, da Coordenadora do ECS II, que não há uma participação no planejamento para o início do ECS II, por parte das enfermeiras (os)

preceptoras, articulado ao Curso analisado, ou seja, as mesmas são identificadas pelos critérios já referidos.

Apesar dessa informalidade no contato com as (os) enfermeiras (os) das unidades de saúde, a Universidade escolhida possui um convênio formal com a Secretaria dos dois municípios investigados. A comunicação formal para as Secretarias de Saúde, dos dois municípios, após levantamento da Coordenadora do ECS II, se dá por ofício, encaminhado pelo Coordenador do Colegiado do Curso., ao Secretário de Saúde, Coordenador de Atenção Básica.

De posse dos ofícios, expedidos pelo Colegiado do Curso, específicos para cada unidade e docente, a Coordenadora do ECS II, entrega para cada docente, juntamente com a pasta de impressos que contém: folha de avaliação individual das (os) discentes, objetivos do ECS II, e telefones de contato de todas (os) as (os) docentes que integram a disciplina, naquele semestre.

No dia de início do ECS II, as (os) docentes se encaminham para as respectivas unidades, realizam a apresentação das (os) discentes, à unidade e enfermeira (o) preceptor e equipe de enfermagem e de saúde.

O processo de supervisão é realizado pela (o) docente em cada unidade, em acordo com cada enfermeira (o) preceptora (or). Ao final do ECS, as (os) docentes recebem as avaliações individuais dos alunos, e relatório de estágio dos grupos, que contém, de forma descritiva, as atividades desenvolvidas, problemas detectados, e assim é finalizada essa etapa de formação profissional.

Quando questionada sobre o processo de avaliação coletiva com as enfermeiras (os) preceptoras (es), discentes e docentes da disciplina, a Coordenadora do ECS II, informou que infelizmente não tem sido realizado conjuntamente, em virtude da, dificuldade em reunir todos os envolvidos, entrega das notas ao Colegiado do Curso, entre outros.

Considerou esse processo necessário para retro-alimentar os sujeitos envolvidos nessa etapa de formação do enfermeiro, e ponderou que uma das metas da disciplina tentar aparar essa aresta é realizar avaliações conjuntas nos locais de ocorrência dos ECS com discentes docentes e preceptoras (es).

Essa estratégia certamente irá fortalecer o vínculo, a responsabilização e certamente valoriza o processo ensino-aprendizagem e trabalho das instituições envolvidas. Ressaltou ainda, que as (os) enfermeiras (os) preceptoras (es) recebem,

ao final de cada etapa do ECS II, um certificado de acompanhamento do ECS II, emitido pela Universidade.

O Projeto de Avaliação Curricular (PAC), como é denominado pelo Colegiado do Curso analisado, se encontra em processo de aprovação, na Câmara de Graduação, da Universidade analisada.

Ressalto que o PAC, se encontra baseado em metodologias ativas de aprendizagem, e consideram a educação como uma resposta da finitude, da infinitude que implica uma busca realizada pelo ser humano. Ela tem caráter permanente, e dentro dos seus aspectos de intencionalidade, provoca transformação, tanto do sujeito do processo educativo, quanto de quem se propõe a apoiar o sujeito (FREIRE, 1994)

Ainda segundo Freire (1994), a educação não é um processo de adaptação do indivíduo à sociedade, ela deve estimular a opção, e afirmar o homem como homem. Partindo-se do pressuposto que adaptar é acomodar, não transformar, a educação se torna mais autêntica quanto mais desenvolve o ímpeto ontológico de criar. Desta maneira, é necessário que o educador/docente ofereça oportunidade para que os educandos sejam eles mesmos.

Para que o processo de ensino e aprendizagem se efetive, é importante a escolha de uma metodologia ativa de ensinagem. Diante disso, considerando a metodologia como um conjunto de estratégias e procedimentos organizados de forma intencional que vá traduzir a concepção do grupo que propõe, optamos pela *educação transformadora*, utilizando um método problematizador, segundo a Pedagogia dialógica de Paulo Freire e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), tendo por base Barrows e Tamblyn (1980).

O PAC, em pauta, toma como base, o método problematizador, que possibilita ao discente pensar criticamente, desenvolver a capacidade de reconhecer a realidade com seus problemas, preparando-o como enfermeiro-cidadão para uma ação transformadora da prática social.

O Projeto, em questão, está pautado no movimento ativo de ensinagem que se baseia na integralidade, na aprendizagem significativa e na participação de professores e alunos. A integralidade consiste na organização curricular por competência, na articulação prática-teoria, na transdisciplinaridade e academia-serviço-comunidade (LALUNA; ROSA, 2005, p. 2).

Nessa perspectiva, inserem precocemente docentes e discentes em contato com o ambiente teórico e prático de ensinagem, e assim fortalece as relações ensino-serviço entre a equipe de Enfermagem e de saúde e instituições envolvidas.

Baseia-se ainda, no método ativo da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), criado originalmente na Universidade de McMaster do Canadá, na década de 60, está pautado na Escola Nova, tendo como um dos primeiros expoentes John Dewey. A pedagogia pautada nessa escola propõe que o ensino deve ocorrer pela experiência concreta e não pela instrução (FEUERWERKER; LIMA, 2002).

Busca a relação democrática sem, contudo, refletir sobre a organização social. O processo ensinagem está centrado no aluno e não no professor e conteúdo. “A essência desta proposta é reconhecer que a aprendizagem é um processo ativo, baseada no enfrentamento de problemas, que deve estar centrada na necessidade de aprendizagem do estudante” (FEUERWERKER; LIMA, 2002, p. 270).

No processo tutorial do ABP, o movimento ativo segue os seguintes passos adaptado de Barrows e Tamblyn, (1980):

- Apresentação do problema (leitura da situação problema pelo grupo);
- Esclarecimento de termos pouco conhecidos e dúvidas sobre o problema;
- Definição e resumo do problema com identificação de áreas/pontos relevantes;
- Análise do problema, considerando as dimensões psicológicas, social e biológicas, utilizando os conhecimentos prévios (brainstorm);
- Desenvolver hipóteses para explicar o problema e identificar lacunas de conhecimento;
- Elaborar questões de aprendizagem e identificar os recursos apropriados;
- Buscar informações e estudo individual;
- Compartilhar informação obtida e aplicá-la na compreensão do problema;
- Avaliação do trabalho do grupo e de seus membros.

No PAC, a ser aprovado, a organização curricular do Curso analisado, está baseado no currículo integrado. A opção pelo currículo integrado descrito e pensado para o Curso analisado propõe integrar uma proposta pedagógica que articula trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade (DAVINI, 1994).

O Projeto a ser aprovado, em sua organização curricular projeta o curso para uma duração mínima de 5 anos e duração máxima de 7 anos, perfazendo um total de 4.650 horas. O ingresso dos alunos será de acordo com as normas já estabelecidas e instituídas pela Universidade escolhida. Continuarão sendo oferecidas 60 vagas (CNE/CES, 2008).

Isso viabilizará a distribuição de discentes dentro do padrão recomendado por turma, para realização das atividades práticas, em laboratório e serviços, bem como nos estágios supervisionados, que totalizam uma carga horária de 4.590, distribuídas em cinco anos, e o ECS, possui uma carga horária, de 900, e ocorre no quinto ano do curso, ou seja, no último ano, e corresponde a 20% da carga horária, exigida pelas DCN/ENF (BRASIL, 2001b).

Após a descrição do processo histórico de criação do Curso de graduação em Enfermagem, da Universidade escolhida, a partir da análise dos Projetos (vigente e em tramitação) do Curso analisado, e dos relatos colhidos, em entrevista à Coordenadora do ECS II (Apêndice A), apresento as três grandes categorias de análise, identificadas no estudo, a partir das entrevistas e observação sistemática, em cenários de prática no desenvolvimento do ECS II.

**1 - Categoria Formação – A construção das dimensões do saber para o ensino da Enfermagem a partir das DCN/ENF identificou as subcategorias empíricas:**

- ❖ Relação ensino- aprendizagem
- ❖ Concretude e totalidade nas estratégias ensino-aprendizagem
- ❖ Construção da autonomia dos sujeitos no processo de formação profissional

**2 - Categoria Atuação Profissional – Processo de produção do cuidado no ECS em Enfermagem identificou as subcategorias empíricas:**

- ❖ A produção do cuidado no ECS e sua relação com o processo de trabalho em saúde
- ❖ A produção do cuidado no ECS e sua mediação com a prática social identificou dois subitens:
  - Integralidade
  - Acolhimento

### **3 - Categoria das Relações Institucionais - Contribuições e desafios das parcerias ensino e serviço para a produção do cuidado no desenvolvimento do ECS em Enfermagem.**

#### **4.2 CONSTRUÇÃO DAS DIMENSÕES DO SABER PARA O ENSINO DA ENFERMAGEM A PARTIR DAS DCN/ENF**

O pensamento do Materialismo Dialético pressupõe a definição do que uma determinada sociedade considera como sendo legítimo e/ou legal, ou seja, uma construção determinada pela história, pela cultura e pelo desenvolvimento técnico científico e ético-cultural dessa sociedade (KONDER, 1981).

A experiência do ECS favorece aos atores sociais envolvidos, docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), o momento do acontecimento, do encontro. A experiência é analisada por Hermann (2002, p. 55), ao ponderar que:

[...] diante de uma experiência, nos damos conta de que não é aquilo pensado, não é aquilo que havíamos suposto [...]. A experiência então identifica o estranho, o outro. Nesse esquema, ela é sempre superação e não pode ser pensada nos termos da ciência. Não se trata também de uma experiência que ensina isto ou aquilo, mas da experiência que 'forma parte da essência histórica do homem'.

Desse modo, os Estágios Curriculares em Enfermagem se desenvolvem em cenários de aprendizagem e trabalho, e como tal, esse momento de vivência possibilita que se entre em contato com diferentes formas de conhecer e organizar o conhecimento, pois se expõem e interagem com diferentes referenciais de leitura da realidade.

##### **4.2.1 Relação Ensino – Aprendizagem**

Ao iniciar essa etapa de análise tomamos como referência Vale e Guedes (2004), que refletem acerca da formação do enfermeiro para enfrentar as transformações do mundo do trabalho, norteadas pela construção de competências para o gerenciamento em Enfermagem, determinadas pelas DCN/ENF (BRASIL, 2001b),

As DCN/ENF devem direcionar o processo ensino-aprendizagem para as quatro dimensões do saber, apresentadas por Delors (2003), **o aprender a**

**aprender ou conhecer, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a ser**, visando à integralidade do fazer saúde.

Para Alarcão; Rua (2005), o Estágio Curricular Supervisionado possibilita o desenvolvimento de competências, em um contexto de aprendizagem, que favorece o contato com a prática, na sua previsibilidade e imprevisibilidade, a mobilização integrada e contextualizada, de diferentes saberes, selecionados em função da sua pertinência, e a caminhada para a identidade profissional.

Essa etapa de formação profissional se apresenta diferente do processo de ensino-aprendizagem, que caracteriza a prática, ou aula prática, comumente denominado, que é um recurso pedagógico que reflete apenas a aplicação do conteúdo teórico, interdisciplinar visando, sobretudo, ao desenvolvimento de destrezas e à implementação/ampliação dos conhecimentos obtidos em cada disciplina ao longo do curso e conta com o acompanhamento direto do professor.

Portanto, esse momento de articulação entre a teoria e a prática requer não só da (o) discente, movimentos disparadores em que se possa viver a realidade, pensar essa realidade e a partir daí desconstruir conceitos e reformular paradigmas, frente às situações de vida pessoal e profissional que se configuram, e se confrontam durante a experiência educativa, proporcionada pelo ECS nas unidades de saúde, conforme reforça Gomes; Casagrande (2002, p. 701) ao referir que:

A experiência concreta da vida, para Dewey, surge sempre ao nos depararmos com problemas, e a educação deve tomar para si essa condição, enfrentando-a com uma atitude ponderada, cuidadosa, persistente e ativa, para garantir o melhor desenvolvimento do educando. Segundo ele, diante de algum problema, o ato de pensar deve ancorar-se nos seguintes pontos: 1) uma necessidade sentida, ou seja, o problema; 2) a análise da dificuldade; 3) as alternativas de solução do problema; 4) a experimentação de várias soluções, até que o teste mental aprove uma delas, e 5) a ação como prova final para a solução proposta, que deve ser verificada de maneira científica.

Nessa perspectiva evidenciamos os depoimentos das (o) docentes (Ent. 1 e Ent. 2), que configura o entendimento destes sobre as vivências das experiências do ECS em Enfermagem e sua articulação com o processo ensino-aprendizagem. A docente refere que:

*E é um momento de revisão da minha prática, pois nessa etapa o aluno e o serviço disparam processos que me fazem buscar rever conteúdos teóricos e articular com o momento de prática (Ent. 1, Grupo I)*

*Muitas vezes há aquela demanda de discussão e resgate dos conteúdos que ele já viu em disciplinas anteriores (Ent. 3, Grupo I).*

Nesse sentido, os currículos têm buscado acompanhar não apenas a legislação, mas também pensar as relações entre aprendizado e o mundo do trabalho. No mundo do trabalho, pode-se observar a transição do conceito clássico de qualificação profissional para uma concepção de competência, em função das novas demandas do setor produtivo e da falência dos métodos destinados a adaptar as pessoas ao mercado, e ambientes de trabalho (LIMA, 2004).

Entre as (os) discentes, os depoimentos reforçam a importância que merece ser dada ao ECS em Enfermagem e sua interação no processo produção do cuidado, a relação entre a teoria e a prática, como forma de resgatar e consolidar o conhecimento, a partir da vivência que esse momento de aprendizagem e trabalho, confere à formação profissional.

***É fundamental porque além dos conhecimentos teóricos que você tem, que você aprende na faculdade, no estágio você pega bem mais do que isso (Ent. 4, Grupo II).***

***A vivência no serviço, acho que é uma forma de consolidação de tudo que foi aprendido na sala de aula. Porque o que a gente vê na teoria, fica longe, não é palpável (Ent. 6, Grupo II).***

***[...]. Conhecimento a gente adquire na universidade, mais que a prática. A vivência mesmo é que vai fazer a gente adquirir mais uma confiança. Uma segurança maior 'pra' desenvolver as consultas (Ent. 8, Grupo II).***

***[...]. Por exemplo, a gente aprende na graduação, tem o teórico, e a gente tenta colocar aquilo em prática, porque geralmente o enfermeiro 'tá' na unidade, e às vezes se desvincula um pouco da teoria. A gente tenta adaptar e fazer do jeito que aprendeu (Ent. 17, Grupo II)***

***No EC, a gente vai ter oportunidade de estar consolidando todo o conhecimento teórico, de 'ta' conhecendo como as coisas acontecem, aprendendo de verdade, porque só na prática você consegue aprender e consolidar todo o conhecimento (Ent. 18, Grupo II).***

A aprendizagem conferida pelo ECS se pauta no saber acumulado pela experiência através da *práxis*, continuamente referida por quem está vivendo, seja enfermeira (o), docente, discente, médico, outros profissionais de saúde ou funcionários das unidades de saúde. Não apenas na esfera profissional de todas essas pessoas, mas, da mesma maneira, em toda a sua vida.

O ECS deve ser contemplado como um procedimento didático que oportuniza situar, observar e aplicar, criteriosa e reflexivamente, princípios e referenciais teórico-práticos aprendidos no curso, sendo imprescindível o inter-relacionamento

multidisciplinar entre teoria e prática, sem perder de vista a realidade na qual está inserido (COSTA; GERMANO, 2007)

As (os) enfermeiras (os) preceptoras (es) também reforçam a importância das vivências do ECS em Enfermagem, no que tange a interface à temática, conforme relato das entrevistas:

*Como enfermeira, vejo o momento do Estágio Curricular como o **momento que o aluno põe em prática o que aprendeu no curso, através das aulas teóricas e das práticas nas disciplinas** (Ent. 19, Grupo III).*

*Para mim, é a oportunidade **de discutir alguns temas que a gente às vezes não aprofundou ou não viu na graduação** (Ent.21, Grupo III).*

*Eu gosto de ser preceptora, apesar da responsabilidade, **mas a gente consegue articular com o aluno os conhecimentos que ele adquiriu nos semestres anteriores** (Ent. 22, Grupo III).*

*Algumas vezes, o aluno **traz conteúdos novos a partir de situações que surgem na prática, como por exemplo, os textos sobre planejamento estratégico, a gente leu e foi muito bom para mim esse momento** (Ent. 27, Grupo, III).*

Da análise referida, nestes depoimentos destaca-se o entendimento dos atores sociais sobre a importância da articulação teoria e prática desenvolvidas no cotidiano das práticas, e desencadeados pelo processo ensino-aprendizagem, fomentadas pelo ECS em Enfermagem nos cenários de práticas.

A importância do ECS na formação profissional e pessoal dos profissionais de enfermagem, para o desenvolvimento de atitudes, comportamentos e habilidades, para a interação com a equipe multiprofissional de saúde, familiares e pacientes é referida por diversos autores e, principalmente, cria a possibilidade de analisar crítica e reflexivamente as interfaces do conhecimento teórico e prático (ANDRADE; ARAÚJO; LINS, 1989; BOUSSO, 2000; VALSECHI, 2002; COSTA, GERMANO, 2007).

Segundo Canário (1997. p. 9), a revalorização e a redescoberta do potencial formativo das situações de trabalho propiciam a produção de estratégias, dispositivos e práticas de formação que valorizam fortemente a aprendizagem por via experiencial e o papel central de cada sujeito num processo de auto-construção como pessoa e como profissional.

Ressalto ainda, que, alguns cursos de Graduação em Enfermagem, especificamente o da Universidade pública escolhida, ainda contemplam uma carga horária teórica maior, e que os momentos de prática, que na maioria das vezes é

descontextualizada, em contraposição ao pretendido, e estabelecido pelas DCNENF, tanto no quantitativo quanto no qualitativo, conforme verificado abaixo.

Em relação ao Estágio Curricular, as (os) discentes mantêm o consenso de que alguns conteúdos da disciplina de Gerenciamento estão relacionados com as disciplinas do Curso, [...] **os conteúdos de gerenciamento se complementam com todas as outras disciplinas (Ent.10, Grupo II) [...].**

Ressaltam também, que a teoria ministrada, nem sempre se relaciona com a prática, a qual está voltada mais para a assistência, diminuindo a disponibilidade de tempo para uma visão total das unidades e dos serviços: **Nas práticas anteriores você é muito técnico, você é muito procedimento, centrado no procedimento, fazer tal coisa. Aqui não, você tá no estágio, você vê (Ent.4, Grupo II). [...] mas, a gente viu mais conteúdos na teoria que na prática. No hospital, a gente viu mais a parte de assistência [...]** (Ent. 9, Grupo II).

Essas dificuldades foram também encontradas por Timóteo e Liberalino (2003), que confirmam, a pouca intervenção do ensino na realidade, quer pela utilização inadequada do tempo, quer pela falta de articulação dos conteúdos e situações concretas encontrados no cotidiano do trabalho em saúde e na Enfermagem.

Assim, os espaços de atenção à saúde, devem possibilitar que a formação do Enfermeiro esteja centrada numa contínua aproximação do mundo do ensino com o mundo do trabalho.

#### **4.2.2 Concretude e Totalidade nas Estratégias de Ensino-Aprendizagem**

Para essa análise, resgatamos Rios (2001), quando discute que ao problematizar a prática se permite trabalhar com a imprevisibilidade do cotidiano, exercitar e desenvolver o pensamento crítico e ético para o enfrentamento de situações críticas e conflitos vivenciados na práxis, como também desenvolver a maturidade frente à realidade concreta, construindo saberes e conformando competências gerenciais.

Provocar mudanças em algum sentido é o que guia o esforço pedagógico que se deve empreender atualmente nas organizações, onde o processo das relações acontece no cotidiano. A necessidade de mudança se torna imprescindível quando

esses sujeitos se percebem incomodados, interna e externamente no desenvolvimento de suas práticas profissionais e pessoais.

Especificamente acerca das estratégias de ensino e aprendizagem significativas durante a formação profissional, conferidas pelo ECS de Graduação em Enfermagem, na Instituição analisada, as (os) discentes se posicionam na sua totalidade em relação às estratégias que consideram mais interessantes, que lhes permitem discutir os problemas que acontecem no dia-a-dia de estágio, direcionar a teoria para a realidade e fundamentar a prática.

