

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS

**AS PROPOSTAS CURRICULARES PARA A FORMAÇÃO INICIAL DOS  
ENFERMEIROS: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DA DIRETRIZ  
CURRICULAR NACIONAL**

GLADIS LUISA BAPTISTA

Porto Alegre (RS), março de 2012.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Baptista, Gladis Luisa.

As propostas curriculares para a formação inicial dos enfermeiros: aproximações e distanciamentos da diretriz curricular nacional / Gladis Luisa Baptista. – 2012.

125 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2012.

Inclui bibliografia e apêndice.

"Orientador: Prof. Dr. José da Silva Moreira" ; "Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jussara Gue Martini."

1.Enfermagem - Ensino. 2.Enfermeiros - Formação.  
3.Enfermagem - Educação. I. Título.

CDU 616-083:37

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS

**AS PROPOSTAS CURRICULARES PARA A FORMAÇÃO INICIAL DOS  
ENFERMEIROS: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DA DIRETRIZ  
CURRICULAR NACIONAL**

GLADIS LUISA BAPTISTA

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Pneumológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, linha de pesquisa Educação em Saúde (Projeto de Pós-graduação em Educação e Saúde) como requisito para a obtenção do título de Doutor.

Orientador: Dr. José da Silva Moreira

Co-orientadora: Dr<sup>a</sup>. Jussara Gue Martini

Porto Alegre (RS), março de 2012.

## *AGRADECIMENTOS*

*A Deus,  
por me iluminar a cada dia e me mostrar o melhor caminho  
de conduzir minha vida pessoal e profissional.*

*Aos dirigentes da Universidade Feevale por acreditarem em meu trabalho.*

*Aos colegas Paulo Teixeira, Elisabete Kasper por serem verdadeiros incentivadores  
desta jornada.*

*Às amigas Bárbara Goulart, Jacinta Renner e Tatiana Cavalcanti Matos por me  
ensinarem o valor da verdadeira amizade.*

*Ao Prof. Dr. Jose Moreira, meu orientador, por sua infinita capacidade de entender  
meu tempo no andar do doutorado.*

*À Professora Dra. Jussara Que Martini pelo comprometimento com meu crescimento e  
aprendizado desde a época da graduação em enfermagem. Sem sua colaboração  
certamente este trabalho não seria possível.*

*Aos professores Manfrói e Carmem pelo entusiasmo com as questões da Educação em  
Saúde. Foi um prazer estar entre professores tão competentes.*

*Ao funcionário Marco Aurélio do PPG em Ciências Pneumológicas  
pelo auxílio nos momentos em que precisei.*

*À banca examinadora  
pelas contribuições marcantes na construção do trabalho.*

*Aos participantes da pesquisa,  
os docentes dos cursos de Enfermagem incluídos no estudo, pela calorosa acolhida  
e pela disposição em contribuir para a reflexão sobre o processo de formação dos  
enfermeiros.*

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a meus pais, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade.*

*Ao Hélio e ao Felipe que souberam compreender meus momentos de angústia e de ausência durante esta jornada.*

*Aos meus alunos, eternos inspiradores de meu processo de crescimento profissional.*

*Uma das coisas que realizo com maior alegria é ensinar, fazer aulas. Gosto das aulas tanto quanto gosto daquilo que ensino. Fui escolhendo devagar o meu ofício e hoje tenho certeza de que não poderia fazer escolha melhor (RIOS, 2003, p. 17).*

## RESUMO

A formação superior dos profissionais de saúde no Brasil passou, a partir dos anos 2000, a ser orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Esta orientação legal buscou direcionar a formação destes profissionais de forma a contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Nesse sentido as diretrizes indicam a necessidade do desenvolvimento de competências e habilidades gerais e específicas e de um perfil profissional generalista. Indica também a flexibilidade, a diversidade e, a autonomia do educando no processo formativo, dentre outras. A Diretriz para a formação dos enfermeiros foi publicada em 2001 e desde então as instituições de ensino e respectivos cursos têm buscado fazer a adequação de suas propostas pedagógicas e curriculares no sentido de atender aos pressupostos da nova legislação. Observa-se no cenário nacional um intensa mobilização de docentes, pesquisadores e entidades representativas da enfermagem no sentido de refletir sobre este processo que, apesar de decorrida uma década desde a promulgação, ainda suscita muitas dúvidas e inquietações. No bojo destas reflexões este estudo pretende analisar a coerência entre o que está proposto na DCN e as propostas pedagógicas e curriculares dos cursos de graduação em enfermagem, nas Instituições de Ensino Superior (IES), com ênfase no desenvolvimento da competência para a atuação do enfermeiro como educador em saúde. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada junto a seis (6) Cursos de Graduação em Enfermagem cujos coordenadores participam do Fórum das Escolas promovido pela ABEn-RS. A coleta de dados foi realizada por meio da análise documental dos Projetos Pedagógicos e de entrevista semiestruturada com os coordenadores de curso e docentes das disciplinas de educação em saúde ou correlatas. As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise de conteúdo. Este processo de análise originou três categorias de análise e respectivas subcategorias. Os dados investigativos apontam que há um movimento intenso dos cursos e dos docentes no sentido de implementar as mudanças propostas na Diretriz para a formação do Enfermeiro. Indicam também que ainda existem muitas dificuldades a serem superadas neste percurso, tais como a fragilidade em relação à noção e operacionalização da formação por competências e do uso de Metodologias Ativas de aprendizagem. O certo é que encontramos um grupo de docentes efetivamente entusiasmados e comprometidos com o processo formativo dos acadêmicos, condição necessária para a mudança pretendida.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Educação em Enfermagem. Currículo. Educação em Saúde. Metodologias Ativas.