Possibilita também inserir no planejamento do Estágio Curricular Supervisionado (ECS), grupos de discussão e processos de aprendizagem, ensino e trabalho norteados pela educação permanente em saúde para problematizar as vivências do cotidiano, conforme o diário de campo e os relatos das (os) discentes entrevistadas (os):

*Na primeira semana, só foi de observação. Eu fiquei cada dia em um setor diferente pra ver a necessidade. **Aí pela vivência deles, pela apresentação de técnicas deles eu montei a capacitação.** Isso é todo dia. **O que eu faço, hoje, a pessoa faz, e em cima do que ele faz, é que eu faço a intervenção** (Ent. 4, Grupo II).*

*A oportunidade de vivenciar o que é **ser enfermeira na Estratégia de SF. Realizando as consultas, de todas as linhas de cuidado que tem saúde da mulher, da criança, do idoso, a parte de gerenciamento, de burocracia. Hoje mesmo a gente 'ta' podendo fazer a consolidação de todos os dados, processos que são feitos na unidade** (Ent. 6; Grupo II).*

*A gente teve oportunidade de realizar visita domiciliar, e a coordenação da equipe. Atividades educativas a gente também realizou aqui, **capacitação da equipe.** Isso é muito bom 'pro' nosso aprendizado (Ent. 7; Grupo II).*

*[...] fiz o processo de territorialização todo, **fui conhecer a comunidade mesmo, com alguns agentes, dividimos 'né'.** Assim, como eram cinco pessoas por causa da prática, a gente se dividiu, e cada uma foi com um determinado nº de ACS reconhecer a área, e aí a gente pode visualizar, realmente o que é a área de abrangência da unidade, quais os problemas que tem na área, e assim muitas coisas apontadas pelos ACS. [...] (Ent. 10, Grupo II).*

*O acúmulo de conhecimentos com certeza é importantíssimo, por que você tem que ter base científica pra tomar decisão. [...]. Um conhecimento prévio, ele ajuda bastante, e é como eu falei. No outro você vê práticas isoladas, nos semestres anteriores. **Hoje, no ECS você tem oportunidade de estar consolidando tudo isso num momento só, de estar agindo, de fato, como enfermeiro** (Ent. 16, Grupo I)*

Essas estratégias de ensino–aprendizagem, referidas pelas (os) discentes, no que tange à realização de visitas domiciliares, reconhecimento do território, na

Estratégia do Programa de Saúde da Família, realização de consultas na perspectiva das linhas de cuidado, estão em conformidade com as Diretrizes Curriculares, apesar do currículo do Curso analisado ainda não atender legalmente às mudanças.

Assim o Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem possibilita esse momento de análise e discussão individual e coletiva entre as (os) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) como pudemos identificar através das entrevistas e observações realizadas no âmbito deste estudo.

Essa nova forma de atuar sobre o processo de ensino-aprendizagem, sob as bases do Materialismo Histórico Dialético, sugere a reflexão de que toda história é construída a partir das mudanças que os indivíduos operam sobre sua realidade, quer seja social ou profissional, e que os fatos não existem isolados, destacados uma das outras e independentes, mas como um todo unido, coerente.

Isso significa que, para a dialética, as coisas não são analisadas na qualidade de objetos fixos, mas em movimento: nenhuma coisa está **acabada**, encontrando-se sempre em vias de se transformar, desenvolver; o fim de um processo é sempre o começo de outro (KONDER, 1991). (Grifo nosso).

Para os enfermeiros preceptores, as estratégias de ensino-aprendizagem se constituem em momentos de interação, revisão das práticas que originam a produção do cuidado, conforme os relatos a seguir:

*Eu até falei com a estudante que está comigo, **que durante o meu estágio, quando eu era aluna também, a gente trabalhava muito a questão de educação em saúde. [...]. Então eu selecionei alguns estudos de caso pra ta desenvolvendo. [...]** (Ent. 19; Grupo II).*

***A própria consulta é um momento de educação porque no momento que a gente tá passando pro aluno, a gente também ta trazendo à memória algumas coisas. A gente vê quando o aluno questiona, a gente vai e busca., já traz pra eles** (Ent. 20, Grupo II).*<sup>21</sup>

***[...]. Também a gente propôs que elas trouxessem alguns temas pra gente discutir, a gente tem o compromisso com a formação dele, não deixar ele solto** (Ent. 30, Grupo, III)*

Para Brito (2008), a comunicação estabelecida entre os diversos sujeitos, alunos, docentes, profissionais e pacientes, é extremamente relevante para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem.

Sob esse olhar, percebe-se que existe uma relação de aquisição de conhecimento, sob a lógica do aprender a aprender, na perspectiva da educação problematizadora, em interação com discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), a partir das reflexões de Freire (1996, p. 29), ao referir que:

Ensinar não se esgota no tratamento do objeto ou do conteúdo, superficialmente feito, mas se alonga à produção das condições em que aprender criticamente é possível. E essas condições implicam ou exigem a presença de educadores e de educandos criadores, instigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes.

No decorrer das análises, observei que as questões voltadas para a necessidade de inserção nas matrizes curriculares acerca da aquisição de competências, que apesar de não ser objeto de análise neste estudo, foi uma constante nestes discursos.

Ao considerar a análise da concretude e totalidade histórica desse processo de formação, a participação dos atores sociais em seu caráter histórico da existência e sua compreensão dialética, exige que se leve em consideração uma teoria do conhecimento que articule historicidade e materialidade dos sujeitos envolvidos nesse processo de formação.

Assim, as entrevistas das (os) enfermeiras (os) preceptoras (es) apresentam em seus relatos de experiência, a importância de implementar no processo ensino-aprendizagem, no decorrer da formação, competências que possibilitem, ao futuro profissional, gerenciar e negociar conflitos, para trabalhar as relações interpessoais, a biodiversidade, a ética, a inteligência emocional durante a formação, na dimensão do aprender a ser, do aprender a conviver e do respeito à cidadania, conforme relatos a seguir:

*[...] o relacionamento é muito complicado! [...], saber gerenciar **os conflitos, as crises, as emoções, as dores, as ações, trabalhar com o outro**, que muitas vezes é limitado... Este suporte **psicológico que a gente tem que dar, e a gente, não tem onde buscar** [...] (Ent. 24, Grupo II).*

*[...] acho que são **necessários conhecimentos que ajudem a gerenciar os conflitos, as relações interpessoais**, igualmente aos conhecimentos específicos, científicos (Ent. 25, Grupo II).*

Essa análise acerca das competências profissionais, requeridas pela contemporaneidade, é corroborada por Alarcão; Rua (2005, p.374), ao referir-se que:

Concebe-se hoje o conhecimento como dinâmico, pessoalizado, contextualizado, socialmente construído, interligado nas suas parcelas. Exige-se dos profissionais competência, responsabilidade, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes. Entende-se a formação como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interativos. Aspira-se a que a educação conduza a um mundo mais humanizado. Aceita-se uma perspectiva holística, ecológica.

### 4.2.3 Construção da Autonomia dos Sujeitos no Processo de Formação Profissional

Ao iniciar essa etapa de análise é importante discutir a idéia de **autonomia**, que se apresenta no decorrer de todas as entrevistas, bem como no relato de campo da pesquisadora, Por isso considero discutir **autonomia** desde seu conceito semântico aos conceitos atuais discutido no interior das instituições formadoras, na perspectiva das DCN/ENF e no âmbito do sistema dos serviços de saúde, a partir da consolidação do SUS.

Por definição a **autonomia** é capacidade de se autogovernar. Pelo sentido filosófico, segundo Kant (1724-1804), capacidade apresentada pela vontade humana de se auto-determinar segundo uma legislação moral por ela mesma estabelecida, livre de qualquer fator estranho ou exógeno, com uma influência subjugante, tal como uma paixão ou uma inclinação afetiva incoercível (UOL HOUAIS, 2010).

Assim, para as (os) discentes (Ent.4, Ent. 5, e Ent. 9), essa etapa de formação promovida pelo ECS, favorece a busca pela autonomia pessoal e profissional, conforme descrito pelos sujeitos, que aparece desde a escolha do local para a realização do estágio, ao entrosamento com a equipe e o enfermeiro, bem como o usuário. Em relação à escolha do local, conforme relatos abaixo:

*[...] Quando fiz o estágio no 5º semestre, a gente conheceu as fichas, eu achei um serviço interessante. [...] aqui era uma coisa que eu não conhecia, aí foi uma das opções, na verdade, de estágio também (Ent. 4, Grupo II).*

*[...] Por isso eu pedi para vir prá aqui. Hoje eu estaria na unidade do bairro de (...), mas como fiz o meu gerenciamento. Lá, me dispus a conhecer uma realidade diferente. [...] (Ent. 5, Grupo II).*

*Eu havia passado pela prática de gerenciamento aqui pela unidade, então eu gostei de trabalhar com a equipe. [...]. Eu preferi continuar aqui, já que eu sabia como caminhar no serviço, e tudo e que seria um bom local*

***pra essa aprendizagem, estaria me ofertando esses outros serviços (Ent. 9, Grupo II).***

No que se referem ao processo relacional com a equipe e a (o) enfermeira (o), as (os) discentes (Ent. 6, Ent. 9) relatam que:

***Mas, com o enfermeiro é ótima, e com a equipe toda, de uma forma geral recebeu a gente muito bem. Se você tem um bom relacionamento com a equipe com certeza seu trabalho vai ser desenvolvido de uma forma bem melhor (Ent. 6, Grupo II).***

***A relação com a equipe, eu avalio, desde o início foi muito positiva. [...] No caso desse estágio, já de início eu avalio como positivo, fomos bem recebidos, eles estavam abertos às mudanças, as coisas novas que trazíamos. (Ent. 9, Grupo II).***

***[...]. Os ACS sempre estavam dispostos a nos acompanharem, principalmente no reconhecimento de área, as rotinas de serviço eles estavam muito dispostos a assimilar (Ent. 15, Grupo II).***

Desses aspectos abordados identifiquei claramente nos processos de autonomia das (os) discentes a importância da capacidade de escolha, auto-avaliação, desconstrução e construção de pensar e de fazer, do diálogo nas relações, e assim consolidar a sua formação profissional na perspectiva da tomada de decisão de forma crítica e reflexiva, enfim, o surgimento do sujeito social.

Essa autonomia também se configura como respeito aos usuários, pois gera a humanização, aprender a viver juntos (cooperar, compreender o outro), e nada melhor do que o exercício cotidiano nos contextos de trabalho, privilegiados pela experiência no desenvolvimento do ECS.

As unidades de saúde são os locais indicados e adequados para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na ação) (ALARCÃO; RUA, 2005; DELORS, 2003).

***Acho que você 'ta' mais livre, o que te pauta, a sua atividade é de verdade o relacionamento com o paciente, o feedback que você tem dele é que direciona mais, as suas ações, tanto do paciente como da equipe que você 'ta' trabalhando. Isso é que vai te direcionando, e aí a gente aprende horrores com isso (Ent. 4, Grupo II).***

***Depois eu fui fazer uma visita puerperal e aí na hora que eu fui falar, ela (a paciente). Ela disse que tava na oficina, e foi dizendo o que havíamos conversado, ela tinha lembrado. Foi muito legal, isso. A gente viu que funciona, sempre fica alguma informação de interesse daquela pessoa (Ent. 12, Grupo II).***

Repensar a prática e considerar o saber do senso comum do usuário, permite aos futuros profissionais, perceberem e valorizarem esses atores, em suas necessidades de saúde, e desmistificar a relação saber/poder, que se apresentou, e ainda se apresenta, em diversos momentos da construção histórica e social das profissões da área de saúde, que desconsideram a fragilidade do usuário não apenas na sua necessidade de saúde, bem como no seu direito e conhecimento que tem sobre o seu corpo e seu agravo.

Essa análise é corroborada por Inojosa (2005, p. 2), ao considerar que:

Na prática temos de um lado alguém com medo, com dor, com ansiedade e, de outro lado alguém bastante pressionado e às vezes endurecido exatamente pelo ofício de lidar com o medo e a dor. É assim que, em muitas ocasiões a oportunidade é perdida. Este par único – quem está sendo atendido e quem atende – nem sempre consegue alcançar a confiança mútua mínima necessária para estabelecer a relação terapêutica. Quem é atendido quer resolver o problema que sente, ainda que o problema esteja para além das possibilidades de intervenção de quem atende. Quem atende às vezes fecha cuidadosamente o seu coração para não aumentar sua própria angústia diante das limitações humanas e do sistema de saúde. Trata-se, portanto, de um grande desafio propiciar que o encontro entre os cidadãos usuários e os profissionais de saúde, sejam, de fato, oportunidade para uma relação de respeito, solidariedade e ajuda mútua, essencial para a produção da saúde.

Esses momentos de contradição e do repensar seu papel, enquanto agente de mudança, trazem a consolidação dos princípios da teoria do Materialismo Histórico Dialético, pois consideram que os procedimentos de interpretação dialética implicam que o sujeito se posicione na situação de intérprete social, se mostre receptivo às mudanças históricas e sociais do contexto, não se posicionando de forma privilegiada de observador. E sim compartilhe com o outro, os procedimentos que pretende viver e compartilhar na construção da práxis social. Indica que para pensar a realidade é possível aceitar a contradição, caminhar por ela, e apreender o que dela é essência (PIRES, M.F.C.,1997).

Foi nessa direção, que optei por analisar os sujeitos de pesquisa, em todas as implicações de ordem histórica, sociocultural, política, econômica e educacional, e assim, pudéssemos vivenciar sua experiência no contexto daquele momento vivido, refletido e transformado propiciado pela etapa de aprendizagem e trabalho destes atores sociais durante o ECS de graduação em Enfermagem, da Universidade escolhida.

Os relatos das entrevistas possibilitaram a oportunidade de identificar algumas contradições no decorrer dessa etapa de escolha das (os) alunos no campo de prática do ECS, da participação docente, e esses conflitos não se configuram em empecilhos para o desenvolvimento de suas ações, mas ao gerar incômodos no cotidiano, faz com que os sujeitos se descubram, e descubram no outro as possibilidades de repensar esses comportamentos, e assim reescrever atitudes que levem à autonomia pessoal e coletiva, ou seja, o princípio dialético da contradição, conforme descrito na transcrição das entrevistas das (os) discentes:

***Pensar em mudar pelo menos já é um avanço. Acho que ‘pro’ profissional, de ter essa capacidade de pensar em posições diferentes [...] (Ent. 10, Grupo II).***

***Chegamos num momento de conflito de poderes, de saberes. Se a enfermeira faz uma consulta e identifica a necessidade de determinado exame, ele (o administrador da unidade) acha que não precisa, tem que passar pelo médico. E não tem competência pra avaliar (Ent. 13, Grupo II).***

***[...] E aí a gente foi aprendendo a questão da equipe. Como é que faz? Se tem gente resistente na equipe a gente para o serviço? Tenho que fazer. Tenho que lidar com isso e tal. Trabalhar com essas pessoas ‘pra’ diminuir o atrito. Então, a gente já tem um pouco dessas estratégias, do que pode mudar (Ent. 14, Grupo II).***

***Por estarmos vindo de fora, estar mais leves, mas fora dos problemas, nós sugerimos essas intervenções nas reuniões. Pedimos que eles mesmos fossem sugerindo os temas. Por que se eles não estão bem, como podem cuidar da comunidade? (Ent. 31, Grupo II)***

A escolha pela opção teórico-metodológica reforça, ainda, a crença de que é possível se chegar ao conhecimento mais próximo da realidade, que é referendado por Minayo (2000, p. 232), por meio de:

Uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada. Portanto, torna como centro da análise a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis. Isto é, o ato humano que atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas.

Uma das docentes entrevistadas, também chama a atenção para o isolamento da (o) enfermeira (o), que se reflete na perda de autonomia desse profissional no cotidiano das suas práticas. Esse comportamento traz a perda de possibilidades de ensino, de aprendizagem entre a mesma (o) e sua equipe, com o usuário, e por sua vez com as (os) discentes que a (o) acompanha nessa etapa de formação profissional:

*Eu não vejo hoje, por exemplo, eu não sei se é da minha formação, uma supervisão situacional, de estar ali aproveitando o momento da sala de vacina, de estar vendo o técnico, de estar com ele, de ir num curativo, eu não tenho percebido isso pelo enfermeiro (Ent. 1, Grupo I).*

Esta situação também foi identificada, quando do registro das observações, apontada pelo diário de campo, principalmente ao observar a dinâmica da sala de espera, nas consultas de Enfermagem. Tal comportamento implica no processo de trabalho desses profissionais, pautado no modelo médico centrado, que reproduz essa prática, e com essa atitude se perde a oportunidade de gerenciar o cuidado, e ganhar a autonomia da sua prática profissional voltada para os processos de ensino e trabalho.

Nesse momento, a (o) enfermeira (o) preceptora (o) não se percebe sujeito social de mudança da práxis, enquanto educadora e profissional, que coordena uma equipe de Enfermagem, e interage também com outros saberes e fazeres.

Nessa perspectiva busquei a colaboração de Franco (2007, p. 430), ao enfatizar que a:

Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

Assim, para produzir mudanças de práticas de gestão e de aprendizagem e, na produção do cuidado é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes. Sejamos capazes de problematizá-las no cotidiano do processo do cuidado e de aprendizagem, e assim construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do SUS, gerando assim profissionais críticos e reflexivos em busca de uma efetiva mudança social na sua totalidade.

#### 4.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM ENFERMAGEM

Discutir o processo de produção do cuidado no desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado, em um curso de Graduação em Enfermagem, que se inscreve na realidade e totalidade das unidades do sistema de saúde. Implica em considerar aspectos como: as tecnologias do trabalho para produção desse cuidado, trabalho em equipe, autonomia, integralidade, individualidade, relações e atitudes profissionais. Esses aspectos entram em cena, para a competência da (o) enfermeira (o), que reforça o papel social e político da Enfermagem na produção do cuidado em saúde.

É importante considerar todas as dimensões do viver humano e social dos sujeitos do cuidado, como seres físicos, biológicos, sociais culturais, psíquicos e espirituais. Discutir e analisar o Estágio Curricular nos Cursos de Graduação em Enfermagem, em suas relações com o processo de cuidar e da gestão das práticas no sistema de serviços à saúde.

Os sujeitos envolvidos no Estágio Curricular no Curso de Graduação em Enfermagem são, destarte, seres do cuidado, seres cognoscentes, que estabelecem relações sócio-afetiva-político-cultural no desenvolvimento de ações que envolvem, dentre outras, o trabalho em equipe.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos sujeitos classificados como equipe de agrupamento e equipe de integração, sendo que a primeira ocorre na justaposição das ações e agrupamento dos sujeitos, e a segunda se dá na articulação das ações e na interação dos sujeitos.

O trabalho em equipe de integração requer conhecimentos, competências, habilidades e tecnologias necessárias ao processo de formação em saúde direcionado pelas dimensões do cuidar, gerenciar e promoção de ações de saúde, a nível individual e coletivo (PEDUZZI, 2001).

Assim, ao buscar identificar na prática, o discurso dos sujeitos envolvidos no processo do desenvolvimento do Estágio Curricular e as diversas formas de operar a produção do cuidado, em um curso de Graduação em Enfermagem, de uma

Universidade pública da Bahia, pretendo iniciar uma leitura de uma determinada realidade.

Essa leitura partiu de um exercício reflexivo, na perspectiva dialética, de que os acontecimentos se seguem e se condicionam, uns aos outros mediados, por um impulso original: a cada momento pode começar algo novo, e que não se esgota no presente estudo.

Historicamente, o cuidado e as dimensões do cuidar tem sido estudado e vivido nas diversas sociedades humanas, tem como um dos suportes teóricos, os estudos de Watson, que considera o ser, o cuidar, efetivado segundo dois aspectos: expressivo e instrumental (SILVA, 1998; WALDOW, 1998; COELHO; FONSECA, 2005).

As atividades instrumentais dizem respeito ao atendimento de necessidades físicas, e as atividades expressivas relacionam-se ao aspecto psicossocial. Essas dimensões são indissociáveis, onde a expressividade se liga às formas de demonstrar afeto, de estar presente por inteiro e de valorizar o outro e a instrumentalidade, se liga ao fazer com habilidade e conhecimento, ao fazer com qualidade e competência, ao saber fazer (SILVA, 1998; WALDOW, 1998; COELHO; FONSECA, 2005;).

Na ausência de enfermidade e no cotidiano dos seres humanos, o cuidado humano é imprescindível tanto como uma forma de viver, como de se relacionar. Na enfermagem, o cuidar tem como finalidade, “prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer” (COELHO; FONSECA, 2005, p. 216).

No processo de produção do cuidado, se observa as diversas dimensões implícitas e explícitas desse ato vivo, ou seja, o cuidar de si, o cuidar de si junto com o outro, o ser cuidado pelo outro, o sentir, o sistema pessoal em processar o cuidado do corpo por si próprio, o ser/estar no sistema de relações múltiplas de cuidado e o cuidado com a natureza.

Essas dimensões, integradas com os demais sistemas sociais/naturais, fortalecem o sentimento de pertença, aproximando os seres na busca de melhor sobrevivência, vitalidade, viver a vida com civilidade, em ambiente de cuidado que promove o viver mais saudável (SHINYASHIHI; TREVISAN; MENDES, 2003).

A atenção direcionada à necessidade do indivíduo, nas ações do Estágio Curricular Supervisionado deste curso de Graduação em Enfermagem deve ser considerada como uma relação dialógica entre os sujeitos do cuidar, e que proporciona o desenvolvimento de cada um, no qual a individualidade, as crenças, a linguagem, entre outras, devem ser respeitadas.