## ABSTRACT

The Brazilian health professional's higher education began at the 2000s, to be orientated by the National Curricular Guidelines. This legal orientation sought to direct the training of those professional's to complement the current national's health system. In this context, the guidelines indicate a development necessity of general and specific competences and skills, and a generalist professional profile. It also indicates the flexibility, the diversity and the autonomy of the learner on the formative process, among others. The Guideline for the training of nurses was published in 2001 and since then the educational institutions and respective courses has sought to make adjustments of its pedagogical and curricular proposals to meet the assumptions of the new legislation. An intense movement of teachers, researchers and nurses representing entities can be seen in the national scenario, it's to ponder about this process that although a decade had passed since the law's promulgation, many doubts and concerns still remains about it. At the height of these reflections, this study intends to analyze the consistency between what's proposed on the Guidelines and in the pedagogical and curricular proposals from the nurse graduation courses at the Higher Educations Institutions (HEI's), with emphasis in the development of the competence to the nurse's performance as a health teacher. It's a qualitative research, carried with six (6) Graduate Nursing Courses where its coordinators are part of the College Forum provided by ABEn-RS. The data collection was performed using the documental analysis from the Pedagogical Projects e through a semi-structured interview with the courses coordinators and the health education disciplines teachers or related. The interviews were recorded and transcribed to later content analysis. This analysis process produced three analysis categories and corresponding subcategories. Investigative data indicate that there is an intense movement from the courses and teachers to execute the changes proposed in the Guideline for the Nurse training. It also indicates that there are many difficulties to be overcome, such as a weakness with the conception and operation of competence-based education e by using Active Learning Methodologies. We certainly found a group of teachers effectively enthusiastic and committed with the students formative process, which is a necessary condition for the desired change.

**Key-words:** Nursing. Nursing education. Curriculum. Health Education. Active Learning Methodologies.



## RESUMEN

La formación superior de los profesionales de salud en Brasil pasó, a partir de los años 2000, a ser orientada por las Directrices Curriculares Nacionales. Esta orientación legal buscó direccionar la formación de estos profesionales de forma a contemplar el sistema de salud vigente en el país, el trabajo en equipo y la atención integral a la salud. En ese sentido las directrices indican la necesidad del desarrollo de competencias y habilidades generales y específicas y de un perfil profesional generalista. Indica también la flexibilidad, la diversidad y, la autonomía del educando en el proceso formativo, entre otras. La Directriz para la formación de los enfermeros fue publicada en 2001 y desde entonces las instituciones de enseñanza y respectivos cursos han buscado hacer la adecuación de sus propuestas pedagógicas y curriculares en el sentido de atender a los presupuestos de la nueva legislación. Se observa en el escenario nacional un intenso movimiento de docentes, investigadores y entidades representativas de la enfermería en el sentido de reflexionar sobre este proceso que, a pesar de transcurrida una década desde la promulgación, todavía suscita muchas dudas e inquietudes. En el bojo de estas reflexiones este estudio pretende analizar la coherencia entre lo que está propuesto en las DCN y las propuestas pedagógicas y curriculares de los cursos de graduación en enfermería, en las Instituciones de Enseñanza Superior (IES), con énfasis en el desarrollo de la competencia para la actuación del enfermero como educador en salud. Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa, realizada junto a seis (6) Cursos de Graduación en Enfermería cuyos coordinadores participan del Foro de las Escuelas promovido por la ABEn-RS (Asociación Brasileña de Enfermería de Rio Grando do Sul). La colecta de datos fue realizada por medio del análisis documental de los Proyectos Pedagógicos y de entrevista semiestructurada con los coordinadores de curso y docentes de las asignaturas de educación en salud o correlatas. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para posterior análisis de contenido. Este proceso de análisis originó tres categorías de análisis y respectivas sub categorías. Los datos investigativos señalan que hay un movimiento intenso de los cursos y de los docentes en el sentido de implementar las mudanzas propuestas en la Directriz para la formación del Enfermero. Indican también que todavía existen muchas dificultades a ser superadas en este trayecto, tales como la fragilidad en relación a la noción y operacionalización de la formación por competencias y del uso de Metodologías Activas de aprendizaje. Lo cierto es que encontramos un grupo de docentes efectivamente entusiasmados y comprometidos con el proceso formativo de los académicos, condición necesaria para la mudanza pretendida.

**Palabras-clave:** Enfermería. Enseñanza en Enfermería. Currículo. Educación en Salud. Metodologías Activas.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>ix</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>1. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>05</b>
1.1 O CURRÍCULO E O PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS NO BRASIL .....	05
1.1.1 A Formação dos enfermeiros: Marcas da Pedagogia Tradicional ...	13
1.1.2 Influências da Tendência Liberal Tecnicista na formação dos enfermeiros .....	16
1.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL SOB A ÓTICA DAS COMPETÊNCIAS..	21
1.3 A NOÇÃO DA COMPETÊNCIA NA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS..	26
1.4 POR UMA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA: a utilização das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem .....	33
1.4.1 A Aprendizagem Baseada em Problemas .....	37
1.4.2 A Problematização ou Metodologia Problematizadora .....	40
1.5 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: práticas e espaços nos currículos de graduação em Enfermagem .....	43
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>52</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>55</b>
<b>4 MÉTODO: O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>56</b>
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	56
4.2 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	57
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E REGISTRO DOS DADOS .....	57
4.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	59
4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS .....	60
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>61</b>
5.1 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	61
5.1.1 Os cursos de graduação em enfermagem .....	62
5.2 AS CATEGORIAS ANALÍTICAS: reflexões sobre a formação dos enfermeiros .....	63
<b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>88</b>
<b>7 CONCLUSÕES .....</b>	<b>108</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>112</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn = Associação Brasileira de Enfermagem  
ABP = Aprendizagem Baseada em Problemas  
APS = atenção primária de saúde  
BID= Banco Interamericano de Desenvolvimento  
CEP = Comitê de Ética em Pesquisa  
CNE = Conselho Nacional de Educação  
DCN = Diretriz Curricular Nacional  
DCN/ENF = Diretriz Curricular Nacional para a formação em Enfermagem  
DNSP = Departamento Nacional de Saúde Pública  
IES = Instituição de Ensino Superior  
LDB = Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
LIFE = Laboratório de Pesquisa de Inovação na Formação e na Educação  
LILACS = Literatura latino-americana en ciencias de la salud  
MEC = Ministério da Educação  
MS = Ministério da Saúde  
OIT = Organização Internacional do Trabalho  
OMS = Organização Mundial da Saúde  
PBL = Problem Based Learning  
PPP = Projeto Político Pedagógico  
SUS = Sistema Único de Saúde  
UFRGS = Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Principais enfoques das teorias do currículo .....	11
Quadro 02 – Caracterização dos cursos investigados .....	63
Quadro 03 – Categorias Analíticas .....	64
Quadro 04 – Disciplinas de Educação em Saúde .....	79

## INTRODUÇÃO

O cenário da formação superior brasileira tem sofrido mudanças seguindo o que preconiza a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996, que incide tanto sobre a educação básica quanto sobre a educação profissional, ao propor um conceito de currículo mais flexível, que confere ao aluno liberdade de escolha de sua formação. Nesse sentido cabe às instituições de ensino reorganizar suas propostas pedagógicas e curriculares direcionadas para a formação de graduados generalistas, versáteis e, aptos a atuar em diferentes contextos.

A partir desta orientação, o Ministério da Educação (MEC) e o Conselho Nacional de Educação (CNE), introduziram profundas alterações na formação em nível superior no país ao propor a definição de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que estabelecem, para as diferentes profissões, o perfil geral de formação pretendido em todo o território nacional.

No que se refere às profissões da área da saúde a necessidade de formar profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080<sup>1</sup>, fizeram com que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação assumissem, conjuntamente, um projeto de reorientação da formação em saúde que culminou com a elaboração das DCN, para estas profissões. Para enfrentar os desafios sociais priorizou-se a construção de um perfil profissional que atenda as demandas de saúde da população, em consonância com as políticas públicas vigentes, bem como possibilite assegurar a integridade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado.

Esta situação atinge, dentre outros, a formação de enfermeiros que passa a ser orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação de Enfermagem (DCN/ENF), estabelecida na Resolução CNE/CES Nº 3, DE 7 de novembro de 2001. A publicação do Parecer CNE/CES 1133/2001 que conjuntamente com o curso de Medicina e Nutrição estabelece a Diretriz Curricular Nacional para o Curso de Graduação em Enfermagem impulsionou mudanças no

---

<sup>1</sup> A Lei 8.080/90 – Lei Orgânica do SUS – dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

processo de formação deste profissional ao estabelecer, entre outras orientações, o perfil do egresso como:

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 biopsicossociais 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, 2001, p. 05).

Nesse sentido a DCN/ENF aponta para uma formação generalista, ou seja, a formação de um profissional capacitado para atuar nas diversas áreas da enfermagem com um conhecimento mais global e menos específico, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas e situações de maior incidência no perfil epidemiológico da sua região de atuação a partir de métodos cientificamente condizentes. Além disto, ele deverá ser capaz de promover a saúde e atuar sempre com responsabilidade social, ética e compromisso com a cidadania (BRASIL, 2001).