Com essas atitudes, se espera que o profissional estabeleça acolhimento, vínculo, responsabilização, e desenvolva a *escuta sensível* (MERHY, 2002; FRANCO, 2003; ROSSI; SILVA, 2005).

Essa prática da **escuta sensível** no Estágio Curricular Supervisionado implica, necessariamente, em pensar na integralidade da atenção, onde ressalto o cuidado enquanto vínculo, acolhimento e responsabilização dos sujeitos no cuidado para como usuário em nível individual e coletivo.

Quando se discute a história da Enfermagem, esta não é concebida como uma atividade que se profissionalizou num movimento crescente, mas sim como uma profissão que se constituiu e vem se constituindo histórica e socialmente a partir de discontinuidades, rupturas e continuidades, contradições, entre outros movimentos conscientes e inconscientes do devir humano.

As transformações dessa profissão são frutos da interpretação da realidade, visão de mundo e práxis desses profissionais que têm se constituído ao longo do tempo como sujeitos sociais que partiram do senso comum para a consciência filosófica na compreensão de sua prática educativa e produtora de cuidados e processos terapêuticos vinculados ao atendimento das necessidades de saúde das sociedades (PIRES, 2009).

Nossas reflexões estão em consonância com Resck (2006, p.36), ao referir que:

Como afirmam Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), a heterogeneidade de práticas é essencial para a eficácia das equipes de saúde, na medida em que existam pontos de interseção e que suas interfaces sejam valorizadas. Reiteram que os saberes dos diferentes profissionais devem ser “orquestrados”, ou seja, devem estar articulados com as necessidades dos usuários, que determinam quais profissionais vão atuar e quais serão a amplitude, a seqüência e a intensidade de suas participações, como também, devem estar fundamentadas no tripé acolhimento, vínculo e escuta.

A produção de cuidados envolve o “conjunto dos trabalhadores em saúde com seus potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da

doença marcados pela relação de seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém” (MERHY, 2002, p. 123).

Sob essa ótica, o processo de produção do cuidado, perpassa pela busca da compreensão da integralidade e cuidado, como práticas cotidianas no sistema de serviços de saúde onde se estabelecem vínculos sociais, transformando esses lugares em lugares de encontros, de necessidades de saúde, de cuidadores de si e dos outros, ou seja, onde essas práticas passam pela subjetivação dos sujeitos nos modos de produzir saúde (MERHY, 2003).

Assim, passo a analisar as diversas formas de operar esse cuidado numa perspectiva da prática e da gestão/gerência deste considerando os aspectos descritos pelos estudiosos já referidos no Capítulo 1 deste estudo, e dos relatos das (os) entrevistados e observações realizadas pela autora deste estudo, nos momentos de acompanhamento nos cenários de prática das (os) profissionais que fizeram parte do mesmo.

#### **4.3.1 Produção do Cuidado e sua Relação com o Processo de Trabalho em Saúde**

Para adentrar nas discussões acerca da produção do cuidado e sua relação com o processo de trabalho, encontro em Merhy (1997; 2000) e Gonçalves (1994), contribuições para o debate do processo de trabalho em saúde, que incorporam o conceito de Marx sobre o processo de trabalho, como sendo dotado dos seguintes componentes:

- 1) “A atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho”;
- 2) “A matéria que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho”;
- 3) “Os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (MARX, 1989, p. 202).

Ao discutir a tecnologia e organização social das práticas de saúde, Gonçalves (1994), compreende a tecnologia não apenas como instrumentos materiais, mas também como um “conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (Gonçalves, 1994, p. 32).

A tecnologia, portanto, em sentido mais amplo, "é algo que se constitui dentro dos processos de trabalho, e só dentro deles, apontando ao mesmo tempo para suas dimensões técnicas e sociais" (GONÇALVES, 1994, p. 126).

Em Merhy (1997), encontro algumas considerações sobre a perspectiva colocada por Gonçalves, G.W.S. (1994) para identificar o sujeito no interior do processo de trabalho. O sujeito é visto como substrato dos modelos técnico-assistenciais em saúde, que vão conformando, por sua vez, alterações nos processos de trabalho em saúde, desconsiderando a potência criativa presente no agente social que não se aprisiona, quando resiste à plena captura do seu trabalho vivo pelo trabalho morto, na micro-política do trabalho vivo em ato.

Para Merhy (1997), o trabalho vivo é visto como fonte de tecnologias, que podem alterar o que está instituído, cristalizado, quando abre as chamadas linhas de fuga no já dado, normatizado no interior das instituições e organizações trabalhistas, ou seja, no já instituído.

Como forma de compreender melhor a construção teórica de Merhy (1997), acerca do tema faz-se mister compreender os principais conceitos presentes em sua formulação sobre a micro-política do trabalho vivo na saúde.

Tanto Merhy (1997), quanto Campos, G.W.S. (1994) utiliza-se dos conceitos marxistas sobre valor de uso; valor de troca; trabalho vivo; trabalho morto. Contudo destacam que o trabalho em saúde contém especificidades importantes a serem consideradas, como, por exemplo: o momento do consumo das ações de saúde, que acontecem ao mesmo tempo em que se realiza a produção da ação de saúde, portanto, com valor de uso para o usuário. Neste momento da produção da ação, configura-se um espaço de encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário, em ato, incluídos aqui também os momentos coletivos.

Para Merhy (1997), o trabalho vivo, representado pelas relações interseçoras (tecnologias leves), sempre corre o risco de ser capturado pelo trabalho morto, representado pelos saberes estruturados e pelas máquinas (tecnologias leve-duras e duras).

Entretanto, Merhy (1997), aponta que, no trabalho em saúde, a autonomia do trabalho vivo é bastante ampla. Condição que confere maior potência para se questionar as forças instituídas, conformarem forças instituintes, inaugurar novas formas de se fazer saúde a partir de novos agires e novos saberes (LIMA, 2004).

As diversas formas de operar o cuidado desenvolvido no Estágio Curricular no curso de Graduação em Enfermagem, em unidades de saúde, *lócus* deste estudo, permitem vislumbrar caminhos para compreender com maior clareza que cuidar e gerenciar são ferramentas do processo de trabalho em saúde e, como tal, se inserem nesse momento de aprendizagem e trabalho, e que se configuram numa prática social mediatizada pelos encontros e desencontros dos diversos sujeitos sociais. Isso implica em compreender o trabalho em saúde como um processo relacional entre profissional-usuário, profissional-equipe e profissional-sistema de saúde.

Nesse sentido, destaco alguns discursos das (os) discentes que reiteram as abordagens teóricas acerca do cabedal de saberes e fazeres de cada profissional.

***O acúmulo de conhecimentos com certeza é importantíssimo, por que você tem que ter base científica pra tomar decisão. E até, às vezes, eu me queixando mesmo, que poderia ter me dedicado mais aos outros assuntos por que eu com certeza estaria muito mais segura. Um conhecimento prévio, ele ajuda bastante, é como eu falei. Você vê práticas isoladas, nos semestres anteriores. Hoje, no EC, você tem oportunidade de estar consolidando tudo isso num momento só, de estar agindo de fato, como enfermeiro (Ent. 6, Grupo II)***

*[...]. Assim, a gente realiza as consultas de enfermagem, 'né', em todos os níveis... Em todas as faixas etárias, digamos assim, **que desde o pré-natal até a avaliação do CD, passando pelo adulto, [...]** E na parte da triagem, **os técnicos que fazem a triagem, já vieram perguntar sobre coisas que eles tinham dúvidas, certo. Assim, em relação a curativos, quando são feitos, então, acho que dá uma movimentação em toda a equipe, e um aprendizado tanto pra eles quanto pra gente (Ent. 7, Grupo II).***

***A população já disse que o atendimento da unidade acontece principalmente por causa do enfermeiro. [...]. A organização da farmácia, que tava muito desorganizada. Estamos fazendo uma capacitação na sala de curativo, e outras atividades (Ent. 11, Grupo II).***

*[...]: De manhã a gente fazia consultas, tudo que surgisse de problema na unidade, e as tardes a gente **fazia atividade educativa, visitas domiciliares com os ACS, aos pacientes que estavam acamados, impossibilitados de irem ao posto. Fizemos atividades nos colégios próximos à unidade, com a dentista, ela falando sobre higiene bucal, e a gente falando da importância do planejamento, informando aos usuários sobre o PSF, [...]** (Ent. 12, Grupo II).*

É possível observar a utilização das diversas tecnologias do trabalho em saúde, fomentadas pela busca de interação do processo de trabalho, no interior das unidades de saúde, que configura a micropolítica do trabalho em saúde, e do trabalho vivo em ato.

Tanto os momentos individuais de atendimento das necessidades do usuário, quanto os momentos coletivos, se configuram para Merhy (1997) como **espaço interseçor**, no qual se apresentam tanto as necessidades referidas pelo usuário quanto as do trabalhador. Este **espaço interseçor** é dotado de alta positividade e de grande potência, uma vez que não permite que o trabalho vivo em ato, representado pelas tecnologias leves, seja totalmente capturado pelo trabalho morto, tecnologias duras e leve-duras.

As tecnologias leves são aquelas representadas pelas relações interseçoras, desenvolvidas na cena do trabalho vivo em ato, e as tecnologias leve-duras e duras estariam representadas respectivamente pelos saberes estruturados e pelas máquinas. (MERHY, 1997; LIMA, 2004)

Em relação às práticas desenvolvidas durante o ECS, a (o) docente reafirma os saberes e fazeres pautados em novas formas de operar o cuidado, conforme relato do depoimento abaixo:

*[...], de movimentos que o aluno estava fazendo, de inovações, de organização de serviços, de trabalhar com a comunidade, de movimentos, desde fazer feiras de saúde até organizar a implantação de uma ação no âmbito do interior da unidade, capacitação da equipe, assumir junto com a gestão, a condução do processo do cuidado da Atenção Básica (Ent. 2, Grupo I).*

Os relatos das (os) discentes e da (o) docente deixam claro o predomínio e utilização das tecnologias leves e leves-duras, em relação principalmente às tecnologias duras, que sob o modo de produção capitalista do trabalho em saúde captura o trabalhador, e o torna senhor dos seus atos perante a equipe e o usuário.

Essa perspectiva reitera e fortalece o objeto da Enfermagem, o cuidar, que em consonância com Pires, D. (2009, p.742), analisa que:

O cuidar em enfermagem, em termos genéricos, tem o sentido de promover a vida, o potencial vital, o bem estar dos seres humanos na sua individualidade, complexidade e integralidade. Envolve um encontro interpessoal com objetivo terapêutico, de conforto, de cura quando possível e, também, de preparo para a morte quando inevitável.

A produção de cuidados envolve o conjunto dos trabalhadores em saúde com “seus potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação de seus núcleos de competência específicos, associados à

dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém” (MERHY, 2002, p. 123).

Com essa nova forma de operar e produzir o cuidado em ato vivo, desencadeia a reestruturação produtiva, “resultante de mudança no modo de produzir o cuidado, gerada a partir de inovações nos sistemas produtivos da saúde, que impactam o modo de fabricar os produtos da saúde, e na sua forma de assistir e cuidar das pessoas e dos coletivos populacionais” (MERHY E FRANCO, 2006, p. 225-226).

Em relação às (aos) enfermeiras (os) preceptoras (es) os discursos que explicitam as dimensões da autonomia e do trabalho deste profissional nas unidades básicas e de PSF:

*‘Me pergunto’ – Gente, eu entro na sala de manhã e só saio de tarde, e minha parte de prevenção? Onde fica? Então elas foram muito importantes nesse resgate com o grupo de Hipertensão, pé diabético, nesse sentido de ‘tá’ resgatando grupos que a gente sabe que é necessário [...] (Ent. 20, Grupo III).*

*[...] a partir do momento que eu, enfermeira comecei a colher o preventivo, facilitou o acesso das mulheres na Unidade... Mas será que é só colher? E o resultado? A gente não pode, a gente não tem autonomia para pedir exames, a gente não pode diagnosticar (Ent. 24, Grupo III).*

A formação da (o) enfermeira (o) envolve aspectos gerenciais na sua atuação, que poderá constituir-se em um dispositivo de mudança no operar o cuidado, contribuir na (re)construção de valores, saberes, práticas e relações, com espaços de reflexão e diálogo no seu processo de trabalho e da equipe, a partir de pressupostos como: a capacidade de autogoverno e autonomia na condução do seus processos de trabalho.

Nesse foco de discussão, as (os) enfermeiras (os) dos serviços da Atenção Básica acrescentam que a autonomia deixa a desejar, haja vista a imposição das ações programáticas das unidades impõem sobre o profissional na produção do cuidado e assim seu autogoverno sobre suas ações é capturado pelo sistema produtivo, conforme relato anterior das Ents. 20 e 24, do Grupo III.

Assim, entende-se também que, na dimensão singular do cotidiano do serviço de saúde, se observa no inconsciente do enfermeiro, uma melhor de definição de papéis, compromissos e responsabilidades entre os profissionais da equipe de saúde, ou seja, as linhas de autoridade e responsabilidade, apesar de

hierarquizadas, não estão definidas e a resolução de problemas continua centrada na figura médica, reproduzindo a pouca autonomia e resolutividade ao enfermeiro em serviço, confirmada no recorte, e fortalecendo o modelo médico-centrado e de consultas.

Ao ampliar essa análise é possível identificar a contradição dessas práticas a partir da reflexão que merece ser realizada, e apontar nos depoimentos das (os) enfermeiras (os) dos serviços da Atenção Básica.

A opção clara pela prática hegemônica médica, o que acaba sendo utilizado para justificar qualquer possibilidade de relação interdisciplinar na equipe de saúde, sendo que a multidisciplinar ainda se mantém na práxis reiterativa, hegemônica do poder exercido pelo saber médico, o que gera nos sujeitos certos conflitos, pela limitação para estar construindo em direção aos paradigmas norteados pela proposta do SUS, na qual o usuário é o centro do cuidado e, não, o procedimento.

Entretanto, os relatos das Ents. 19 e 30, Grupo III, deixa explicitado que essa autonomia profissional, na produção do cuidado, é, e pode ser, conquistada pela (o) enfermeira (o) no cotidiano do processo de trabalho, quando a (o) mesma (o) busca sistematizar o serviço, e assim favorecer a maior resolutividade no dia-a-dia de trabalho, e potencializar esse cuidado em benefício do usuário.

*Por ex: você fez uma baciloscopia, e as duas amostras deram positivas, não necessariamente precisa esperar que aquele usuário faça uma consulta com o médico. Então você pode estar iniciando, já que é padronizado, o tratamento, as medicações, já pode estar ali, né, dando as orientações, iniciando. Você marca já uma consulta, já deixa agendado para ele ser assistido pelo médico. Você jamais vai deixar de iniciar um tratamento, porque naquele dia não tem atendimento médico (Ent. 19, Grupo III).*

*[...]. Uma paciente de leishmaniose, eu encaminhei para outra unidade, perto de onde a paciente morava, levei a medicação, apresentei o paciente, e pedi que toda vez que a colega administrasse, registrasse, pois são 60 injeções, e tenho mantido o contato, ela. A colega me informou que não percebeu melhora do quadro, e eu pude antecipar a avaliação médica (Ent. 30, Grupo III).*

A atuação do enfermeiro pode se constituir em um dispositivo de mudança no operar o cuidado que contribui na (re)construção de valores, saberes, práticas e relações, com espaços de reflexão e diálogo no seu processo de trabalho e da equipe, tendo como pressupostos a capacidade de autogoverno e autonomia na condução do seus processos de trabalho.

O cuidado, como é uma ação integral que tem significados e sentidos para a compreensão de saúde, como direito, que resgata o tratar, o respeitar, o acolher o ser em sofrimento em uma atenção digna e respeitosa, com responsabilização, vínculo e acolhimento (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

O trabalho em equipe oportuniza o estabelecimento de relações interpessoais, experiências compartilhadas, em um espaço de disputas institucionais, de confronto de idéias e de práticas privadas do trabalhador, onde todos governam a produção de atos de saúde com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores para possibilitar processos produtivos usuários-centrados no trabalho vivo em ato (MERHY, 2003)

Essa capacidade de autogoverno, autonomia e reconstrução das práticas, com base nas tecnologias leves, fortalece o saber fazer e saber ser, e também contribui para a melhoria do processo de trabalho, conforme identificado no relato das (os) discentes:

*[...]. É importante identificar no Estágio Supervisionado a parte assistencial, do cuidado, da prescrição adequada, de conhecer seu paciente, saber o nome, o contexto que ele 'tá' envolvido. O paciente chega, você sabe o nome, é parente de quem. Que tem tal problema, que vive não sei aonde (Ent. 4, Grupo II).*

*[...], mas, conhecendo o enfermeiro daqui reavivou o meu desejo de querer trabalhar num PSF. O que me chamou a atenção nele foi o acolhimento. Realmente ele acolhe. [...]. E ele realmente faz isso, são 16 consultas, e ele faz bem mais que isso, e o que aparecer ele sempre tenta; se é um exame que ele pode prescrever, ele prescreve. E quando ele não pode, ele conversa com o médico e aproveita pra ta fazendo esse trabalho (Ent. 7, Grupo II).*

Concordamos com Franco, Andrade e Ferreira (2009, p. 14), ao afirmar que:

Todos os cenários de produção do SUS, o sistema de formação, os serviços de saúde, a pesquisa e publicação na área, são agenciados com base nesse território. Produzem saberes, operando nos sistemas de cognição, e também operam formando subjetividades que têm esse referencial como verdade e assim atuam na realidade no sentido da constituição de modelos.

Desse modo, passo à discussão sobre a forma como os profissionais de saúde operam a produção do cuidado na perspectiva de apreender a totalidade e contradições das práticas sociais em busca das linhas do cuidado previstas a partir da integralidade e acolhimento que se nos apresentou diversos discursos dos sujeitos sociais que integraram este estudo.

#### 4.3.2 Produção do Cuidado e sua Mediação com a Prática Social

Ao analisar o Estágio Curricular Supervisionado do curso de graduação em Enfermagem e a produção do cuidado, numa Universidade pública do estado da Bahia, busquei identificar no processo histórico da prática social dos sujeitos envolvidos, os movimentos antagônicos e similares, a sua totalidade e suas partes, sem perder de vista essa construção e desconstrução de saberes, de redes sociais e formas de operar o cuidado em saúde.

Na perspectiva do Materialismo Histórico Dialético, o fenômeno de ocorrência da produção do cuidado no Estágio Curricular do curso de graduação em Enfermagem, em unidades dos sistemas de saúde se constitui numa prática social dos sujeitos que buscam interagir nesse processo de relações sociais que se estabelecem nas unidades que atuam como cenários de prática. Se apropriam, ou não, da consciência crítica a partir da materialidade do processo como forma de se perceber no mundo através das relações de trabalho e do cuidado inerentes ao “**ser enfermeira (o)**”.

Retomei alguns referenciais que embasam a Teoria do Materialismo Histórico Dialético, e que estão diretamente relacionados à forma dos sujeitos se perceberem no mundo, como produtores, e atores nos modos de aceitar e mudar a sua prática, e que se dá especificamente neste estudo nos modos de aprendizagem e trabalho.

Esses momentos de reconstrução devem ser propiciados durante a produção do cuidado no Estágio Curricular do curso de graduação em Enfermagem, em unidades dos sistemas de saúde como forma de construir e consolidar uma nova prática, ou seja, a práxis propriamente dita, e que consiste na ação humana transformadora, com a identificação e relação entre a teoria e a prática.

A práxis, neste estudo, se estabelece pelas relações de aprendizagem e trabalho mediatizadas a partir da ocorrência do Estágio Curricular de Graduação em Enfermagem e a produção do cuidado em saúde. É nessa relação que corroboramos o exposto por Konder (1991, p.105), “o sujeito humano se contrapõe ao objeto e se afirma como sujeito num movimento realizado para dominar a sociedade objetiva: modifica o mundo e se modifica a si mesmo”. Objeto aqui

explicitado como a apreensão, adaptação e mudança da prática profissional e relacional dos atores no interior das unidades de saúde.

Essa mudança é reiterada pelo relato da entrevista das (os) discentes que deixam claro a importância da produção do cuidado tanto no momento de exercê-lo, como na gestão deste, e que se dá em consonância com as DCN/ENF, no que tange às competências gerais sobre atenção à saúde e o gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação entre outros:

*[...].* *Aí, além de pensar sobre essas questões gerenciais, de custo, você pensa sobre as questões de relacionamento com paciente,* *Aí também você tem que pensar técnica, o relacionamento com o serviço, a gestão.* *[...]* *(Ent. 8, Grupo II).*

*[...].* ***Por que não é o melhor curativo? Por quê que eu 'tô' fazendo isso?*** *Você pensa em fazer a técnica, enfim, 'né'. E aí, depois, no final..., você tem que começar a pensar sobre essas coisas* *(Ent. 15, Grupo II).*

Essa mudança da realidade social ocorre na ação que pressupõe alguém que a realiza, através de sujeitos concretos que agem sobre o mundo, de forma a compreender e modificá-la.