Para Silva (2004) e Saviani (2003) a formação do perfil pretendido está intimamente relacionada com o percurso formativo e com as estratégias de ensino-aprendizagem a que os alunos são submetidos durante este processo.

Nesse sentido, a nova orientação para a formação dos profissionais buscou também assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes. Sua premissa principal pressupõe que:

[...] as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2001, p. 02).

Considerando que o ensino superior no Brasil é profissionalizante, é necessário pensar a relação entre a formação e o futuro exercício profissional. Refletir, pois, sobre o currículo exige pensar na relação que se estabelece entre a educação e o trabalho num determinado contexto político, econômico, cultural, nacional e também internacional, de problemas globalizados (OLIVEIRA et al., 2007).

Para tanto a DCN/ENF estabelece e privilegia um conjunto de competências e habilidades gerais e específicas para a formação do enfermeiro. Dentre as

competências gerais destacam-se a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e a educação permanente.

Compreendendo, pois, a educação e a saúde como práticas que se estabelecem no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades faz-se necessário ampliar a dimensão da ação educativa em saúde no sentido de abarcar toda a sua complexidade (L'ABBATE, 1994).

É, pois, necessário compreender a educação em saúde de forma bastante ampla, sem restringi-la apenas às formas legais organizadas pelas diferentes sociedades, as quais ocorrem quase sempre através da instituição escolar, uma vez que existem inúmeros mecanismos educativos presentes em diferentes instâncias sociais e culturais, destacando-se a educação em saúde desenvolvida pelos enfermeiros.

Nesse sentido, concordando com Dilly e Jesus (1995, p.108) precisamos assumir que “o enfermeiro é um educador em assuntos de saúde. Não tem como desenvolver suas funções sem realizar atividades educativas junto ao paciente, seus familiares, e ao pessoal de enfermagem”.

Corroborando com esta perspectiva Saupe (1999) afirma que a dimensão pedagógica permeia o cotidiano da ação do enfermeiro, tanto de maneira formal como informal. Nesse sentido a autora afirma que:

A amplitude do papel do enfermeiro como EDUCADOR inclui a educação formal, a educação informal e a educação não formal. Na educação formal atua no preparo de pessoal nas escolas públicas e privadas, em nível de 1º grau (ensino fundamental) (programas de saúde e curso auxiliar de enfermagem); 2º grau (ensino médio) (programas de saúde e formação de auxiliares e técnicos de enfermagem); 3º grau (graduação de enfermeiros); e, pós-graduação (cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado, já com vistas ao pós-doutorado). Na educação informal participa de programas de treinamento, atualização e reciclagem da equipe de enfermagem, de saúde e interdisciplinar. A educação não formal inclui todas as atividades de educação e saúde a nível individual, grupal, comunitário (Saupe, 1999, s.p.).

Portanto, a competência necessária para atender às demandas de educação em saúde da comunidade é permeada pela articulação da ação pedagógico-educativa e dos conhecimentos técnico-científicos, socioeducativos e ético-políticos, que permitem a este profissional atuar em diversos contextos sociais e com os diferentes atores a partir das demandas individuais ou coletivas. Estas premissas

estão, portanto, relacionadas com as possibilidades ou expectativas de superação uma vez que essas transformações precisam ultrapassar os discursos, recomendações ou intenções político-governamentais, caso contrário seria um marcar passos nas coisas que já aí estão (ALVES, 2000).

Da mesma forma podemos afirmar que é necessário superar práticas fragmentárias e efeitos de disciplinamento corporal e moral das atividades de Educação em Saúde que são muitas vezes desenvolvidas pelos profissionais.



## **1 REVISÃO DA LITERATURA**

Estabelecer os pressupostos teóricos que permitissem compreender os objetivos estabelecidos se constituiu um grande desafio uma vez que se articulam os conhecimentos sobre currículo e a dimensão da competência do enfermeiro para atuar frente às demandas de educação em saúde dos indivíduos e coletividades.

Buscando dar consistência ao corpo teórico da investigação foi realizada uma busca de artigos, teses e dissertações em bases de dados nacionais uma vez que a temática diz respeito a proposta de formação de enfermeiros no Brasil, a partir do documento orientador estabelecido pelo MEC e CNE. Para tanto se utilizou os seguintes descritores: Educação em Saúde, Enfermagem e Currículo. Inicialmente se encontrou 12 244 ocorrências para o termo “Educação em Saúde”; entretanto ao fazer o cruzamento deste descritor com “Enfermagem e Currículo” limitou-se a 603 referências na base de dados LILACS.

Incluíram-se, prioritariamente, as publicações feitas a partir de 2001. Este tempo foi definido considerando a publicação da DCN/ENF e de que a partir desta data as IES tinham até um (01) ano para a adequação de suas propostas curriculares. Foram excluídas publicações que se referiam a algum aspecto particular da formação e/ou a alguma área de formação específica. Desta maneira as reflexões e contribuições dos autores, apresentadas ao longo desta revisão, resultam deste processo de busca sistematizada aos artigos, dissertações, teses e demais documentos.