Essa prática social, limitada pela história modificou e originou o estudo das leis sociológicas que caracterizavam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e dessa prática social, no desenvolvimento da humanidade. Assim, após o marxismo, o materialismo histórico, ressalta a força das idéias, capaz de introduzir mudanças nas bases econômicas que as originou (TRIVIÑOS, 1995).

Ao iniciar essa etapa de análise, não posso deixar de referir uma questão importante que a pesquisa evidenciou que é o modelo tecnoassistencial, adotado nos dois municípios analisados, onde os dados foram coletados, durante a pesquisa. O modelo assistencial continua fortemente centrado em **ações programáticas**, médico-centrado. Isso significa que, quando o PSF foi implantado, herdou essa prática, e com o referencial utilizado pela Saúde da Família (SF), de que ele deve trabalhar com base na prevenção e promoção, com atendimentos programados, **agendados**, reforçou ainda mais esse modelo anterior. Os profissionais criam até mesmo uma dicotomia entre a unidade que funciona na modalidade do SF com a Unidade Básica (UBS) tradicional.

Essa prática pode ser identificada nos discurso dos sujeitos analisados:

*[...]. A gente tem aqui, na unidade de PSF, um cronograma de 02 dias, que são destinados ao Hiperdia, depois o pré-natal.[...] (Ent. 6, Grupo II).*

*A princípio, eu pensei no CAPS, por me identificar com a área de saúde mental, eu já trabalho desde o início do curso, projeto de extensão, de pesquisa, então, tenho um certo domínio. Já ESF, a gente veio ver no último semestre, que é uma falha do Curso. Na prática, eu pensei em ter mais oportunidades. Conhecer melhor o programa, ter experiências que eu não tive (Ent. 8, Grupo II).*

*[...]. Na prática, eu pensei em ter mais oportunidades. Conhecer melhor o programa, o PSF. Ter experiências que eu não tive. Na unidade de saúde, a assistência é muito pontual. Apenas consultas [...] (Ent. 13, Grupo II).*

Esse modelo estabelece as forças produtivas na forma de operar o processo de trabalho em um “cronograma”, administrativamente organizado, em que a população de “risco” é levada a freqüentar a unidade de saúde em certos dias e horários, período em que os profissionais que atendem àqueles programas agendados para essa data estarão disponíveis (FRANCO, ANDRADE, FERREIRA, 2009).

Esses autores analisam ainda que, por outro lado, o PSF imprimiu diversas mudanças que consideramos como avanços na produção dos cuidados à população, principalmente no que se refere ao elevado e significativo contato dos profissionais com as comunidades, com uma referência importante no Agente Comunitário de Saúde (ACS), em relação à população adscrita.

Assim imprime e consolida os princípios do SUS, na perspectiva de historicamente reintegrar uma idéia geral de “humanização” dos serviços, que significa em geral “atender bem” aos usuários, conforme observamos e anotamos nos momentos de acompanhamento com os sujeitos deste estudo (FRANCO, ANDRADE, FERREIRA, 2009).

Ao retomar alguns aspectos históricos acerca dos princípios e diretrizes do SUS, me baseio na análise histórica de Machado, M.F.A.S., *et al.* (2007, p. 337), ao discutir que:

Do SUS emergem princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198, da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de

informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Ao analisar a produção do cuidado no ECS e sua mediação com a prática social surgiram duas subcategorias que definimos como integralidade e acolhimento, e que passamos a analisá-las no contexto da formação e produção do cuidado em saúde.

#### 4.3.2.1 Integralidade

Dentro da concepção ampla, e conceitual de integralidade, destacam-se: ações de educação em saúde, como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde, e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população (MACHADO, M.F.A.S., *et al.*, (2007).

Assim, passo à discussão das entrevistas das (os) discentes que tratam dos aspectos referentes à integralidade no processo de construção e reconstrução das práticas em enfermagem na perspectiva da produção do cuidado mediatizado pelos momentos de encontros vividos pelos atores sociais no decorrer do ECS:

***Você reflete um pouco também sobre essas coisas. [...]. Aqui não, você tá no estágio, você vê. Eu acho que devia começar bem antes, porque você ia ter mais tempo 'pra' lidar com essas coisas enquanto pessoa. A postura de enfermeiro. Você ser estimulado, vamos dizer assim, você refletir sobre sua prática (Ent. 4, Grupo II).***

***[...]. É essencial, esse processo de cuidar, esse processo de trabalho. Poder ver, planejar e praticar a ação. E você estando presente como aqui é possível, a gente vê as mudanças nesse processo de cuidar de trabalho (Ent. 5, Grupo II).***

Esse momento de encontro das (os) discentes com o ambiente de trabalho propicia (re)pensar o cuidado enquanto ato, refletido sobre o fazer sistematizado e social, não institucionalizado. Nesse sentido, Pires, M.R.G.M. (2005, p. 1031), sustenta que:

Cuidar é mais que um ato mecanizado, rotinizado e alienado de sentido, faz parte da realidade criativa dos seres, compondo-lhe a estrutura de ser e vir

a ser-no-mundo, sendo atitude humana inscrita na esfera vital, subjetiva e cultural das relações sociais.

Para a autora o “aprisionamento do ato de cuidar em normas, rotinas e técnicas desvirtuam o cuidado de sua existência criadora e reveladora” (Pires, M.RG.M., 2005, p.1031). Produz-se assim a institucionalização do cuidado. Esse cuidado institucionalizado tende a priorizar a proteção do usuário em detrimento de sua autonomia.

Nessa perspectiva, a busca da integralidade, pelos atores sociais, é apontada por Machado, M.F.A.S. *et al.*, (2007, p. 336):

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios.

Nessa mesma linha de análise, resgato os relatos das (os) enfermeiras (os) preceptoras (es):

*Olhe o processo de cuidar do enfermeiro, além dele estar passando todas as informações pertinentes, que o paciente deve receber, deve ter, para ter consciência do seu tratamento, e evitar complicações por conta disso, ele (enfermeiro) precisa também ouvir (Ent. 22, Grupo III).*

*[...]. A gente **deve ver também de forma holística**. Por exemplo: você ‘tá’ tratando essa doença, e daí, já investigar se tem alguma outra que pode ‘tá’ atrapalhando, que venha a desenvolver. ‘Tá’ justificando sempre que você for dar uma orientação, ‘pra’ que ele venha a entender, pelo menos nessa realidade é o que eu tento fazer aqui na instituição (Ent. 23, Grupo III)*

*[...], **todas as estudantes tinham um relacionamento interpessoal com a equipe, elas olhavam o indivíduo enquanto sujeito** que é dono de uma vida, que tem diversos fatores que influenciam nesse processo dele. **Elas eram muito boas no sentido de uma visão holística.** [...] (Ent. 25, Grupo III).*

Sob essa ótica, se identifica uma mudança da prática, ainda que não instituída, formalizada, mas que aponta para a construção de uma práxis social na formação, e que irá gerar novos movimentos entre os profissionais e usuários das unidades de saúde, onde ocorrem as práticas do ECS:

*[...] de **movimentos que o aluno ‘tava’ fazendo, de inovações, de organização de serviços, de trabalhar com a comunidade, de movimentos, desde fazer feiras de saúde até organizar a implantação de uma ação no âmbito do interior da unidade, capacitação da equipe, assumir junto com a gestão, a condução do processo do cuidado da Atenção Básica.** [...] (Ent. 1, Grupo I).*

*[...]. O objetivo é contribuir para o aprofundamento na formação do enfermeiro generalista, mas contribuir com o **disparar de movimentos de transformação no fazer/cuidar do o enfermeiro e no do professor.** [...]. Então, assim, nos estágios têm sido feito, feiras de saúde, não 'ta posto' no estágio. **O aluno enxerga como necessidade de potencializar resposta prá comunidade. E aí sai a feira. Treinamento das equipes, dos adolescentes do bairro, primeiros socorros, o estágio movimenta, articula com a escola.** É o grupo da igreja, o ACS que é mais articulado com outros segmentos, que também provoca isso no aluno (Ent. 2, Grupo I).*

É importante a construção de uma concepção crítica da educação que pretenda ser uma educação para a conscientização, para a mudança, para a libertação, e com isso construir uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos, e favorece a construção/consolidação de movimentos em busca da integralidade da formação.

Nesse sentido, Machado, M.F.A.S. *et al.*, (2007, p. 339), refere que:

Vale dizer que quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para ser anunciadores e denunciadores, frente ao compromisso que assumimos, permitindo desvelar a realidade, procurando desmascarar sua mitificação e alcançar a plena realização do trabalho humano com ações de transformação da realidade para a libertação das pessoas.

Esses achados permitem também refletir criticamente acerca da importância dos processos educativos na perspectiva de que as reformas curriculares baseadas nas DCN/ENF e nos serviços de saúde, busquem construir a consciência crítica para que a (o) enfermeira (o) se perceba educadora (or) nas diversas áreas de atuação profissional, pois conforme estudo realizado por Budó e Saupe, (2004) e referido por Machado, M.F.A.S. *et al.*, (2007, p. 340):

É incontestável o papel do enfermeiro como educador em saúde, seja na sua versão individual ou coletiva. Entretanto, estudo sobre as práticas de educação em saúde no PSF realizadas por esse profissional em Fortaleza, CE identificou um despreparo técnico para exercer esta prática de modo articulado aos princípios do SUS, como também a dominância das ações clínicas, individuais e burocráticas exigidas dentro das Unidades Básicas de Saúde da Família.

Nessa perspectiva deve se considerar a necessidade da adoção da educação permanente, como um dos eixos na promoção de movimentos inovadores na gestão

democrática do SUS e na formatação de práticas de saúde que aproximem o cuidado integral e de qualidade aos usuários do SUS, e ter como foco de que o trabalho em saúde em ato é um processo que envolve usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2003; FRANCO, ANDRADE; FERREIRA, 2009).

Essa nova forma de atuar dos profissionais de saúde, especificamente enfermeiras (os) desencadeia outra aquisição de competências na formação desse profissional que é a condição da escuta sensível, através do acolhimento como forma de desconstruir as práticas fragmentadas, assistenciais, com filas intermináveis que contribuem para o atendimento **(des)humanizado** que gera desgaste aos profissionais e usuários do sistema de saúde.

#### 4.3.2.2 Acolhimento

As leituras realizadas propiciaram o entendimento de que o acolhimento é uma forma de reorganização do processo de trabalho, que decorre das relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional.

Como diretriz operacional, o Acolhimento consiste em uma estratégia para inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, tendo como princípios: garantir acessibilidade e atendimento a todos; reorganizar o processo de trabalho para a equipe multiprofissional, tendo em vista a responsabilidade em escutar o usuário com o compromisso de resolver seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador/usuário, por parâmetros humanitários, solidários e de cidadania (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009; MERHY; 1997, 2002).

A produção do cuidado decorre da forma como o trabalhador opera o seu processo de trabalho em saúde e que é dependente do **trabalho vivo em ato**, que é o trabalho no momento exato da sua atividade laboral, criativa. (Merhy, 2002).

De acordo com Franco; Andrade e Ferreira (2009, p. 119-120), a característica fundamental do trabalho vivo na produção do cuidado é:

(...) o autogoverno, ou seja, é o trabalhador quem comanda seu próprio processo de trabalho. Essa liberdade lhe confere uma poderosa capacidade de exercer a mudança, a partir do seu lugar específico de trabalho. Isso significa que as lógicas de produção do cuidado vão depender das atitudes que o trabalhador tem frente ao usuário, e essa atividade produtiva, pode assumir diferentes perfis. Ela pode ser centrada nos interesses corporativos

e privado, quanto no desejo de tornar o SUS um serviço de qualidade, com acesso universal, e solidário. Portanto, a primeira avaliação que se faz é de que a mudança no processo de trabalho e por consequência do modelo technoassistencial, passa pela mudança do sujeito trabalhador, muito mais do que em qualquer dispositivo normativo.

Sob essa lógica o ECS contribui, ainda que de forma incipiente, para a reorganização dos serviços de saúde tendo como pressuposto a integralidade na produção do cuidado, em um processo de trabalho centrado no usuário e em relações acolhedoras da equipe multiprofissional, capazes de estabelecer vínculo, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários, onde a equipe responsabiliza-se pelo cuidado. Nesse aspecto, FRANCO; MERHY (2005, p. 182), refletem:

Supõe-se que haja uma relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados para este mesmo serviço de saúde, feita pelos usuários no exercício cotidiano de busca por assistência, e esta parece ser uma das formas de construção da demanda, a partir da percepção do usuário e os sentidos que este vê nas práticas assistenciais e sua implicação com a produção da saúde.

O encontro proporcionado pelo ECS aos atores sociais no decorrer desse processo de formação, enquanto agentes produtores do cuidado em ato vivo, com suas ferramentas tecnológicas (os saberes), e com o agente consumidor tornam o usuário um sujeito que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações no modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para a realização de um produto expresso de distintos modos por estes agentes (produtor/consumidor), e com isso gerar a humanização da assistência, enfim o que pode se transformar em ato terapêutico.

A análise acerca do cuidado como ato integral, terapêutico encontra respaldo em Pinheiro e Mattos (2005), referido por Franco, Andrade e Ferreira (2009, p. 121), pois:

Afinal, o cuidado é uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser. Ele resgata o tratar, o respeitar, o acolher e o atender o ser em seu sofrimento. É uma ação integral de relações de pessoas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, instituições e profissionais, que geram uma atenção digna e respeitosa, com responsabilização, vínculo e acolhimento.

Essas atitudes dos profissionais encontram ressonância nos achados dos relatos das entrevistas e diário de campo, deste estudo, conforme descrito abaixo. O

momento de vivência da produção do cuidado proporcionado pelas práticas das (os) discentes durante o ECS em Enfermagem, na Instituição pesquisada. Sob a visão das (os) discentes o acolhimento está presente na sua prática como:

*Então foi aqui a gente tem oportunidade de 'tá' vivendo isso tudo. E aí você vai pegando o conhecimento acumulado, de você ver o paciente não simplesmente como no processo de doença, até porque na Unidade Básica, a gente trabalha muito mais com a prevenção, do que a cura de doenças. A gente vê o contexto social que ele tá inserido, a gente tem oportunidade de ver os costumes, de tá olhando ele como um todo, aquela visão holística, que sempre preconiza (Ent. 6, Grupo II).*

*A busca maior é pelo enfermeiro da unidade. Até porque ele é um profissional que acolhe. Mesmo que não cabe a ele, ele procura dar uma solução. Seja encaminhando 'pro' médico, ouvindo, de forma a dar uma continuidade ao problema daquele paciente (Ent. 7, Grupo II).*

*[...]. A gente sempre pergunta tudo. O que 'tá' vivendo, se 'tá' passando por algum problema, o que ele tem feito. dando ênfase a isso, não simplesmente ver a patologia, o problema que ele traz, procurando ver o contexto que ele 'tá' inserido. Como por ex: a gente escuta. Tem paciente aqui, é mais uma carência, vive sozinho, 'tá' procurando a unidade pra ser ouvido (Ent. 20, Grupo II).*

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecem a construção de relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009).

É importante ressaltar que acolher significa receber, recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção da saúde, sem perder de vista a perspectiva da atenção individual, e a coletiva. Envolve uma teia de relações e competências profissionais complementares, bem como condições ambientais biofísicas e psicossociais favoráveis (INOJOSA, 2005).

Para as (os) enfermeiras (os) preceptoras (es), o acolhimento nas unidades de saúde, durante o ECS foi observado como:

*Ouvir os temores dele, seus receios, as dificuldades, que às vezes eles demonstram. A gente vê que o paciente não 'tá' desenvolvendo bem, começou o tratamento e não vê melhora. Aí você começa a falar, você tem que se alimentar, você tem que tomar as medicações nos horários certos. Não escuta as dificuldades dele. – porque era pra você pegar a*

*medicação ontem e você ficou sem tomar. E às vezes tem outro problema de ordem social, e que inclui a saúde, dentro do conceito de saúde, a parte social, [...] (Ent. 22, Grupo III).*

*Elas se preocupavam em olhar o sujeito, não apenas naquela doença. Não se preocupar com eles apenas na sala de espera, mas na hora da visita, da consulta, quando 'tá' transitando pela unidade. Elas buscavam um vínculo com esses usuários (Ent. 23, Grupo III).*

*Os alunos percebem isso, porque às vezes aquela visão de que a atenção básica é só prevenção e quando chega aqui você descobre que é um universo de particularidades, inclusive essa questão da emergência, pois hoje tivemos uma. As alunas identificaram e chamaram a gente e tomamos as providências dos socorros iniciais e chamado ao SAMU. Notificaram a evolução até o encaminhamento final (Ent. 25, Grupo III).*

Essa interação é referida por Inojosa (2005, p. 4), onde:

As partes envolvidas – os sujeitos da relação – têm poderes e saberes próprios e utilizam recursos de comunicação diferentes,, o que requer comunicação, diálogo, respeito pelo outro, aceitação das diferenças, de modo a ir conformando uma relação de confiança mútua.

O acolhimento, nessa perspectiva, é um processo contínuo e não apenas a etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços, embora esse primeiro momento do encontro, seja estratégico para toda a relação. Permeando todos os momentos da atenção à saúde, o acolhimento deve envolver todos os profissionais e equipes nas diferentes fases e unidades em que o serviço de saúde e o cidadão se encontram.

O acolhimento, na perspectiva apresentada, pelas (os) discentes e docentes perpassa pelo processo ensino, aprendizagem e trabalho, e como tal estabelece, pela forma como ocorre, a reconstrução da prática social, nos diversos momentos de vivência, que são propiciados durante o desenvolvimento do ECS, em diversas unidades de saúde, em sua mediação com a práxis social.

Entretanto, as observações realizadas, permitem apreender que, apesar dessas mudanças operadas no processo de ensino-aprendizagem e trabalho das (os) profissionais analisadas (os), se identifica a necessidade de se buscar a superação de processos de trabalhos ainda sustentados na alienação, no pensamento acrítico, que engessa muito dos profissionais da Enfermagem.

A categoria continua tolhida, o que é característico do Modelo Hegemônico Neoliberal, centrado no saber médico, o que limita o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe, em que os saberes são orquestrados numa relação de interação e igualdade, como propõem Gomes, Pinheiro & Guizardi (2005), e, também, analisado por Resck (2006).

De uma forma geral a observação sistemática, revelou problemas no processo de trabalho das equipes, que repercutiram na assistência aos usuários. As

principais questões identificadas foram: os atrasos da recepcionista e de outros profissionais à USF; sobrecarga de trabalho da técnica de enfermagem, que atendia a duas equipes de PSF; pouco reconhecimento por parte dos profissionais não-médicos nas funções assistenciais, especificamente no que tange ao processo de trabalho das (os) enfermeiras (os) nas unidades de saúde.

Foi observada, ainda, uma excessiva estruturação dos processos de trabalho pelo saber médico, deixando à margem, os outros saberes que se inscreve nas práticas de outros profissionais, e que com essa atitude compromete sobremaneira a integralidade e o acolhimento dos usuários na unidade observada, conforme o recorte da entrevista das (os) enfermeiras (os) preceptoras (es), abaixo:

*A questão de ouvir, pois às vezes **a gente se apega tanto às funções**, as atribuições que a gente tem que passa despercebida, mas que são coisas que **A enfermagem nunca deve deixar de mão, embora haja muitos entraves: o não reconhecimento da categoria.** [...] (Ent. 22, Grupo III).*

*[...]. **A enfermagem não evoluiu ainda, após tantos anos de formada, ainda cai nessa mesma rotina**, mas infelizmente embora tenha alcançado muita coisa boa, ainda tem alguns entraves. E que quem 'tá' na assistência, hoje principalmente envolvida como questões políticas, você percebe as dificuldades. [...] (Ent. 24, Grupo, II).*

A partir dos relatos das entrevistas e das observações, foi possível constatar, na totalidade da análise, que os profissionais de saúde, especificamente, as (os) da Enfermagem, nos momentos de produção do cuidado, nas unidades de saúde, ainda continuam produzindo processos de trabalho baseados nas tecnologias leves-duras e duras. Ainda predomina nos cenários de produção do cuidado, o modelo curativo, centrado no fazer médico e ações programáticas.

Observa-se que, em se tratando do perfil dos profissionais da saúde para o desenvolvimento de uma práxis social e crítica, que se desvincule da subordinação, historicamente construída pela profissão, as (os) enfermeiras (os) preceptoras (es) identificam a importância das mudanças nos conteúdos curriculares que têm se tornados mais dinâmicos, conforme relatos abaixo:

*Os alunos **hoje já chegam mais soltos**, a Universidade começa a desenvolver desde a **base o espírito crítico e questionador** (Ent. 24 Grupo III).*

*Essa geração dos **novos enfermeiros é muito mais crítica e reflexiva**, e não vai aceitar qualquer coisa (Ent. 25, Grupo III).*

Esses recortes dos relatos das entrevistas, consolidam a importância e contribuição das DCN/ENF para a elaboração/implementação de projetos pedagógicos pautados em metodologias mais dinâmicas.

Estas metodologias devem possibilitar, aos acadêmicos, a construção de um perfil do enfermeiro, com maior domínio do conhecimento técnico-científico específico e geral, além capacidade de tomar decisões e resolver os problemas, que se apresentam nas relações sociais e profissionais no cotidiano da produção do cuidado (ALARCÃO; RUA, 2005).

Na perspectiva da aquisição de conhecimentos, essa forma de operar o cuidado, requer da (o) enfermeira (o) um domínio de conhecimentos para atuar. Porém, quando se analisa sobre o valor do cuidado, enquanto processo vivo em ato é importante investir em processos de educação permanente que possam operar subjetividades e desejos que fortaleçam as tecnologias leves, e assim, interagir na contemporaneidade onde a competência do saber ser produz mudanças nos sujeitos que se percebem no outro e com o outro, e assim modificam o meio dialeticamente.

Essa aquisição de conhecimento, também perpassa pelas relações profissionais e relacionais, que ao serem observadas, em diversas unidades de saúde, cenários das práticas do ECS de graduação em Enfermagem, identifiquei que a integração entre os profissionais, ocorre de forma descontextualizada, centrada no saber e no fazer individual de cada um.

Essa forma de atuar os mantém isolados e desagregados criando processos de trabalho descontextualizados da realidade social dos sujeitos envolvidos e que comprometem o alcance da integralidade da assistência, no fortalecimento da dimensão cuidadora, proposta pelo SUS, e que ainda se configura num desafio a ser alcançado nessa realidade empírica.

Nesse sentido, é importante identificar também em nível institucional, as contribuições e desafios que foram explicitados, durante as entrevistas, e identificados durante os momentos de observação sistemática.

#### 4.4 CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DAS PARCERIAS ENSINO - SERVIÇO PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM ENFERMAGEM

Neste momento da pesquisa, com base no processo de análise dos dados, resultante das observações e relatos das entrevistas, descrevo os fatores que contribuem para a construção do saber na formação do enfermeiro através da produção do cuidado no decorrer do ECS de graduação em Enfermagem, em cenários da práxis, e seus respectivos desafios que se fazem presentes, e que dizem respeito às políticas administrativas das instituições de serviço conveniadas, assim também, da Instituição de Ensino Superior (IES) e da própria Política de Ensino da Enfermagem.

Em conformidade com as anotações realizadas, as (os) participantes do estudo, expressam que a cobrança institucional acerca da produtividade da (o) enfermeira (o) contribui para a pouca priorização do serviço, voltado para o usuário. Esse comportamento não possibilita às (aos) discentes a participação no processo de trabalho, no que tange à gerência do cuidado, como está posto em um dos recortes, de suas falas:

*[...]. O enfermeiro que trabalha, em campo, fica preocupado **que tem que fazer o serviço**, porque é responsabilidade dele... Daí **se ficar parando para explicar para o aluno, pode ter que deixar serviço pra mais tarde e isso vai atrapalhar a produtividade dele.** [...] (Ent. 4, Grupo II).*

As entrevistas das (os) enfermeiras (os) preceptoras (es), também apontam para os achados referentes ao acúmulo de atividades, conforme abaixo:

*[...]. Outra dificuldade é a demanda no serviço, **ao mesmo tempo em que a gente 'tá' atendendo, 'tá' explicando ao aluno**, além do paciente... [...] (Ent. 22, Grupo III).*

*[...]. **Agora no EC fica mais corrido.** Por exemplo, eu chego, recebo meu plantão. Leio o relatório. Ausento-me por questões do almoço, às vezes **as questões administrativas fazem com que a gente dê pouca atenção pro aluno. Me faz ficar distante desse processo.** [...] (Ent. 25, Grupo III).*

*Só que no momento que a gente **aceita esse estudante, sem o devido acompanhamento do professor, que querendo ou não, tem uma maior responsabilidade sobre o aluno.** [...] (Ent. 27, Grupo III).*

Essas dificuldades, analisadas nas entrevistas, refletem que a forma de participação e escolha das (os) enfermeiras (os) preceptoras (es) e das unidades de

saúde das instituições escolhidas, comprometem o atendimento ao usuário, o processo ensino-aprendizagem, enfim, as diversas formas de operar o cuidado em saúde, de forma mais participativa entre usuário e equipe são deixadas em segundo plano. Essas observações também são discutidas por Pires, D. (2009, p. 743), e referem que:

No entanto, apesar do trabalho coletivo institucional estar influenciado pelas políticas de saúde, pela história, pelos constrangimentos institucionais, pelas legislações profissionais, e pela lógica de organização do trabalho coletivo, a gerência da instituição não consegue desenhar um projeto assistencial rígido antes de sua implementação de modo a submeter o trabalho da equipe multiprofissional. A gerência não consegue dominar a concepção e nem controlar rigidamente os processos de execução do trabalho, há um espaço de autonomia técnica o que se aproxima das características de um trabalho profissional.

É importante ressaltar que no ECS do Curso analisado, o aluno recebe a supervisão do docente, de modo indireto, ou seja, visitas esporádicas e não agendadas com as (os) discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) que gera insegurança entre os mesmos.

A supervisão do ECS é realizada pela (o) enfermeira (o) preceptora (or), em seu exercício profissional, com o objetivo de possibilitar ao aluno maior abertura para interagir com o serviço, com a prática do cuidado e gerência, e, por conseguinte, com os funcionários e profissionais.

Esses processos permitem promover a mediação e articulação entre a teoria e a prática, em consonância com as DCN/ENF, ambiente de pois confronta os saberes e fazeres das (os) discentes e enfermeiras (os) preceptoras no ambiente de ensino e trabalho.

Essa ressalva se faz pertinente, pois possibilita inserir na discussão alguns aspectos legais, ligados à participação de alunos, em Estágio Curricular Supervisionado, e especificamente acerca da participação e das (os) enfermeiras (os) preceptoras (es), instituída pelos órgãos de classe dessa categoria profissional, bem como da supervisão indireta da (o) docente da IES (COFEN, 2005; BRASIL, 2008).

Segundo a Resolução COFEN nº 299/2005, “Art. 4º - O planejamento, a execução, a supervisão e a avaliação das atividades do estágio curricular supervisionado deverão ser levadas a efeito sob a responsabilidade da instituição de

ensino, com a co-participação do enfermeiro da área cedente de campo de estágio”. (COFEN, 2005, p. 2) o que configura a participação efetiva da (o) docente da IES, mas que não vem ocorrendo na prática, da IES escolhida, conforme relato:

*Eu acho que o professor participa pouco, ele deveria estar mais presente, ouvindo de forma conjunta, ou separadamente a discente, o preceptor, entendeu? [...].Ele chega aqui, vem e fala - e aí tá tudo bem? Mas, ele não acompanha, não fica aqui uma manhã aqui com a gente (Ent. 23, Grupo III).*

*A falta de um preceptor ligado a universidade, que pudesse dar um suporte maior pra gente. Não comparecendo a unidade apenas uma vez, digamos uma ou duas vezes na semana pra perguntar como o estudante está. Mas principalmente dar um acompanhamento mais de perto desse aluno (Ent. 28, Grupo III).*

O artigo 5º, parágrafo único, da referida Resolução, estabelece que: “é vetado ao enfermeiro, estando em serviço na instituição em que se realiza o Estágio Curricular, exercer ao mesmo tempo, as funções para as quais estiver designado no serviço, e a de supervisor de estágio” (COFEN, 2005, p. 2).

Esses aspectos são apontados pelas (os) enfermeiras (os) preceptoras (es)

*Só que no momento que a gente aceita esse estudante, sem o devido acompanhamento do professor, que querendo ou não, tem uma maior responsabilidade maior sobre o aluno, na medida em que a gente ‘tá’ tirando o emprego de alguém, porque a gente sabe que o mercado ‘ta’ abarrotado, e a gente se sobrecarrega, toma uma responsabilidade que é muito grande (Ent. 22, Grupo III).*

Acerca dessa questão, as (os) docentes do Curso analisado, consideram que:

*E aí quando vem a Resolução 299 a coisa se instala, vamos dizer assim, o caos se instala. Por que eu falo o caos? Porque naquele artigo que diz que a responsabilidade do estágio é da instituição de ensino com a co-participação do serviço, co-participação é o quê? É abrir um espaço? É acolher? Mas é ficar sozinho com o aluno, enquanto o professor não está? (Ent. 1, Grupo I).*

*Pra nós, nas DCN/ENF, ‘tá’ claro, que é uma experiência do aluno com o enfermeiro do serviço, tanto é que o aluno acompanha a escala do enfermeiro, e nós participamos sim, avaliando, planejando, acompanhando, mas não daquela vivência (Ent. 2, Grupo I).*

Abre-se o questionamento, se essa medida avança ou retrocede na caminhada para a formação do enfermeiro, pois essas observações relatadas têm dificultado a aceitação de alunos, em algumas unidades de saúde.

Busca-se, ainda, operacionalizar o cumprimento do artigo 7º da Resolução CNE/CES nº3/2001, que institui as DCN/ENF, a qual refere sobre a obrigatoriedade do Estágio Curricular Supervisionado, em serviços de saúde do nível primário ao terciário, nos dois últimos semestres do curso. Explicitado, em parágrafo único que, “na elaboração do planejamento das atividades e no processo de supervisão do aluno, pelo professor, deve ser assegurada a efetiva participação dos enfermeiros de serviço onde se desenvolve o referido estágio” (BRASIL, 2001b, p.4).

O descumprimento das DCN/ENF, no item 4, que trata do percentual de 20% da carga horária mínima exigido para o estágio curricular, ainda não é cumprido pelo curso de Enfermagem, em estudo, que tem uma carga horária total de 3.825 horas, à qual se incluem 270 horas de Estágio Curricular Supervisionado, em área hospitalar e Atenção Básica, respectivamente, e portanto corresponde apenas a 7% do total de carga horária estabelecida pelas DCN/ENF, e que deveria ser de no mínimo, 382 horas, por campo de prática no referido Curso.

Identifiquei alguns recortes acerca desse não cumprimento de carga horária no ECS de Graduação:

*Eu sei que contribuiu muito, na minha formação, ter coordenado o curso numa faculdade particular, **porque quando eu olhei pra forma de conduzir o Estágio supervisionado dessa faculdade, eu olhei pra ele, olhando pro da nossa Universidade. E eu não sei se é bom falar isso, mas de qualquer forma que o Estágio Curricular do nosso Curso, com a limitação das 135 horas, ainda não atendendo as diretrizes, foi o substrato das faculdades que estão no entorno dela olharem. [...]. Porque sempre vai ser essa Universidade, esse regulador da qualidade. Porque mesmo com as 135 horas ou não o aluno chega, e ele não sai igual (Ent. 1, Grupo I).***

Chamou a atenção para o recorte da entrevista da docente da Universidade analisada, pois ao mesmo tempo em que considera como entrave o descumprimento da carga horária, também faz uma análise histórica acerca da importância que o Curso de Enfermagem desta Universidade pública, tem para a região, e para os sujeitos sociais envolvidos na docência. Essa contradição é resultado de que o homem se modifica e modifica o seu meio, num contínuo devir, e com isso reescreve sua história e a história da sociedade onde está inserido.

Na análise acerca das políticas administrativas, referentes à Instituição de ensino escolhida, me chamou a atenção os processos de informalidade que se

inscrevem para com as (os) preceptoras (es), quanto aos critérios de escolha, para o acompanhamento das (os) discentes no ECS, conforme relato abaixo:

*Eu sou convidada pela coordenadora do ECS. **Comigo ela me perguntou se eu tinha interesse, se eu era aberta, e eu disse que sim. Aí ela me marcou, me disse que tal dia eu iria receber o aluno e a pasta e vai ser por tal professor [...]** (Ent. 1, Grupo III).*

Nesse processo, se identifica a fragilidade das relações Institucionais, quando do contato entre as partes da Instituição formadora e de saúde respectivamente. Deixa claro que apesar da existência de um Convênio, regulamentado pelas Instituições, há o desconhecimento da normatização das ações, responsabilidades e competências dos sujeitos sociais envolvidos nessa etapa de formação do enfermeiro, o que pode gerar descompromisso, desmotivação e a criação, ou não, de vínculo entre a enfermeira (o) preceptora (or) e a (o) discente, neste momento de consolidação de conhecimento e competências para a inserção no mundo do trabalho.

Entretanto, ao realizar uma releitura dessa prática, referida pela enfermeira (o) preceptora (or) (Ent. 1, Grupo III). O assumir o acompanhamento dessa atividade de ECS, gera processos de autogoverno que possibilitam a ação produtiva do trabalho em saúde, agenciado por si mesmo e pelos demais sujeitos que interagem e realizam a produção do cuidado, através do trabalho vivo em ato, conforme referido por Merhy, em seu texto de 1997, “Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato”, referido por Franco, Andrade e Ferreira (2009, p. 11), ao comentarem que:

Merhy recupera para a saúde coletiva o conceito e a potência do trabalho vivo, caracterizando-o como um processo agenciado por sujeitos, que traz em si o atributo da liberdade, criação, inventividade. Naturalmente que o processo produtivo da saúde é contraditório, e o trabalho vivo pode ser capturado pela lógica instrumental de produção do cuidado, o trabalho morto. Mas a importância deste conceito aplicado ao processo de trabalho em saúde revela a possibilidade que têm os trabalhadores, para operar seu trabalho em alto grau de liberdade, exercendo, podemos assim dizer, um razoável autogoverno sobre sua atividade produtiva.

Esse autogoverno propicia ainda aos sujeitos o desejo de participar de nova experiência que se constitui numa força motriz e que desencadeia a construção e desconstrução de saberes e fazeres quer pessoal e profissional, individual e coletivo,

e assim modificar a si mesmo e o seu ambiente social e profissional. Para tanto tomamos a referência de Franco, Andrade e Ferreira (2009, p. 10), ao analisar:

A força motriz da produção do real social é o desejo, que se forma em nível inconsciente é constitutivo das subjetividades, que no plano social torna os sujeitos os protagonistas por excelência de processos de mudança. Construção e desconstrução de mundos, os territórios existenciais se modificam neste processo. *‘O desejo é da ordem da produção e qualquer produção é ao mesmo tempo desejante e social’* (Deleuze e Guattari, 1972:308).

Ainda na perspectiva do autogoverno, a Teoria do Materialismo Histórico Dialético traz à luz da discussão a referência teórica de uma das principais categorias, discutidas por Marx, que é o **trabalho**, e está no centro das análises, pois ele é a atividade pela qual o homem vem transformando a natureza, desde suas origens, para criar os meios de subsistência. É nessa perspectiva que Marx deu o caráter material (os homens se organizam na sociedade para a produção e a reprodução da vida) e o caráter histórico (como eles vêm se organizando através de sua história) (MARX, 1989; PIRES, M.F.S. 1977; PERNA; CHAVES, 2008).

Essa análise é identificada em um dos recortes da entrevista da (o) enfermeira (o) preceptora (or) no decorrer de sua atividade de ensino-aprendizagem com a (o) discente no momento da produção do cuidado referente à Educação Permanente, em conformação com o tripé educação-formação-trabalho, enquanto uma ação dialética e transformadora:

*Na segunda-feira, eu pensei em a gente aproveitar a aluna e ver a técnica de curativos, que a gente tem uma deficiência. E aí a gente, foi conversando com os funcionários. Aí ela que foi conduzindo. Eu apenas acrescentava uma coisa ou outra do que ela falava, quando era necessário. Então quer dizer, meu planejamento é esse (Ent. 29, Grupo III).*

Esta análise encontra respaldo teórico nos autores, Ricaldoni e Senna (2006, p. 6), ao discutir a importância da Educação Permanente como uma dos caminhos para a organização do processo de trabalho, e conseqüente mudança na prática da Enfermagem e da saúde:

O papel da educação permanente é estratégico para a organização do processo de trabalho de enfermagem em articulação com as demais práticas de enfermagem e demais setores do hospital. A educação permanente deve estar sustentada nos conceitos e metodologia crítica e reflexiva. Esse processo implica em reconhecer que as práticas rotineiras,

descontextualizadas dos reais problemas, dificilmente permitirão o desenvolvimento da capacidade de reflexão.

Na dimensão singular do cotidiano do serviço de saúde, acontece falta de definição de papéis, compromissos e responsabilidades entre os profissionais da equipe de saúde, ou seja, as linhas de autoridade e responsabilidade, apesar de hierarquizadas, não estão definidas e a resolução de problemas, na maioria das vezes, continua centrada na figura médica. Este fato reitera a pouca autonomia e resolutividade ao enfermeiro em serviço, confirmada no recorte da entrevista da (o) enfermeira preceptora (o), e também, verificado nos momentos de observação na USF:

*[...] Ah! Vocês não estão fazendo baciloscopia? - **É comigo que vocês vêm falar isso? - Vai falar com o Doutor! Mas, ninguém enfrenta o Doutor... Eu não posso resolver... A enfermeira não tem autonomia para resolver, se tivesse seria bom... Fala com quem pode!** O "Doutor!" continua sendo o profissional que pode tudo! (Ent. 26, Grupo III).*

É importante apontar nesses depoimentos dos enfermeiros dos serviços básicos uma manifestação de desabafo pela prática hegemônica médica. A partir dessa atitude, os profissionais da Enfermagem, acabam por utilizar essa atitude para justificar qualquer possibilidade de relação interdisciplinar na equipe de saúde.

A relação multidisciplinar, ainda se mantém na práxis reiterativa, hegemônica do poder exercido pelo saber médico, o que gera nos sujeitos certa insatisfação, pela limitação para estar construindo em direção aos paradigmas norteados pela proposta do SUS, na qual o usuário é o centro do cuidado, e não, o procedimento.

Como foi apreendido pelas (os) enfermeiros dos serviços básicos, com esse depoimento que o modelo hegemônico, curativo, centraliza a atenção no procedimento, no protocolo e, não, no paciente, girando sempre ao redor do saber médico. Apreendem que o pensamento crítico dos demais profissionais, que contribuiria em muito para o atendimento integral ao cliente, fica subjugado em face da resistência da hegemonia do saber médico sobre os demais saberes, conforme foi possibilitado discutir a partir dos relatos das entrevistas, bem como nas observações sistemáticas realizadas pela pesquisadora.

Entretanto, conforme verificado, em relatos dos sujeitos pesquisados, e na observação sistemática realizada, no decorrer da pesquisa, que, o PSF tem possibilitado a mudança de algumas práticas hegemônicas, no interior das unidades

de saúde, e sobre o agir do enfermeiro, em relação ao profissional médico, além das relações interpessoais e o compromisso de formação de recursos humanos em saúde, preconizados pelo SUS, e pactuado entre Instituições (formadora e do sistema de saúde).

Nos relatos das entrevistas com as (os) docentes, do Curso pesquisado, identifiquei os seguintes recortes:

*Quero que você compreenda que enquanto SUS, 'tá' na lei 8080, que o SUS é o órgão ordenador de formação de recursos humanos para o SUS. Então, se ele é ordenador, você faz parte desse processo de formação (Ent. 1, Grupo I)*

*NA USF, estamos cumprindo um dever de formação. - Cada um tem um movimento, o meu é de docente, o seu de enfermeira. E que eu também não tiro essa roupa de enfermeira, porque aqui, se o enfermeiro não está eu assumo a unidade com o aluno, e faço pré-natal (Ent. 2, Grupo I).*

Esses relatos corroboram as mudanças proporcionadas pelo repensar histórico e social na construção/consolidação do modelo de saúde, preconizado pelo SUS, pelo PSF, e também estabelecido pelas DCN/ENF, no interior das USF.

Em se tratando das (os) enfermeiras (os) preceptoras (es) pesquisadas (os) relatos referem que:

*[...]. Eu trabalho pouco com a equipe médica, mas eu tenho um relacionamento saudável com eles, os médicos. Eu os considero como entrave, embora eu tenha obtido sucesso, que outras colegas não tinham até onde eu fui. Posso perguntar questionar, encaminhar pacientes sem questionar, por uma necessidade. Dele, questionar o porquê do paciente que 'tá' chegando agora. Ele já entende que foi uma necessidade. Que realmente eu não teria como deixar voltar, e que antes já teve problemas nesse sentido. Que era tantas fichas, não pode mais colocar, e hoje a gente já ta conseguindo vencer (Ent. 22, Grupo III)*

*Até a triagem ela, (médica) não queira que fizesse porque tomava tempo, e com isso ela demorava mais. **Aí sentamos e explicamos o que era PSF e que essas atividades são feitas na sala de espera** (Ent. 24, Grupo III).*

Essas mudanças são relatadas pelos participantes, conforme descrito por Silva e Sena (2006, p. 4):

Os participantes assinalam que as mudanças no ensino ocorrem para atender as necessidades da formação do enfermeiro para atuar no Programa de Saúde da Família. É constante, nos discursos dos sujeitos desse cenário, a preocupação de se inverter o modelo centrado no hospital e na doença, para construir um modelo da saúde tendo como referencial a produção social da saúde.