No que se refere especificamente ao currículo e às propostas de formação no ensino superior se recorreu, também, aos textos de autores reconhecidamente importantes pelas contribuições teóricas sobre esta temática.

### **1.1 O CURRÍCULO E O PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS NO BRASIL**

O esgotamento do modelo tradicional de formação centrado em disciplinas e na transmissão dos conteúdos, em especial no ensino superior, decorrente das mudanças nas relações sociais, avanço das ciências e inovações tecnológicas que demandam um novo perfil profissional com qualidades pessoais que favoreçam

atividades mais intelectuais e reflexivas levaram a propor um novo modelo de formação.

No Brasil, as novas exigências para a formação profissional, a partir deste perfil, estão refletidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais das diferentes carreiras. As reformas educacionais nos anos 1990 foram realizadas sob a orientação e o apoio financeiro de organismos internacionais tais como o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

As novas orientações apontam para a necessidade de preparar o futuro graduado para enfrentar os desafios e as rápidas transformações da sociedade, do mundo do trabalho e das condições de exercício profissional. Indicam também para a flexibilização curricular, integração das disciplinas, interdisciplinaridade, relação teoria-prática, articulação academia-serviço e a formação por competências, visando assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes.

Entretanto, ao considerar que o foco da educação profissional está nas novas exigências do mercado, consistindo, portanto, em um fator estratégico de competitividade e desenvolvimento humano na nova ordem econômica mundial corrobora com a perspectiva de que a finalidade mais importante da educação é, exatamente, a de adaptação do homem a um determinado modelo de sociedade.

Buscando entender o processo de formação dos profissionais da saúde e, em especial dos enfermeiros, a partir da perspectiva do percurso pedagógico, estabelecemos um espaço de diálogo com os diferentes teóricos na tentativa de compreender quais os fatores que influenciaram e influenciam o 'currículo' de graduação em enfermagem.

Para analisar o contexto educacional e curricular faz-se necessário compreendermos a evolução do pensamento pedagógico brasileiro e a influência deste na ação docente. Para tanto, é imprescindível recorrermos à história e a origem do currículo e suas questões atuais.

Ao utilizarmos a denominação currículo não significa que desconheçamos as múltiplas contradições e diferentes concepções que abarcam sua noção. Assim concordamos com Silva (1999) quando diz que é necessário compreender que não há uma definição do que efetivamente é o currículo, mas sim de que as diferentes teorias apresentam diferentes definições.

Para Moreira e Silva et al. (2002, p. 9) “o currículo sempre foi alvo de atenção daqueles que pretendiam entender e organizar o processo educativo”. Estas preocupações levaram um grande número de educadores, em especial nos Estados Unidos, a dar início a uma série de estudos que conduziram a organização de um novo campo de investigação e conhecimento.

Conforme Silva (1999) o currículo, aparece pela primeira vez como objeto de estudo nas reflexões de um grupo de estudiosos norte-americanos, nas primeiras décadas do século XX. Suas ideias são fortemente explicitadas no livro “The curriculum” de Bobbitt, publicado em 1918. A inspiração teórica de Bobbitt, segundo Silva foi a ‘Administração Científica’, conforme proposto por Taylor. Posteriormente, esta concepção deu origem, no Brasil a tendência tecnicista de educação, nos anos 1960.

A situação social vivida pelos Estados Unidos, no final do século XIX e princípios do século XX, onde se observa a transformação de uma sociedade agrícola relativamente simples para uma nação urbano-industrial muito mais complexa, onde os processos de produção demandavam um maior número de empregadas, associado a uma maior complexidade dos procedimentos administrativos levou a necessidade de moldar as formas de educação de massa (SILVA, 1999; MOREIRA; SILVA et al., 2002).

Assim, o contexto de surgimento da visão tradicional de currículo cuja maior expressão pode ser atribuída a Bobbitt, ocorre durante o processo de massificação escolar, industrialização e intenso movimento migratório vivido nos Estados Unidos.

Nesse cenário a proposta para o sistema educacional, apresentada por Bobbitt, estava totalmente alinhada aos princípios da economia vigente e com os pressupostos da máxima eficiência associada aos princípios do capitalismo. Preconizava a aplicação dos princípios Taylorismo baseados na administração e na racionalidade técnica à escola, enfatizando a padronização nos processos pedagógicos (SILVA, 1999; MOREIRA; SILVA et al., 2002).

Contrariamente a estas ideias, John Dewey preocupava-se, particularmente, com o desenvolvimento de uma comunidade democrática. Para Dewey, a democracia genuína alinhava-se a uma participação ativa e igualitária que incluía, não apenas o aparelho político formal, como também a cultura e a economia, em essência, ‘todas as esferas da vida’. Nesse sentido ele acreditava que toda a ideia, valor e instituição social originavam-se a partir das circunstâncias práticas da vida

humana. Nesse sentido a educação deveria ser “um local de vivência prática e direta dos princípios democráticos” (Silva, 1999, p. 23).

A obra de Dewey inclui “*The School and Society*” (1899), “*The Child and the Curriculum*” (1902), “*How we Think*” (1910), “*Democracy and Education*” (1916), “*The Public and Its Problems*” (1917) e “*Experience and Education*” (1938). Seus pressupostos sobre educação, entretanto, não tiveram a mesma influência de Bobbitt na educação brasileira (SILVA, 1999).

Destacamos, entretanto, que suas ideias vieram a constituir os princípios teórico-filosóficos da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) que foram introduzidos no processo de formação dos médicos em meados dos anos 1950.

Posteriormente um livro de Ralph Tyler, publicado em 1949, consolida as ideias de organização e desenvolvimento, ou seja, o currículo é entendido essencialmente como uma questão técnica (SILVA, 1999).

Conforme Silva (1999, p. 25) para Tyler a organização e o desenvolvimento do currículo deveriam responder a quatro questões básicas:

1. Que objetivos educacionais deve a escola atingir?
2. Que experiências educacionais podem ser oferecidas que tenham probabilidade de alcançar estes propósitos?
3. Como organizar eficientemente essas experiências educacionais?
4. Como podemos ter certeza que esses objetivos foram alcançados?

Ainda para Silva (1999, p. 25), as respostas a estas perguntas correspondem à forma tradicional de organização da atividade educativa, ou seja, “o currículo, o ensino e instrução e, a avaliação”.

No modelo proposto por Tyler os objetivos do ensino devem ser claramente estabelecidos e definidos de maneira a permitir decidir quais experiências devem ser oportunizadas bem como a maneira de organizá-las e, finalmente como avaliar se foram alcançados (SILVA, 1999). A escola era vista como via de adaptação aos preceitos mercadológicos, controle de resultados e na explicitação de objetivos.

A visão tradicional de currículo é, pois, centrada em questões de natureza técnica tais como: ensino, aprendizagem, metodologia, avaliação, didática, organização, planejamento, eficiência e objetivos.

Da mesma forma o papel da escola consiste em transmitir os conhecimentos acumulados pela humanidade e preparar os indivíduos para assumir o seu papel na sociedade. Os conteúdos se constituem em saberes ‘enciclopédicos’ e descontextualizados que são repassados aos alunos como verdades absolutas.

Dessa maneira o professor é o centro do processo ensino-aprendizagem e o aluno é um receptor passivo. A relação é baseada em regras rígidas e disciplina.

Em oposição aos modelos tradicionais de ensino, um movimento deflagrado em vários países, por diferentes teóricos, nos anos 1960 e 1970, decorrentes dos movimentos sociais e culturais que caracterizaram esta época, põe em xeque a teoria educacional tradicional. É nesse contexto que surgem as propostas sustentadas pelas ideias de Louis Althusser, Pierre Bourdieu, Jean-Claude Passeron, Christian Baudelot, Roger Establet, Paulo Freire, Michael Young, dentre outros teóricos, preocupados com as questões curriculares (SILVA, 1999; MOREIRA; SILVA et al., 2002; SAVIANI, 2003).

No Brasil educadores como Paulo Freire, Moacir Gadotti, José Carlos Libâneo, Demerval Saviani, Miguel Arroyo, entre outros, defenderam a necessidade de mudanças no processo educacional, com uma teoria da educação voltada para os interesses da maioria da população, almejando a sua emancipação libertação por meio de uma transformação social.

A escola, por intermédio do currículo, passa a ser tratada como parte do Aparelho Ideológico do Estado (Althusser), reprodutora da estrutura social (Bourdieu e Passeron), dual e orientada pelos interesses da classe capitalista (Baudelot e Establet). Tais teorias, ao denunciarem, provocaram a abertura de novas perspectivas de estudos de currículo.

As teorias críticas ao contrapor-se ao paradigma dominante deslocam a ênfase de conceitos pedagógicos do processo ensino-aprendizagem para o conceito ideológico. Responsabilizam o '*status quo*' pelas desigualdades e injustiças sociais. Criticam, principalmente, a ideologia, a cultura e o poder e suas relações com o currículo. Inserem o conceito de currículo oculto no campo destes estudos (SILVA, 1999; MOREIRA; SILVA et al., 2002; SAVIANI, 2003).

Segundo a visão crítica do currículo a sociedade capitalista utiliza a educação para reproduzir sua ideologia e as relações de poder, não propriamente pelo conteúdo explícito, mas principalmente, através das relações sociais em que dominante e dominado aprendem e praticam seus papéis (SAVIANI, 2003).

As teorias pós-críticas do currículo são fundamentadas no pós-estruturalismo e nas concepções de pós-modernismo. Os efeitos combinados dessas correntes expressam-se naquilo que se convencionou chamar de "teorias pós-críticas em educação" e que influenciaram profundamente as teorizações e as

pesquisas em diversos campos das ciências sociais e humanas nos últimos anos e, especialmente a pesquisa em educação no Brasil. Em seu conjunto, essas teorias utilizam uma série de ferramentas conceituais, de operações analíticas e de processos investigativos que as destacam tanto das teorias tradicionais como das teorias críticas que as precederam.