Em estudo realizado, em Universidade pública de Minas Gerais, no período de 2000 a 2003, por Silva e Sena, (2006), buscou, no âmbito da pesquisa, analisar o processo de mudança na educação de enfermagem, vivenciado pelos cursos de enfermagem das instituições brasileiras que desenvolveram o Projeto UNI.

Tais mudanças, também geram tensão ao se produzir atos de saúde, pois, como indicado por Merhy (2002), haja vista que se situa na produção do trabalho em saúde, como resultado das ações de um conjunto de trabalhadores, de uma equipe, e do gerenciamento do cuidado *versus* a produção de intervenções mais restritas, e presas às competências específicas de determinados trabalhadores (MATUMOTO, S. *et al.*, 2005)

Quando o processo de trabalho em saúde está vinculado do modelo médico-centrado, o trabalho se organiza para atuar sobre problemas específicos por meio do atendimento do médico, subordinando os saberes e ações dos outros profissionais à lógica médica.

Assim, o espaço da dimensão cuidadora requerida pela equipe, é diminuída, e esses atos isolados não possibilitam a incorporação de outros saberes para ampliação da ação clínica, e do campo de busca de solução para os problemas.

Tais comportamentos reforçam as competências específicas já tão valorizadas pelas especializações dos profissionais, e os subjugam às ações do modelo normatizado em ações programáticas, pouco voltados para o estabelecimento de integralidade, acolhimento, vínculo e responsabilização sobre as necessidades do usuário.

Essas mudanças de práticas estão diretamente articuladas ao ato de produzir de saúde, que passa pela intervenção do trabalhador sobre os problemas de saúde. Por isso, a forma com que este trabalhador reconhece o que é problema de saúde e como ele pensa que deve abordá-lo interfere diretamente no resultado que pode alcançar e na satisfação da necessidade do usuário.

A representação do problema de saúde faz o trabalhador desenhar em seu pensamento a ação e a escolha de instrumentos e recursos. Isso constitui sua *caixa de ferramentas*, cujo eixo orientador é a finalidade do seu trabalho compondo assim, um certo processo de trabalho (GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997; 2002).

Após essa etapa de análise, passamos à construção das considerações finais desse estudo que teve como objeto a produção do cuidado, em unidades do sistema

de saúde, no desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado, de um Curso de graduação em Enfermagem, em uma Universidade pública do estado da Bahia, e seus protagonistas, docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), em cenário que articula ensino, aprendizagem e trabalho.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Uma vez que não podemos ser universais e saber tudo quanto se pode saber acerca de tudo, é preciso saber-se um pouco de tudo, pois é muito melhor saber-se alguma coisa de tudo do que saber-se tudo apenas de uma coisa.*

*Blaise Pascal*

Na perspectiva de reunir dados que permitissem evoluir das conjecturas às afirmações, no que se refere ao objeto e objetivo central desse estudo, que se propôs analisar o processo de produção do cuidado, em unidades do sistema de saúde, no desenvolvimento do ECS de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública, no estado da Bahia, no período de 2009 a 2010, apresento algumas considerações finais, acerca da análise realizada.

Nesse cenário, optei por um estudo que permitisse verificar a relação existente entre a formação profissional e a realidade vivenciada pelas (os) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), do Curso estudado, em cenários do sistema de saúde, que atuam na concretude e totalidade do processo de produção do cuidado.

O estudo oportunizou apontar desafios e possibilidades de superação encontradas na produção do cuidado, no desenvolvimento do ECS, para a consolidação das práticas do enfermeiro e, que possam ser consideradas, para permitir abordagens pedagógicas interativas, na perspectiva de articular a relação teoria-prática, o ensino-serviço e sua inserção no contexto dos atores envolvidos.

O Estágio Curricular Supervisionado do curso de Graduação em Enfermagem, na sua totalidade, se caracteriza pelo processo de trabalho, ensino e aprendizagem, que se articulam em cenários de práticas assistenciais e gerenciais, em unidades do sistema de saúde com os processos de produção do cuidado, formação profissional e cognição.

Assim, ao buscar identificar na prática e no discurso dos sujeitos envolvidos nas diversas formas de operar a produção do cuidado no Estágio Curricular Supervisionado, em um curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública da Bahia, pretendo iniciar uma leitura de uma determinada realidade, num

exercício analítico, na perspectiva dialética, cujos acontecimentos se seguem e se condicionam uns aos outros, mediados por um impulso original. A cada momento pode começar algo novo.

Ao considerar os sujeitos envolvidos nesse processo dialético, como seres cognoscentes, co-responsáveis pelo estabelecimento das relações entre os membros da equipe, fortalece a noção de que, os mesmos, lidam com o conhecimento já produzido, reproduzem, e conseqüentemente, produzem o cuidado em saúde, enquanto **ato vivo**.

Para tanto, com base no estabelecido pela teoria do Materialismo Histórico Dialético, que embasou este estudo, na dimensão estrutural da análise, considerei a proximidade dos dados empíricos ao contexto das transformações, determinadas pelas Políticas de Educação, em relação à organização e desenvolvimento do ECS em Enfermagem, e às unidades do sistema de saúde.

Na dimensão particular, a Política da Educação, por meio das Diretrizes Curriculares e do Projeto Pedagógico delineiam a formação do enfermeiro, para este novo século, na perspectiva de articular a formação à práxis social, e que atenda às demandas históricas e sociais da vida.

Assim também, na dimensão singular, o processo de produção do cuidado nas dimensões técnico-científica, ético-política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania, considero o Estágio Curricular Supervisionado como espaço intercessor, entre o ensino e o serviço; a teoria e a prática, e entre as (os) docente, discentes e as (os) enfermeiras (os) preceptoras (es) para a conformação de novas competências, e para a consolidação das adquiridas.

Nesse sentido, a Enfermagem enquanto prática social, ou seja, como trabalho que se articula a outros trabalhos, em contextos históricos e sociais específicos, além de uma profissão, com sua competência técnico-científica, busca sempre responder às exigências sociais e de saúde, de uma determinada época e de um determinado espaço social.

Desse modo, os resultados da pesquisa de campo foram frutos extraídos dos serviços de saúde, da rede básica dos dois Municípios escolhidos, cenários de práticas para a produção do cuidado, no desenvolvimento do ECS de graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública, no período de 2009 a 2010.

Os dados primários do estudo foram originados a partir de roteiros das entrevistas semi-estruturadas, e observação sistemática, que possibilitaram a análise da prática dos sujeitos sociais envolvidos, e permitiram algumas considerações/sugestões para o estudo.

Da bibliografia consultada, se identifica que o processo de educação formal do enfermeiro, depende de reformas curriculares que ocorrem sempre em decorrência do modelo social e econômico hegemônico da época.

A inexistência de avaliações sistemáticas, entre os atores envolvidos da IES escolhida e as unidades de saúde, não propicia a análise e discussão dos avanços, dificuldades, possíveis soluções que propiciem mudanças no processo histórico, processo de trabalho, relação ensino-aprendizagem, enfim, os processos continuam pontuais e descontextualizados do contexto local.

Sob esse olhar, o momento intercessor, entre trabalhador de saúde e usuário, se dá esporadicamente, e a escuta sensível que estabelece vínculo, acolhimento e integralidade na atenção à saúde, ficam comprometidos tanto para a formação, quanto para o processo de trabalho, e produção do cuidado em saúde e de enfermagem.

Das categorias analisadas, nesse estudo, no que tange à formação profissional nas dimensões do saber para o ensino da Enfermagem, a partir das DCN/ENF, conferido pelo ECS de Graduação em Enfermagem, vivenciadas ao longo do Curso, no que tange aos sujeitos sociais pesquisados, é o momento de visitar, reconstruir as teorias e as práticas, no sentido de consolidar o conhecimento e articulá-lo à produção do cuidado nos momentos de encontro e realidade das unidades do sistema de saúde.

Sob essa perspectiva, se possibilita, na concretude e totalidade da formação profissional, a construção do conhecimento pautado em problemas da realidade concreta, articulando os saberes de diversas áreas, baseada na interdisciplinaridade e na integração dos conteúdos e dos fazeres.

Desse modo, nossas considerações corroboram com Silva; Sena (2006, p. 5), ao ressaltarem que:

Emerge, portanto, a necessidade de reestruturar o processo de formação, adotando uma visão integral do processo saúde-doença e do ser cuidado, superando, dessa forma, a fragmentação entre biologia/social, curativo/preventivo, clínico/epidemiológico, subjetividade/sociabilidade na

construção de um processo ensino-aprendizagem que leve o futuro profissional a desenvolver a competência profissional específica, combinando tecnologias leve-duras, como a clínica, e tecnologias leves como vínculo, acolhida e responsabilização.

Os depoimentos apontam para a análise de que o ECS se configura, em uma etapa de formação, onde é importante resgatar os conteúdos teóricos e articulá-los as ações da prática, ou seja, a prática é o **cimento da teoria, o amálgama do saber/fazer**. Os sujeitos do estudo consideram que a prática é o momento de visitar a teoria, e com ela subsidiar a prática. Consideramos que uma não existe sem a outra, elas se entrelaçam, criam a interface nesse processo de ensino, aprendizagem e trabalho.

Da análise realizada, identifiquei, através dos relatos das entrevistas, que o curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade pública escolhida, ainda contempla uma carga horária teórica maior, e na maioria das vezes, os momentos de prática, ocorrem de forma descontextualizada, em contraposição ao pretendido, e estabelecido pelas DCNENF, tanto no quantitativo quanto no qualitativo, ou seja, o saber, o fazer, caminham dissociados do **saber/fazer**.

Tendo em vista todos os processos históricos, ocorridos na área da saúde e na educação, especificamente nas mudanças da legislação, principalmente, com a publicação da Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001, que instituiu as DCNENF (BRASIL, 2001b), foi possível constatar que o Curso de Enfermagem, da Universidade escolhida, em sua matriz curricular, se encontra em desacordo com a legislação vigente, que estabeleceu o currículo mínimo de 4.000 horas para o Curso de Enfermagem, e o atual possui a carga horária de 3.825, em acordo com a legislação de 1994 (CNE/CES, 2008).

O Projeto atual, em sua organização curricular, projeta o curso para uma duração mínima de 5 anos, e duração máxima de 7 anos, perfazendo um total de 4.650 horas, na perspectiva das DCN/ENF. O ingresso dos alunos será de acordo com as normas já estabelecidas e instituídas pela Universidade escolhida. Continuarão sendo oferecidas 60 vagas (CNE/CES, 2008).

No Projeto vigente, o Estágio Curricular Supervisionado II (ECS II), é oferecido no 8º semestre, concomitante com a disciplina de Gerenciamento de Enfermagem nos Serviços de Saúde Coletiva, com carga horária teórica e prática

com carga horária de 135 horas, ainda em desacordo com o estabelecido pelas DCNENF, no que se refere aos 20% da carga horária total dos cursos.

Apesar da não ocorrência, de mudança regulamentada pela Câmara de Graduação, da referida Instituição, o Estágio Curricular Supervisionado II, desde a sua implantação, já foi modificado, em diversos momentos, no que se refere aos seus pressupostos metodológicos, pedagógicos e gerenciais sempre partindo das experiências e avaliações realizadas pelas (os) docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), em unidades onde se desenvolvem as práticas.

No Projeto, a ser aprovado, o ECS I e II, possui uma carga horária total, de 900 horas, e ocorre no quinto ano do curso, ou seja, no último ano, corresponde a 20% da carga horária exigida pelas DCN/ENF (BRASIL, 2001b).

Em linhas gerais, a carga horária disponibilizada para a realização do ECS II, do Projeto vigente, compromete as competências necessárias à formação profissional do enfermeiro; pois além da carga horária insuficiente, a produção do cuidado em saúde, no interior das unidades, ainda está pautado e fortalecido, em tecnologias duras e leves-duras, tendo em vista não só as dificuldades de operacionalização de metodologias de aprendizagem significativa, bem como o modelo de saúde em ações programáticas pautadas em consultas e no profissional médico, com pouca ênfase no processo de educação em saúde.

Considero que, na concretude do processo de ensino-aprendizagem, conferida pelo ECS e sua articulação à produção do cuidado, para a formação do enfermeiro, o uso de formas e procedimentos de ensino pelo qual se aprende não é um ato isolado, escolhido ao acaso, sem análise dos conteúdos trabalhados.

Desse modo, é imprescindível considerar as habilidades necessárias para a execução e os objetivos, a serem alcançados, bem como os ambientes de aprendizagem. Deve ser uma etapa de construção e reciprocidade, entre quem aprende e quem ensina.

As DCN/ENF têm a concepção pedagógica balizada no aluno, e deve ser trabalhado de acordo com as suas potencialidades, para o desenvolvimento de competências gerenciais, superando as dificuldades dos educandos, como forma de articular os conhecimentos adquiridos na teoria e articulá-los à prática. (AMANTÉA, 2004; BRASIL, 2001b; RESCK, 2006).

Torna-se, portanto, necessário assumir o processo ensino-aprendizagem baseado numa concepção pedagógica crítico-reflexiva que orienta as opções metodológicas dirigidas para mudar a centralidade do processo de ensino-aprendizagem, no professor, na perspectiva de transferir, responsabilizar e ressignificar, essa relação, no aluno (SILVA; SENA, 2006).

As estratégias de ensino–aprendizagem, referidas pelas (os) discentes, no que tange à realização de visitas domiciliares, reconhecimento do território, na Estratégia do Programa de Saúde da Família, realização de consultas na perspectiva das linhas de cuidado, estão em conformidade com as Diretrizes Curriculares, apesar do currículo do Curso analisado ainda não atender legalmente às mudanças.

Nesse sentido, Fernandes, J.D., *et al.* (2010), complementa que a articulação entre teoria e prática, no ensino de enfermagem, pressupõe ações pedagógicas que, ultrapassando os muros da academia, indicam a necessidade da inserção dos sujeitos do processo de formação nos espaços de encontro, de produção do cuidado, de produção de novas subjetividades.

Tais aspectos são analisados por Alarcão; Rua (2005, p. 376), ao considerarem que o Estágio Curricular Supervisionado se constitui:

Neste ambiente formativo é suposto que o aluno desenvolva atitudes e processos de auto-regulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados.

O estudo aponta, de acordo com os relatos das (dos) enfermeiras (os) preceptoras (es), acerca da importância de implementar no processo ensino-aprendizagem, do Curso analisado, competências que possibilitem, ao futuro profissional, a gerência de conflitos e de negociação, para trabalhar as relações interpessoais, a biodiversidade, a ética, a inteligência emocional e, conseqüentemente, na perspectiva da dimensão do aprender a ser, do aprender a conviver e do respeito a cidadania.

A análise da categoria - Construção da Autonomia dos Sujeitos no Processo de Formação Profissional – aponta de uma forma geral, que os sujeitos pesquisados atuam de forma autônoma, em processos relativos à: escolha do local para a realização do estágio, o entrosamento com a equipe de enfermagem, e o enfermeiro, e também o usuário. Os demais profissionais continuam exercendo suas práticas,

isoladas, descontextualizadas do modelo de saúde integral, holístico, enfim, pouco centrado nas necessidades de saúde dos usuários.

O estudo aponta para o isolamento do enfermeiro, que se reflete na perda de autonomia desse profissional no cotidiano das suas práticas. Esse comportamento traz a perda de possibilidades de ensino, de aprendizagem, entre ele e sua equipe, com o usuário, e por sua vez com as (os) discentes que a (o) acompanham, nessa etapa de formação profissional.

Essa autonomia também possibilitou gerar incômodos no cotidiano, e pode contribuir para a descoberta desses atores sociais, entre si, e no outro, as possibilidades de repensar esses comportamentos, e assim reescrever atitudes que levem à autonomia pessoal e coletiva, ou seja, o princípio dialético da contradição, de re-interpretação da realidade histórica e social.

A contradição implica que o sujeito se posicione na situação de intérprete social, se mostre receptivo às mudanças históricas e sociais do contexto, não se posicionando de forma privilegiada de observador, e sim compartilhe com o outro, os procedimentos que pretende viver, e compartilhar na construção da práxis social. Indica que para pensar a realidade é possível aceitar a contradição, caminhar por ela, e apreender o que dela é essência (PIRES, 1997).

É importante que a Instituição formadora, através dos docentes, e o sistema de saúde, busquem construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os profissionais de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do SUS, gerando assim profissionais críticos e reflexivos em busca de uma efetiva mudança social na sua totalidade.

O processo de produção do cuidado no ECS em enfermagem, que se apresenta neste estudo, consegue produzir mudanças na atuação do enfermeiro. Implica que é possível considerar aspectos, como: as tecnologias do trabalho para a produção desse cuidado individual e coletivo; trabalho em equipe; autonomia; integralidade; individualidade; relações e atitudes profissionais interativas, apesar dos profissionais de Enfermagem e de saúde, ainda privilegiarem o modelo médico-centrado.

O processo de produção do cuidado perpassa pela busca em potencializar a integralidade e cuidado, como práticas cotidianas, no sistema de serviços de saúde

onde se estabelecem vínculos sociais, transformando esses lugares, em lugares de encontros, de necessidades de saúde, de cuidadores de si e dos outros, ou seja, essas práticas passam pela subjetivação dos sujeitos, nos modos de desejar e produzir saúde, enquanto **ato vivo** (MERHY, 2003).

Foi possível observar, no relato das entrevistas e observação sistemática, a utilização das diversas tecnologias do trabalho em saúde, fomentadas pela busca de interação do processo de trabalho, no interior das unidades de saúde, que configura a micropolítica do trabalho em saúde, e do trabalho vivo em ato.

Os relatos das (os) discentes e das (os) docentes deixam claro o predomínio e utilização das tecnologias leves e leves-duras, que estabelecem processos de acolhimento, vínculo e responsabilização dos usuários, em detrimento, principalmente das tecnologias duras, que sob o modo de produção capitalista do trabalho em saúde captura o trabalhador, e o torna senhor dos seus atos perante a equipe e o usuário.

Se observa também, na dimensão singular do cotidiano do serviço de saúde, que no inconsciente do enfermeiro, há a necessidade de uma melhor definição de papéis, compromissos e responsabilidades entre os profissionais da equipe de saúde e gestão.

Isso significa dizer que, as linhas de autoridade e responsabilidade, apesar de hierarquizadas, não estão definidas, e a resolução de problemas continua centrada na figura médica, reproduzindo a pouca autonomia e resolutividade do enfermeiro em serviço, confirmada nos recortes de fala.

Contraditoriamente, se verifica durante a atuação dos sujeitos analisados, que a produção do cuidado, é, e pode ser potencializado no cotidiano do processo de trabalho pela (o) enfermeira (o), quando a (o) mesma (o) busca sistematizar o serviço, e assim favorecer a maior resolutividade no dia-a-dia de trabalho, e potencializar esse cuidado em benefício do usuário.

Isso significa que, quando o PSF foi implantado, herdou essa prática, e com o referencial utilizado pela Saúde da Família (SF), de que ele deve trabalhar com base na prevenção e promoção, com atendimentos programados, **agendados**, reforçou ainda mais esse modelo anterior. Os profissionais criam até mesmo uma dicotomia entre a unidade que funciona na modalidade do PSF, com a Unidade Básica (UBS) tradicional.

Os relatos das entrevistas, com as docentes, apontam para a visão crítica acerca da integralidade na produção do cuidado fomentada pelos movimentos desencadeados durante o ECS de graduação em Enfermagem, na Universidade escolhida, e que apontam para fomentar a mudança da prática assistencial, sob a vertente do modelo de promoção e prevenção da saúde individual e coletiva.

Enquanto prática social, a integralidade é discutida por Machado, M.F.A.S. *et al.*, (2007, p. 336), como:

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

A pesquisa aponta, também, uma nova forma de operar, na mudança educacional, que com base no estabelecido pelas DCN/ENF, pressupõe gerar processos de formação técnico, cultural e político dos alunos, que passam a compreender que as demandas da sociedade estão presentes em um cenário de múltiplos olhares e sujeitos, em dinâmicos processos de construção e desconstrução dos saberes e fazeres.

Conforme exposto, nos relatos das entrevistas e observação sistemática, a materialidade do pensar e fazer, tanto por parte das (os) discentes quanto das (os) enfermeiras (os) preceptoras (es), no ato do acolhimento nas unidades se verificou a partir do momento que esses atores sociais buscaram a resolução dos problemas, com base na escuta sensível, e na utilização das tecnologias do trabalho em saúde, e assim gerou mudanças desde a porta de entrada das unidades, com ampliação da inclusão dos usuários e melhoria significativa do acesso.

Essa nova forma de operar o cuidado em saúde possibilitou desencadear movimentos na formação educacional de conhecer, selecionar, produzir, organizar e implementar ações para dinamizar conhecimentos e atividades, com vistas a formação de profissionais na área da saúde, sob a lógica da assistência e da gestão, do processo de trabalho individual e coletivo dos profissionais, em que se entende que a formação é concomitante ao trabalho, na totalidade e concretude dessa práxis.

É interessante que o enfermeiro perceba, e busque a mudança dessa prática, haja vista, que cada profissional de saúde possui suas funções independentes, e

atividades que se complementam, ou seja, interdependentes, entre os demais profissionais do sistema de saúde. Essas mudanças podem e devem ser fomentadas pelas instituições de ensino superior, em momentos de encontro de ensino, aprendizagem e trabalho, na perspectiva de consolidar as competências profissionais exigidas pela contemporaneidade.

Essa observação é corroborada por Silva; Sena (2006, p. 2):

Sob tal perspectiva, mobilizações significativas têm sido feitas no sentido de se empregar transformações nos modelos de formação dos profissionais, buscando integrar a universidade aos segmentos da sociedade civil e com as comunidades em uma parceria que potencialize as alternativas de mudanças pedagógicas, organizativas e de interações institucionais. Essa questão se faz necessária para que a academia demonstre sua relevância no contexto social e para permitir a formação dos estudantes a partir de problemas da realidade concreta. Na busca da reversão dos modelos tradicionais de ensino, compreende-se que a definição do perfil profissional deve ser uma construção da qual participem diferentes atores: egressos, docentes, estudantes, profissionais de serviço, gestores dos serviços de saúde, membros das organizações representativas da profissão e da sociedade civil num movimento que oriente a formação e a definição do perfil profissional baseadas em áreas de competências.

É interessante pensar propostas acerca da dimensão cuidadora, que perpassam pela interdependência, baseada no dia-a-dia do profissional de Enfermagem e de saúde, na perspectiva de que a ação do cuidar é interdependente, e se constrói no cotidiano das atividades de Enfermagem e da saúde, na sua dimensão objetiva, na subjetividade de quem cuida e do ser cuidado e, através da mediação das interações de espaço-tempo, parte-se para pensar nessa construção, na sua dimensão individual e coletiva.

Considero que o processo educativo da Enfermagem, não pode ocorrer apenas através dos cursos de formação, no interior dos muros da Instituição formadora, pois se trata de um processo de idas e vindas, ou seja, ele é dialético e histórico.

Nesse sentido, os atores sociais necessitam viver em constante contato com as instituições de saúde, escolas, creches, entre outras. A partir delas, se dá o contato com os usuários, o que permite ao educando o conhecimento social e histórico dessa realidade, e assim se perceber co-partícipe, nas necessidades de saúde da população assistida.

O Estágio Curricular Supervisionado de Graduação em Enfermagem, realizado no interior das unidades do sistema de saúde, enquanto espaço

pedagógico privilegiado, onde se aprende/ensina o cuidado, deve propiciar a (re)descoberta, (re)significação, (re)construção do saber-fazer, saber-ser, saber-sentir sobre e com o outro, e sobre si mesmo.

Ao mesmo tempo, articular o processo educativo, aos serviços (escolas, unidades básicas, hospitais), possibilita sensibilizar esses profissionais para uma mudança da sua prática, fazendo-a contextualizada, não só no seu ambiente de trabalho, como também no contexto sócio-político atual.

Diante destas constatações, acredito que o questionamento levantado a partir dos pressupostos, foi respondido ao longo deste estudo, confirmando a proposição de tese formulada.

Espero com esse estudo, contribuir para as discussões sobre o processo de formação da (o) enfermeira (o) na perspectiva do ensino aprendizagem e trabalho voltado para a sua realidade. Favorecer um modelo de prática que considere o caráter dinâmico desta etapa de potencialização de conhecimentos e os aspectos positivos destacados por este grupo pesquisado, e propicie assim, o enfrentamento dos problemas cotidianos.

Igualmente, ressalto a importância da realização de novas investigações para aprofundamento dessa temática, bem como, ampliar as discussões ainda no âmbito acadêmico e nas unidades que são utilizadas durante o exercício da prática do Estágio Curricular de Graduação em Enfermagem.

Também, que contribua na elaboração de políticas interinstitucionais que respeitem a especificidade, subjetividade e complexidade do ensinar, aprender, aprender a ser com base em metodologias ativas de aprendizagem como forma de propiciar a produção do cuidado de maneira apropriada e segura, que resguarde os interesses da categoria e de sua clientela, o que irá favorecer, em alguma medida, o seu desempenho e o comprometimento ético-político da instituição com os profissionais e usuários do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto & Contexto Enfermagem**, Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis - SC, v. 14, n. 003, p. 373-382, jul./set. 2005.
- ALVES, Delvair de Brito. **Mercado de Trabalho da Enfermagem**. Salvador, BA, 1987.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, Dec., 1986. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1986000400010&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1986000400010&script=sci_arttext&lng=en). Acesso em: 21 Fev 2011.
- ALMEIDA, M.C.P. A enfermagem e as políticas de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 53-62, jul. 1997.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- AMANTÉA, Mara Lúcia. **Competências do professor no estágio curricular do curso de graduação de enfermagem segundo a percepção dos próprios docentes**. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.
- ANDRADE, M.N.; ARAÚJO. L.C.A.; LINS, L.C.S. Estágio curricular: avaliação de experiência. **Rev Bras Enferm**, v. 42, n. 4, p. 27-41. 1989.
- ARAÚJO, M.C.F. de. **Educação e Profissionalização em Auxiliar de Enfermagem - uma prática em discussão**. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação/UFBA - Universidade Federal da Bahia (UFBA)/Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus – BA, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Diretrizes Curriculares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, jul./ago. 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Administração. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, jul./ago. 2004.
- BACKES, Vânia Marli Schubert. **Estilo de Pensamento e práxis na Enfermagem: A contribuição do Estágio Pré-Profissional**. 1999. Tese (doutorado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 1999.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, 1999.

BARALDI S. **Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho**: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem. 2005. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARROWS, H. S.; TAMBLYN, R. M. **Problem-based learning: an approach to medial education**. New York: Springer, 1980. 206 p.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BERNARDINO, Elizabeth; OLIVEIRA, Elda de; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.1, p. 36-40, jan./fev. 2006

BOCCHI, S.C.M.; FÁVERO, N. O processo decisório do enfermeiro no gerenciamento da assistência de enfermagem em um Hospital Universitário. **Texto & Contexto, Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 5, n. 2, p. 218-246, jul./dez. 1996.

BOUSSO, Regina Szyllit, et.al. Estágio curricular em enfermagem: transição de identidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 218-225, jun. 2000.

BRASIL. Decreto nº791, de 27 de setembro de 1890. In: **Decretos do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil**, 9º fasc., set. 1890. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890. Disponível em: ([BCCBB](#)). Acesso em 2 de dezembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto Nº 27.426, de 14 de novembro de 1949. Aprova o Regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D27426.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D27426.htm). Acesso em: 02 Dez 2010.

\_\_\_\_\_. Lei Ordinária Nº 2604, de 17 de setembro de 1955. Regula o Exercício da Enfermagem Profissional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: [DOU. Diário Oficial da União núm. 2604, Septiembre 21, 1955](#) › Lei Ordinária. Acesso em: 22 Nov 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 271 de 19 de setembro de 1962. Currículo do Curso de Enfermagem. **Documenta**, Brasília (DF), v.10, n. 12, p. 54-60. 1962.

\_\_\_\_\_. Lei Ordinária nº 5540, de 28 de novembro de 1968. Fixa Normas de Organização e Funcionamento de Ensino Superior e Sua Articulação Com a Escola Média, e da Outras Providencias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. DOU, núm. 5540, Novembro 29, 1968 › Lei Ordinária Disponível em: <http://br.vlex.com/vid/fixa-normas-ensino-superior-sua-escola-34173864#ixzz16zp0ef2a>. Acesso em 02 Dez 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Educação. Resolução nº 4, de 25 de fevereiro de 1972. Institui o currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia. **DOU de 26 /08/ 1972**, Brasília-DF. Disponível em: <http://www.prolei.inep.gov.br/exibir>. Acesso em 02 Dez 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Regulamenta a Lei nº. 6.494, de 7 de dezembro de 1977. Dispõe sobre o Estágio de Estudantes de Estabelecimentos de Ensino Superior e de 2.º Grau regular e Supletivo, nos Limites que Especifica, e dá outras providências. Aprovado em 18/08/1982. **Diário Oficial da União**, de 19/08/1982, Brasília. 1982.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7498/86, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 Jun., Seção 01, p. 9273-5. 1986.

\_\_\_\_\_, Decreto N.º 94.406, de 08 de junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem e das outras providências pelo art. 25 da lei n.º 7.498, de 25/06/86. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 08.06.67. Seção I, p. 8.853-8.885. 1987.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde 080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil** 1990. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/legislacaodosus.pdf> Acesso em 2 Dez 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 314, de 06 de abril de 1994a. Diretrizes do currículo mínimo para o curso de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, (DF).

\_\_\_\_\_. Portaria nº. 1721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdos e duração do curso de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de dez de 1994b. Seção 1, p. 19801-2.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996: Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 34, n. 248, 23 dez 1996. Seção 1, p. 833-841.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em Mai de 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 1133, de 3/10/2001 - Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Aprovado em 07/08/2001a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 3/10/2001. Seção I E, p. 131.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, aprovada em 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 de novembro de 2001b. Seção 1, p. 37.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Informações políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006 Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm). Acesso em Jan de 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF Disponível em: [http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identifi...](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identifi...) Acesso em 3 Dez 2010.

BRITO, Maria José Menezes. et al. Experiências de integralidade no curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. In: **Ensino – trabalho – cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p. 93-108. 156 p. 2006

BRITO, A. P. **Os Elementos Essenciais Na Formação do Enfermeiro Reflexivo**. 03/10/2008. Disponível em: <http://www.profissionaldasaude.com/20081003277/enfermagem/artigos-sobre-enfermagem/os-elementos-essenciais-na-formacao-do-enfermeiro-reflexivo.html> Acesso em: 16 Dez 2010.

BURIOLLA, M. A. F. **O estágio supervisionado**. São Paulo, Cortez, 1999, 176p.

CAMPOS, Alzira Lobo de Arruda. A produção do conhecimento: teoria e ciência dos modelos. **Tempo & Memória. Educação**, Ano 2, n. 2, p. 101-112. Jan.- jul. 2004.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. (orgs). **Planejamento sem normas**. 2 ed. São Paulo (SP): HUCITEC, 1994.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R.T. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC. 2000.

CANÁRIO, Rui (org.). **Formação e situações de trabalho**. Porto- Portugal: Editora Porto, 1997.

CARVALHO, Márcia Lopes de. & LEITE, Joséte Luzia. O Cotidiano da Enfermagem em um Grande Hospital - HSE (1947-1980). **Rio de Janeiro: HSE**, 1996.

CASAGRANDE, L.D.R. A educação reflexiva na pós modernidade: uma revisão bibliográfica. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n.5, p. 696-703, set. – out. 2002.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 23 de Mai 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da Saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de. (ORGS). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p. 69-92. 336p. 2005.

CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS - Rev Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, p.41- 65. 2004a.

CECCIM, R. B. & FEUERWEKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, RJ, v.20, n.5, p.1400-1410, set./out. 2004b.

CECCIM, R. B; PINTO, L.F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, vol.31, n. 3, set.- dec. 2007.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set.1997.

CHIRELLI, M.Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico- reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA**. Tese (doutorado) Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2002.

CHIRELLI, M.Q; MISHIMA, S.M. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.1, n.5, p.574-84, set.- out. 2003.

CLAPIS, M.J. et al. O ensino da graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. **Rev. Latino-Americana em Enfermagem**, v.12, n.1, p.7-13, jan./fev. 2004.

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. de: Health concepts in current science-oriented discourse. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 315-33, May-Aug. 2002.

COELHO E.A.C.; FONSECA R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n.2, p. 214-7, mar./abr. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN - 91, de 04 de agosto de 1987. Dispõe sobre a autorização para a execução de tarefas elementares de enfermagem pelo pessoal sem formação específica regulada em lei, estabelece critérios para essa finalidade e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 25.08.87. Seção I, p. 13.522/13.523.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 299/2005. Dispõe sobre indicativos para a realização de estágio curricular supervisionado de estudantes de Enfermagem de graduação e do nível técnico da educação profissional. 2005. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 23/06/2006.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR (CES). Parecer CNE/CES nº. 329/2004. Carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. **MEC**, Brasília (DF). 2004.

\_\_\_\_\_. Parecer CNE/CES nº. 184/2006. Retificação do Parecer CNE/CES nº. 329/2004, referente à carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. **MEC**: Brasília (DF). 2006.

\_\_\_\_\_. Parecer CNE/CES nº 213 de 09 de Outubro de 2008. 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. 2008. Disponível em: <http://meclegis.mec.gov.br/assunto/index/tema/5/> . Acesso em 10 em Dez 2010

COSTA, Lauriana Medeiros; GERMANO, Raimunda Medeiros. 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=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600016&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 09 de Dez. 2010.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DAVINI, Maria Cristina. Do Processo de Aprender ao de Ensinar. In: **Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor – Área da Saúde**. Reimp. Da Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 1994.

DEIENNO, S.R.R. **Atuação do enfermeiro em unidade de internação, enfoque sobre as atividades administrativas burocráticas e não burocráticas**. 1993. 99p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

DELORS J, organizador. **Educação: um tesouro a descobrir**. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. [Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI]. Disponível em: [http://ns1.dhnet.org.br/dados/relatorios/a\\_pdf/r\\_unesco\\_educ\\_tesouro\\_descobrir.pdf](http://ns1.dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf) Acesso em 6 de Dez 2010.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3ª edição. São Paulo: Atlas, 1995.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, jan. 2004.

ERDMANN, A. L., et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 483-91, 2006.

FAGUNDES, Norma Carapiá. **Em busca de uma universidade outra**: a inclusão de “novos” espaços de aprendizagem na formação de profissionais de saúde. 2003. f.156. Tese (Doutorado em Educação) - Biblioteca Anísio Teixeira, Faculdade de Educação/UFBA. Salvador-BA. 2003.

FAUSTINO, R.L.H.; MORAES, M.J.B.; OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.5, p.343-347, jul.ago. 2003.

FÁVERO, N. **O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado**. 1996. 92p. Tese (Livre Docente) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto - SP. 1996.

FERNANDES, J. D. **O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil**. Salvador/BA, 1982. Dissertação. (mestrado). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA, Salvador – BA.1982.

\_\_\_\_\_. **Expansão do Ensino de Enfermagem no Brasil**. Salvador/Ba, 1988. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA. 1988.

\_\_\_\_\_. A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: Teixeira et al. O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã. **INEP/MEC**: Brasília, 2006.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e as estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 4, p. 443-9. 2005.

\_\_\_\_\_. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação da(o) enfermeira(o). **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 396-403, jun. 2008.

\_\_\_\_\_. Processo de Formação da (o) Enfermeira (o) na Contemporaneidade: Desafios E Perspectivas. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, SC., v. 19, n. 1, p. 176-84, jan. - mar. 2010

FERRAZ, C.A.; RIBAS GOMES, E.L.; MISHIMA, S.M. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p.395-400, jul. - ago. 2004.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho. **Micropolítica do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS)**: território de produção de cuidado e subjetividade. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2008. 299 f. Tese (doutorado) – UFRJ/Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde), 2008.

FEUERWERKER, L.C.M.; LIMA, V.V. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: Ministério da Saúde (BR). Política de recursos humanos em saúde. **Ministério da Saúde**: Brasília, Brasil. 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, Túlio Batista. **Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde**: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. 2003. 277 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, SP. 2003.

\_\_\_\_\_. Healthcare production and pedagogical output: integration of healthcare system settings **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Brazil, v.11, n.23, p.427-38, set. – dez. 2007.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias, et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Editora Hucitec: São Paulo. Cap. 3, p. 38-55. 2003.

\_\_\_\_\_. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs). **Construção social da demanda: direito a saúde, trabalha em equipe, participação e espaços públicos**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, p.181-193. 2005,

FRANCO, T. B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S. Processo e Tecnologias de Trabalho do Enfermeiro no PSF de Itabuna – Bahia. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V.S. (ORGS). **A produção subjetiva do PSF: Cartografias do Cuidado em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/Abrasco, p. 62-84. 2009. 167p.

FRANQUEIRO, J.N.V. **Formação gerontológica em um Curso de Graduação em Enfermagem: análise curricular mediante as novas diretrizes da educação**. Dissertação (mestrado). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.

FREIRE, P. A educação e o processo de mudança social. In: **Educação e mudança**. Tradução de Moacir Gadotti, 20ª ed. São Paulo: Paz e terra, p. 27-41. 1994.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a pratica educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADAMER, H. **Verdade e Método**. Petrópolis: Editora Vozes. 1999.

GALLEGUILLOS, T.G.B., OLIVEIRA, M.A.C. **A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil**. Disponível em: [www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/568/body/v35n1a12.htm](http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/568/body/v35n1a12.htm) 2001a. Acesso em 02 dez 2010.

\_\_\_\_\_. A institucionalização e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente às políticas de saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 54, n. 3, p. 466-74. 2001b.

GARRAFA, V. Desafios éticos na política de recursos humanos frente às necessidades de saúde. **Caderno de Recursos Humanos Saúde**, Brasília, ano I, v.1, n.3, p. 9-18. 1993.

GERMANO, RM. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1985.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANINI, T. **História da enfermagem: questões e interpretações na Enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda, 1995.

GODOY C.B. O curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n.4, p. 596-603, jul. - ago. 2002;

GOMES, R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, Cap. 4, p. 67-80. 2001.

GOMES, A; CASAGRANDE, L.D.R. A educação reflexiva na pós modernidade: uma revisão bibliográfica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 696-703, set. - out. 2002.

GOMES, R. da S., PINHEIRO, R. & GUIZARDI, F. L. (2005). A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: R. Pinheiro e R. A. Mattos (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação em espaços públicos** (pp. 105-116). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual e Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Editora Hucitec/Abrasco, 1994.

GUEDES, M.T.S.; NASCIMENTO, M.A.L. Neoliberalismo, globalização e o trabalho de enfermagem. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 66-71, 2003.

HENRIQUES, R.L.M.; ACCIOLI, S.A. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da FENF – UERJ. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 293-305. 2004.

HERMANN, Nadja. **Hermenêutica e Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. (O que você precisa saber sobre).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico. 2010. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em 12 Dez 2010.

INOJOSA, Rose Marie. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. **X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

ITO, Elaine, Emi. **O Estágio Curricular segundo a percepção dos enfermeiros assistenciais em um hospital de ensino**. f93. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2005.

ITO, Elaine Emi.; TAKAHASHI, Regina Toshie. Publicações sobre ensino em enfermagem na Revista da Escola de Enfermagem da USP. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 39, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 de Mar 2008.

ITO, E.E; PERES, A.M.; TAKAHASHI, R.T.; LEITE, M.M.J., 2006. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 570-5. 2006. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/) Acesso em 4 de Mar 2009.

KOECHE, Denise Krieger. **A práxis na formação do Enfermeiro**: uma contribuição crítica ao estágio curricular supervisionado. 2006. 161 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis: SC, 2006.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, Primeiros Passos, 1981.

\_\_\_\_\_. **Hegel, a razão quase enlouquecida**. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad Saúde Pública**, v.10, n.4, p.481-90, 1995.

LIMA, Viviana Aparecida de. **O processo de trabalho da enfermagem na atenção primária. Campinas, SP**. [s.n.], 2004.628p. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP, 2003.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamento de Metodologia Científica**. 3. ed.rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2001. 270p.

LALUNA, M.C.M.L; ROSA, S.R.L. **Metodologia ativa de ensino aprendizagem**: uma contribuição à formação crítico-reflexiva. (MIMEO), 6p. 2005.

LEONELLO, V.M. **Competências para ação da enfermeira**: uma interface entre o ensino e assistência de enfermagem São Paulo. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2007.

LOPES NETO, D. Um olhar sobre as avaliações dos cursos de graduação em enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 1, p.46-53, jan. – fev. 2008.

LOPES NETO, David et al . Adherence of Nursing Graduation Courses to the National Curricular Guidelines. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v. 60, n. 6, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em: 09 Mai 2008.

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

LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D.; BORBA, M.R. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 7-14, jan./mar. 1994.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342.2007.

MARX, K. **O Capital** - crítica da economia política. Livro 1 - O processo de produção do capital. 13ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

MARX, Karl. **Vida e Obra**. Coleção os pensadores. Editora Nova Cultural Ltda, 2005.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. Tradução Reginaldo Sant'Anna, 2006.

MATUMOTO, S., et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n. 16, p.9-24. 2005.

MELO, Cristina Maria Meira de. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 94p. (Série Saúde e Sociedade). 1986

MENDES, Eugênio Vilaça. A gestão dos serviços de saúde no século XXI. **ENSP/FIOCRUZ**: [on line]. Rio de Janeiro. 2000. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/apresentacaoeugenio2.ppt>> Acesso em: 10 Abr 2008.