Assim surgiram duas perspectivas: a liberal ou humanista e a mais crítica. A linha liberal defende ideias de tolerância, respeito e convivência harmoniosa entre as culturas, e a visão crítica pontua que, dessa forma, permaneceriam intactas as relações de poder, em que a cultura dominante faria o papel de permitir que outras formas culturais tivessem seu “espaço”.

As teorias pós-críticas podem ser analisadas a partir do surgimento do multiculturalismo, um movimento contra o currículo universitário tradicional que privilegiava a cultura branca, masculina, europeia e heterossexual, ou seja, a cultura do grupo social dominante.

O fenômeno chamado multiculturalismo tem sua origem nos países dominantes do norte e é discutido atualmente em duas vertentes: “[...] dos grupos culturais dominados no interior daqueles países para terem suas formas culturais reconhecidas e representadas na cultura nacional” (SILVA, 1999, p. 85).

Para Silva (1999, p. 90) “o multiculturalismo mostra que o gradiente da desigualdade em matéria de educação e currículo é função de outras dinâmicas, como as de gênero, raça e sexualidade, por exemplo, que não podem ser reduzidas à dinâmica de classe”. Assim, as desigualdades criadas dentro do processo escolar não aparecem apenas nas relações de poder entre grupos dominantes a partir de questões econômicas, mas também nas diferenças raciais, de sexo e gênero, quando são colocados como dominantes valores, como a superioridade masculina e a branca.

Para ambas as vertentes o multiculturalismo representa um importante instrumento de luta política, pois ele remete à seguinte questão: o que conta como conhecimento oficial? Desta maneira (Silva, 1999, p. 90) reforça que “a igualdade não se obtém simplesmente através da igualdade de acesso ao currículo hegemônico”, ao contrário, são necessárias mudanças substanciais do currículo existente.

No sentido de sintetizar os principais pressupostos e enfoques das teorias tradicionais, críticas e pós-críticas do currículo organizamos um quadro síntese baseado no texto de Silva (1999) que apresentaremos a seguir.

Teorias Tradicionais	Teorias Críticas	Teorias Pós-críticas
Ensino Aprendizagem Avaliação Metodologia Didática Organização Planejamento Eficiência Objetivos	Ideologia Reprodução cultural e social Poder Classe social Capitalismo Relações sociais de produção Conscientização Emancipação e Libertação Currículo oculto Resistência	Identidade, alteridade e diferença. Subjetividade Significação e discurso Saber-poder Representação Cultura Gênero-raça, etnia, sexualidade, multiculturalismo

**Quadro 1 – Principais enfoques das teorias do currículo**  
**Fonte: SILVA (1999, p. 17)**

A partir desta revisão é possível perceber que o currículo tem sido alvo de muitas críticas, especialmente, quando é associado aos processos de controle e eficiência social, da mesma forma o papel que a escola assume na transmissão destes valores. Desta forma a educação e o currículo passam a ser vistos como uma forma institucionalizada de se transmitir os valores e a cultura da sociedade (SILVA, 1999; MOREIRA; SILVA et al., 2002).

Depois de conhecer as teorias críticas e pós-críticas, torna-se impossível conceber o currículo de forma ingênua e desvinculado de relações sociais de poder. Para as teorias críticas isso significa nunca esquecer, por exemplo, a determinação econômica e a busca de liberdade e emancipação. Para as pós-críticas significa questionar e/ou ampliar muito daquilo que a modernidade nos legou (SILVA, 1999).

Compreender as teorias sobre currículo é importante na medida em que compreendermos a história e os interesses que envolvem a construção dos mesmos. Possibilita também perceber a partir de uma reflexão mais profunda e de um olhar mais crítico, do que ele faz e em que medida necessita mudar, uma vez que é ele que determina, em grande parte, nossa prática.

Assim o pano de fundo para as diferentes teorias é o que deve ser ensinado, isto é, “qual conhecimento ou saber é considerado importante ou válido ou essencial para merecer ser considerado parte do currículo”? Esta pergunta, entretanto, sempre está articulada a uma segunda que busca responder: “o que eles e elas (estudantes) devem ser? ou melhor, o que eles ou elas devem se tornar” (SILVA, 1999, p. 15).

Compreendendo o currículo como uma construção social, Silva (1999, p. 148) desloca a questão de “quais conhecimentos são válidos?” para “quais conhecimentos são considerados válidos?”.

Para Saviani (2003), o currículo diz respeito à seleção, sequenciação e dosagem de conteúdos da cultura a serem desenvolvidos em situações de ensino-aprendizagem. Nesse sentido:

[...] o currículo – incluindo o conjunto das matérias de ensino, sua distribuição pelos níveis escolares, seu valor relativo quanto à carga horária, recursos e respectivos programas – é produto de uma seleção realizada no seio da cultura (SAVIANI, 2003, p. 43).