MENDES, D.C. Algumas considerações sobre o perfil do enfermeiro na função gerencial da assistência de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 67-72, 1998.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção do Projeto Neoliberal. In: MENDES, E.V. (org). **Distrito Sanitário**: processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo/ Rio de Janeiro : HUCITEC/ ABRASCO, p. 19-92, 1993.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Org.) **Práxis em Salud**: um desafio para lo público. Buenos Aires: Lugar Editorial & São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar assistência. In: REIS, A T.dos (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: **Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998.

\_\_\_\_\_. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: **Cadernos de Textos do Projeto-Piloto VER-SUS**. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, DF: MS. 2003.

MERHY, E.E, FRANCO T.B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, v. 26, n. 60, p. 118-122. 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO T.B. Reestruturação Produtiva em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz, p. 225-230. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo -Rio de Janeiro, Hucitec-ABRASCO. 2000.

MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. (Org.) **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002. Disponível em: <[www.nesp.unb.br/uticsh/aexperiencia.pdf](http://www.nesp.unb.br/uticsh/aexperiencia.pdf)>. Acesso em 25 de Mar 2008.

MEYER, Dagmar Estermann; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Acerca de Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM n.6. 2002. Teresina, PI. **Anais do 6º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem** : educação e mudanças : discutindo os contextos, textos, lições e propostas / organização: Ana Maria Ribeiro dos Santos, Maria Zélia de Araújo Madeira. Teresina: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Piauí, 2003.647 p.

MOREIRA, A F. & SILVA, T. T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In Moreira, A F. & Silva, T. T. (Org.). **Currículo, Cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 1994.

MORIN, Edgard. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF:UNESCO, 2000.

NEVES, J.L. Pesquisa Qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, v.1, n. 3, p. 1-5, 2º semestre. 1996.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, p. 1187-220, 1993.

PAIXÃO, Waleska. **História de Enfermagem**. 5a. ed. revista e aumentada. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1979. 138p.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.** [online], v.32, n.4, p. 492-499. 2008. Disponível em: ISSN 0100-5502. Acesso em: 18 de Dez 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-9, fev. 2001.

PERNA, Paulo de Oliveira; CHAVES, Maria Marta Nolasco. **O Materialismo Histórico-Dialético e a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva**: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem. Ano 6, nº.6. ISSN 1808-799x. 2008.

PERRENOUD, F. **Construir competências desde a escola**. Tradução Bruno Charles Magne. Porto Alegre: ARTMED, 1999. 99p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO. 2001.

\_\_\_\_\_. (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO. 2005. 318 p.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de. (ORGS). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005. 336 p.

PIRES, Denise. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem – Brasil: 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989. 156p. (Saúde e Sociedade, Volume 14).

PIRES, M. F. C. Education and the historical and dialectical materialism. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1. 1997.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciên e Saúde Colet.**, v.10, n.4, p.1025-35, 2005. Disponível em: [http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario\\_dados/0002](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados/0002) Acesso em: 31 de Out. 2008.

PIRES, Denise. **A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho**. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 set-out; 62(5): 739-44 Acesso em de Nov. 2009.

RAMOS, Marise. **Concepção do ensino médio integrado**. 2003. Disponível em: [http://www.iiep.org.br/curriculo\\_integrado.pdf](http://www.iiep.org.br/curriculo_integrado.pdf) . Acesso em 8 Dez 2010.

RESCK, Zélia Marilda Rodrigues. **A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde**: delineando caminhos para a práxis transformadora. Ribeirão Preto, 2006. 202 p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem. 2006.

RICALDONI, CAC, SENA RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, [on line], v. 14, n.6, nov. – dez. 2006. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em: 22 Dez 2010.

RIBEIRO, Eco; LIMA, V. V. Competências profissionais e mudanças na formação. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 47-52, 2003.

RIBEIRO, Maria Cecília. **Competência profissional: a dimensão do saber – ser ético-profissional nas práticas de saúde das enfermeiras em Unidade Básica de Saúde.** São Paulo. 2009. 110 p. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2009.

RIOS, T.A. **Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A origem da enfermagem profissional no brasil: determinantes históricos e conjunturais. Disponível em: [http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos\\_frames/artigo\\_077.html](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos_frames/artigo_077.html). Acesso em 22 Fev 2011.

RODRIGUES, Zélia Marilda. **A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde: delineando caminhos para a práxis transformadora.** Ribeirão Preto, 2006. 202 p. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem. 2006.

ROSSI, F. R. SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n. 4, p. 460-468, 2005.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** Petrópolis: Vozes, 1986.

SANTOS, L.A.U. O mercado de trabalho. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.4, p. 101-109, out. 1997.

SAUPE, R.; ALVES, E.D. Contribuição à construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.8, n.2, p. 60-7, abr. 2000.

SCHERER, Z.A.P.; SCHERER, E.A.; CARVALHO, A.M.P. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p.285-91, mar./abr. 2006.

SCHRAIBER, L. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho médico. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 1, p. 123-140.1997.

SENA R.R. et al. Movimento de mudança no modelo de ensino de enfermagem: um estudo de caso. **Rev Min Enfermagem**, v. 5, n.1/2, p. 60-6, dez./jan. 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Gestão.** Itabuna, Bahia. 2010a.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Gestão.** Ilhéus, Bahia. 2010b.

SHINYASHIKI, G.T.; TREVISAN, M.A.; MENDES, I.A. C. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. **Rev Latino-ameríc Enferm.**,v. 11, n. 4, p. 499-506, jul/ago. 2003.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; PONTES, Ana Lúcia de Moura; HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de. (ORGS). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p. 93-110. 2005. 336p.

SILVA, A.L. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: Lopes M.J.M.; MEYER D.E.; WALDOW, V.R. (organizadoras). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre (RS): Artmed. p.195-241. 1998.

SILVA, G. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 5, set.- out. 2006. Disponível em : [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em: 01 Nov 2010.

TETILA, Z.F. **Estágio supervisionado: diagnóstico de proposta de reformulação para os cursos do Centro Universitário de Dourados UFMS**. Dissertação. (mestrado). São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1984.

TIMÓTEO, R. P. S.; LIBERALINO, F. N. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir de referências e diretrizes educacionais para a formação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 4, n. 56, p. 358-60, jul-ago. 2003.

TREVIZAN, M.A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia**. Brasília: Universidade de Brasília, 1988. 142 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, p.116-166. 1995.

UOL HOUAIS, A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0909200603.htm>. Acesso em: 22 de Jul 2008.

VALE, E.G.; GUEDES, M.C.V. Competências e habilidades no ensino de administração em Enfermagem à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.57. n.4, p.475-478, jul./ago.2004.

VALE, E.G. et al. A Enfermagem no mundo: a situação brasileira. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51. CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10., 1999, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: ABEn-SC, 1999, p. 59-69.

VALSECCHI, Elizabeth Amâncio de Souza da Silva, NOGUEIRA, Maria Suely. Fundamentos de Enfermagem: incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 10, n. 6, p. 819-24, nov/dez, 2002.

WALDOW V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 1998.

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM A COORDENADORA DO ESTÁGIO CURRICULAR II****Bloco I – Dados da Instituição de Ensino Superior - IES**

1. Tipo da IES:

Pública (    )

2. Tempo de Funcionamento: \_\_\_\_\_

**Bloco II – Dados do Curso de Enfermagem e do ECS**

1. Tempo de funcionamento: \_\_\_\_\_

2. Duração do Curso: (    )anos (    ) meses

3. Carga Horária Total do Curso: \_\_\_\_\_

4. 5. Carga horária do ECS II \_\_\_\_\_

5. Realiza ECS II nos dois últimos semestres do curso? Sim (    ) Não (    )

6.. Qual o semestre onde acontece o ECS II na atenção básica de saúde? \_\_\_\_\_

7. Quais os objetivos do ECS II?

8. Existem critérios para a escolha das unidades que são cenários de prática do ECS II? Quais?

9. . Como ocorre o planejamento do EECSII?

10. Em que momento é feito o planejamento do ECS II?

11. Quais aspectos organizativos e de aprendizagem são considerados no processo de planejamento do ECSII? (as aprendizagens necessárias nas políticas do SUS, processo de cuidar/trabalho da enfermeira nas unidades da atenção básica de saúde, tecnologias do cuidado)

12. Como ocorre a participação da enfermeira (o) preceptora (o) no planejamento, acompanhamento e avaliação do ECS?

13. Como ocorre a avaliação do ECS II? Quais os atores sociais que participam?

**APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS (OS) DISCENTES DO ESTÁGIO CURRICULAR II, EM UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA**

1. IDENTIFICAÇÃO DA (O) ENTREVISTADA (O)

Idade: \_\_\_\_\_ (anos).

Sexo: M ( ) F ( )

2. QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE O ESTAGIO CURRICULAR

2.1 Como você descreve a experiência do Estágio Curricular para a sua formação como enfermeira (o)?

2.2 Quais as atividades que você desenvolve/desenvolveu na unidade de saúde no ECS?

2.3 Como você compreende o processo de cuidar/trabalho do enfermeiro no ECS?

Significados sobre o processo de cuidar/trabalho nas unidades.

Tecnologias operadas no processo de cuidar/trabalho

Sujeitos sociais que participam do processo

Planejamento das atividades do cuidar/trabalho

Relações e diálogo entre os atores sociais (negociação, conflito, consensos, contradições)

Relações estabelecidas na utilização das tecnologias no processo de cuidar/trabalho nas unidades (UESC, Gestores, Associações, ACS, usuários, etc. );

2.4 Limites/dificuldades em relação à Universidade e os serviços de saúde;

2.5 Avanços/facilidades relação à Universidade e os serviços de saúde;

2.6 Opiniões sobre a prática do Estágio Curricular na condução do processo de cuidar/trabalho nas unidades do sistema de cuidados à saúde.

2.7 Como você analisa a participação do docente e do enfermeiro preceptor no decorrer do ECS II no seu processo de aprendizagem/trabalho?

2.8 Você considera que os conteúdos teóricos/práticos e o ECS I e II lhe oferecem competência para atuar no SUS, no cuidado individual e coletivo?

**APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS (OS) DOCENTES DO ESTÁGIO CURRICULAR II, EM UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA.**

1. IDENTIFICAÇÃO DA (O) ENTREVISTADA(O)

Idade: \_\_\_\_\_ (anos). 1.2 Sexo: M ( ) F ( )

1.3. Tempo de ensino na Disciplina: \_\_\_\_\_ (Anos)

Tempo de Formação: \_\_\_\_\_ (Anos)

Pós-Graduação Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )

Em que área: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na IES \_\_\_\_\_ (Anos)

Tem duplo vínculo? SIM ( ) NÃO ( )

Docente ( ) Assistencial ( )

Analise a facilidade / dificuldade considerando o seu vínculo para o acompanhamento do ECS II.

2. QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE O ESTAGIO CURRICULAR

2.1 Como você descreve a experiência do Estágio Curricular na sua formação como docente?

2.2 Quais as atividades que você desenvolve nos momentos de supervisão/acompanhamento do ECS nas unidades?

2.3 Como você compreende o processo de cuidar/trabalho da enfermeira?

Tecnologias operadas no processo de cuidar/trabalho

Sujeitos sociais que participam do processo

Planejamento das atividades do cuidar/trabalho

Relações e diálogo entre os atores sociais (negociação, conflito, consensos, contradições)

Relações estabelecidas na utilização das tecnologias no processo de cuidar/trabalho nas unidades (UESC, Gestores, Associações, ACS, usuários, etc. );

2.4 Limites/dificuldades em relação à Universidade e os serviços de saúde;

2.5 Avanços/facilidades relação à Universidade e os serviços de saúde;

2.6 Opiniões sobre a prática do Estágio Curricular na condução do processo de cuidar/trabalho nas unidades do sistema de cuidados à saúde

2.7 Como você analisa a participação do discente e do enfermeiro preceptor no decorrer do ECS II no seu processo de aprendizagem/trabalho.

**APÊNDICE D - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS (OS) ENFERMEIRAS (OS) PRECEPTORAS (ES) DO ESTÁGIO CURRICULAR II NAS UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA.**

IDENTIFICAÇÃO DA (O) ENTREVISTADA (O)

Idade: \_\_\_\_\_ (anos). Sexo: M ( ) F ( )

Disciplina que está ensinando: ECS I ( ) ECS II ( ) Tempo na Disciplina: \_\_\_\_\_ (Anos)

Tempo de Formação: \_\_\_\_\_ (Anos)

Pós-Graduação: Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )

Em que área: \_\_\_\_\_ -

Tempo de serviço no sistema de cuidados à saúde \_\_\_\_\_ (Anos)

Tem duplo vínculo? SIM ( ) NÃO ( ) Docente ( ) Assistencial ( )

Analise a facilidade / dificuldade considerando o seu vínculo para o acompanhamento do ECS II.

**QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE O ESTAGIO CURRICULAR**

2.1 Como você descreve a experiência do Estágio Curricular na sua formação como preceptora?

2.2 Quais as atividades que você desenvolve nos momentos de supervisão/acompanhamento do ECS nas unidades

2.3 Como você compreende o processo de cuidar/trabalho do enfermeiro?

Tecnologias operadas no processo de cuidar/trabalho

Sujeitos sociais que participam do processo

Planejamento das atividades do cuidar/trabalho

Relações e diálogo entre os atores sociais (negociação, conflito, consensos, contradições)

Relações estabelecidas na realização das tecnologias no processo de cuidar/trabalho nas unidades (UESC, Gestores, Associações, ACS, usuários, etc. );

2.3 Limites/dificuldades em relação à Universidade e os serviços de saúde;

2.4 Avanços/facilidades relação à Universidade e os serviços de saúde;

2.5 Opiniões sobre a prática do Estágio Curricular na condução do processo de cuidar/trabalho nas unidades do sistema de cuidados à saúde

2.6 Como você analisa a participação do discente e do docente no decorrer do ECS II no seu processo de aprendizagem/trabalho.

**APÊNDICE E - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARA DOCENTES, DISCENTES E ENFERMEIRAS PRECEPTORAS DO ESTÁGIO CURRICULAR II NAS UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA.**

As observações serão realizadas em momentos de prática pelos participantes do ECS II no decorrer do processo de cuidar/trabalho tais como: reuniões, consultas, supervisões; etc.

Tecnologias utilizadas durante o processo de cuidar/trabalho nas unidades;

Atividades realizadas com os usuários;

Planejamento das atividades na unidade com os atores sociais envolvidos (docente, discente, equipe de saúde, gestores, usuários).

Processo de entrada, movimentos, saída e feed-back dos atores no decorrer do ECS II

**APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE****ESTÁGIO CURRICULAR DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E O PROCESSO DE CUIDAR**

Você está sendo convidada (o) como voluntário, na qualidade de Coordenador, Docente, Discente ou Enfermeira (o) Preceptora (o) para participar da pesquisa “Estágio Curricular de Graduação em Enfermagem e o processo de cuidar”. Tem por objetivo: Analisar o desenvolvimento do Estágio Curricular de Graduação em Enfermagem, em cenários de prática do sistema de cuidados à saúde, e sua interação com o processo de cuidar, em uma Universidade pública do estado da Bahia. A sua participação será de grande valor para o conhecimento acerca dos momentos de vivências proporcionados pelo Estágio Curricular em Enfermagem e o processo de cuidar, e com isso o estudo pretende contribuir com o processo de formação profissional da (o) enfermeira (o) integrado ao sistema de cuidados à saúde do Curso pesquisado, em consonância com os princípios do SUS e das Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Enfermagem (DCNENF), bem como fomentar pesquisas acerca da formação profissional na área da enfermagem e da saúde. Para realização da pesquisa, os dados serão coletados através de entrevista individual, gravada em áudio, e observação sistemática. Caso aceite participar desta pesquisa não terá gastos materiais e/ou financeiros, assim como será assegurado pelo responsável da pesquisa total anonimato das informações coletadas. Após seu consentimento, a entrevista será gravada em fita de áudio, marcada com antecedência em horário, local e tempo determinados por você. A observação sistemática também seguirá o mesmo procedimento e será realizada nas unidades dos serviços de saúde dos municípios de Ilhéus e Itabuna, na Bahia. Ao final da coleta dos dados você poderá solicitar para ouvir a fita, ler as anotações, e retirar ou acrescentar quaisquer informações. Vale destacar, a liberdade que terá para pedir esclarecimentos sobre questões, bem como se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo, sem prejuízo algum. O resultado desta pesquisa será tornado público, e garantido o acesso aos seus dados, tanto aos informantes, como à Instituição onde a mesma se realiza. Com isso, buscamos respeitar sua integridade física, psíquica, moral intelectual, social, cultural ou espiritual. Assumo o compromisso de manter em segredo todos os dados confidenciais, sua identidade, e ainda, indenizá-lo se sofrer algum prejuízo físico ou moral por causa do mesmo. Assim, se está claro para a Senhora (o) a finalidade desta pesquisa, e se concorda em participar, peço que este documento seja assinado por V. Sa.

Eu, **Maria da Conceição Filgueiras de Araújo**, Professora Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus-BA, e aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem – UFBA me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos relacionados à pesquisa através dos telefones **(73) 9198-1945 e 3680-5320**. Caso haja dúvidas quanto aos aspectos éticos do Projeto de pesquisa V. Sa. poderá entrar em contato com o Núcleo de Saúde Coletiva – UESC. End: Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC. Km16– Rodovia Ilhéus-Itabuna (BA-415). Salobrinho. Campus Soane Nazaré de Andrade Pavilhão Adonias Filho – térreo– sala 07. Ilhéus-BA. CEP: 45662-000.**Fone-fax:** (0xx73) 680-5320.**E-mail:**[nucleodesaudecoletiva@yahoo.com.br](mailto:nucleodesaudecoletiva@yahoo.com.br)

Maria da Conceição Filgueiras de Araújo

Pesquisadora Responsável

Telefones para contato: (73) 91981945/ (73)3680-5320

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, aceito participar das atividades da pesquisa: “**Estágio Curricular de Graduação em Enfermagem e o processo de cuidar**”. Fui devidamente informado (a) que responderei à entrevista que será gravada em áudio. Também serei observado nas unidades dos serviços de saúde onde desenvolvo as atividades do Estágio, de acordo com o cronograma estabelecido pelos Coordenadores das disciplinas do Estágio Curricular Supervisionado da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC.

Também fui informado (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isto leve a nenhuma penalidade, e que os resultados da mesma serão publicados em tese de doutorado, artigos científicos, congressos, etc.,

Sei também que será assegurado o anonimato e sigilo quanto à minha identidade e da Instituição pesquisada.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Categoria:

COORD. DO ECS II ( )

DOCENTE DO ECS II ( )

ENF. PRECEPTOR ECS II ( )      DISCENTE DO ECS II ( )

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UESC

## PARECER CONSUBSTANCIADO nº 335

- Reunião Extraordinária nº E-29, 3/Dez/2008 -

**Protocolo:** 222/08**Pesquisador responsável:** MARIA CONCEIÇÃO FILGUEIRAS DE ARAÚJO**Título da Pesquisa:** "Estágio curricular de graduação em enfermagem e o processo de cuidar".

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz analisou o projeto de pesquisa acima referenciado e constatou que o mesmo atende às exigências da Resolução CNS nº 196/96.

**Situação do Protocolo:** Considerando a relação favorável 'benefícios/risco', e não havendo, pois, nenhum elemento que se constitua em comprometimento ético na realização do projeto, ele foi considerado **APROVADO** por este Comitê.

Conforme Resolução CNS 196/96, relatórios parciais e final, bem como eventuais alterações metodológicas durante a execução do trabalho deverão ser comunicadas e enviados ao CEP-UESC para acompanhamento. *É importante ressaltar que a responsabilidade do(s) pesquisador(es) sobre as conseqüências da pesquisa não se encerra com a conclusão da etapa de coleta de dados, mas sim estende-se para além do término do projeto de pesquisa, até a fase de divulgação e aplicação dos resultados.*

Campus Soane Nazaré de Andrade, 3 de Dezembro de 2008.

**Paulo dos Santos Terra**  
Coordenador do CEP-UESC  
Cod. 73.281 182 4

## ANEXO B – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO(\*) CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

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

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

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

#### **RESOLVE:**

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

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

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

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

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

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

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

**II - Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
- XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;
- XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;
- XXVIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;
- XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e
- XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

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

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

I - **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos,

sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

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

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

a) **Fundamentos de Enfermagem**: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;

b) **Assistência de Enfermagem**: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência

de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;

c) **Administração de Enfermagem**: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e

d) **Ensino de Enfermagem**: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

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

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

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

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

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

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

**Art. 10.** As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação,

reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

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

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

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

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

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

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

I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos

e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

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

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

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

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

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;

VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e

IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

**Art. 15.** A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

**§ 1º** As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

**§ 2º** O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para 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.

**Art. 16.** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo

Presidente da Câmara de Educação Superior