Cunha e Leite (1996, p. 15) definem currículo como sendo “o rol de conhecimentos e sua hierarquia na organização do saber que se veicula na Universidade”. Desse modo para as autoras falar em decisões curriculares significa

[...] falar sobre que conhecimento ensinar, para quem e como fazê-lo. Essa decisão aparentemente simples esconde no seu âmago todo um intrincado emaranhado de relações que envolvem distribuição de poder e controle social, aspectos esses nem sempre visíveis quando se escolhem itens do binômio planejamento-avaliação para uma organização cotidiana de atividades de uma disciplina (op. cit.).

Nesse contexto, faz-se necessário entender a importância de perceber o currículo como um espaço de tensões sociais, em especial quando se refere à formação de profissionais para o campo da saúde. Gimeno Sacristán (2000, p. 15) contribui com este olhar ao afirmar que “quando definimos currículo, estamos descrevendo a concretização das funções da própria escola e a forma particular de enfocá-las, num momento histórico e social determinado”. Portanto, é necessário ter clareza de que em qualquer acepção que se tome o currículo ele sempre está comprometido com algum tipo de poder.

Bernstein, citado por Cunha e Leite (1996, p. 15), afirma que,

[...] em sentido ideológico a educação é um aparelho de distribuição de indivíduos por classes que cria, mantém e reproduz socialmente qualificações especializadas e não especializadas que têm um certo grau de relevância para o modo de produção, ou seja, a educação reproduz a força de trabalho – relações sistêmicas, de dependência, mas, também reproduz a estrutura de classes, ou seja, realiza a reprodução social.

Entretanto, para Moreira e Candau (2007, p. 19) “qualquer que seja a concepção de currículo que adotamos, não parece haver dúvidas quanto à sua importância no processo educativo escolar [...] uma vez que é no currículo que se sistematizam nossos esforços pedagógicos”.



O currículo constitui o elemento central do projeto pedagógico, pois ele viabiliza o processo de ensino aprendizagem. Contribuindo com esta assertiva Gimeno Sacristán e Pérez Gomes (1999, p. 61) afirmam que “o currículo é a ligação entre a cultura e a sociedade exterior à escola e à educação; entre o conhecimento e cultura herdadas e a aprendizagem dos alunos; entre a teoria (ideias, suposições e aspirações) e a prática possível, dadas determinadas condições”.

Desde a implantação do ensino formal de enfermagem no Brasil, a partir da implantação do curso junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) no Rio de Janeiro, no ano de 1923, o percurso formativo dos enfermeiros passou por diferentes fases ao longo das décadas. Para Ito et al. (2006) estas mudanças ocorreram de acordo com as exigências encontradas em cada época.

Destacadamente ensino, no Brasil e, em especial o ensino superior, sofreu e ainda sofre a influência da Pedagogia Tradicional e da Pedagogia da Escola Tecnicista. No processo de formação dos profissionais de saúde e, em especial do enfermeiro isto não foi diferente. Dessa forma entendemos necessário caracterizar esses momentos de maneira a possibilitar a compreensão dessa influência na formação dos enfermeiros brasileiros ao longo das décadas.

### **1.1.1 As marcas da Pedagogia Tradicional na formação dos enfermeiros**

A Pedagogia Tradicional, que se originou a partir das tendências pedagógicas jesuíticas e das chamadas concepções pedagógicas modernas baseadas em princípios positivistas, é centrada na capacidade intelectual, na transmissão dos conteúdos e no professor.

De acordo com Libâneo (1990, p. 12) “a Escola Tradicional se caracteriza por acentuar o ensino humanístico tradicional de cultura geral em que o aluno é educado para atingir pelo próprio esforço sua plena realização como pessoa”. Ainda neste contexto o aluno é considerado educado quando domina o conteúdo cultural transmitido pela escola.

Princípios fundamentais tais como a disciplina, a autodisciplina e a moral são considerados básicos para a educação do aluno que, neste contexto, é considerado um receptor passivo dos conteúdos transmitidos pelo professor e a disciplina imposta é o meio mais eficaz para assegurar a atenção e o silêncio. A atuação da escola consiste na preparação intelectual e moral dos alunos para assumir sua

posição na sociedade. Os conteúdos de ensino constituem-se nos conhecimentos e valores sociais acumulados ao longo do tempo e, repassados, aos alunos como verdades absolutas (LIBÂNEO, 1990).

A repercussão desse modelo pedagógico na formação dos enfermeiros começa com a emergência da enfermagem moderna, institucionalizada por Florence Nightingale, na Inglaterra, em 1860. Os princípios de organização religiosa e militar, tão caros a sua fundadora, permitem inferir sua adequação às características do ensino tradicional, representado por uma educação autoritária, pouco questionadora, centrada nos conteúdos, onde o professor representava a autoridade e o poder, sendo exigido do aluno o domínio dos conteúdos ensinados.

Durante o período de consolidação da Pedagogia Tradicional, no início do século XX, é que ocorre a implantação do modelo de ensino de enfermagem conhecido como Sistema Nightingale, no Brasil. A implantação da Escola do DNSP, que em 1926 passaria a se denominar Escola Anna Nery, surge no bojo da reforma Carlos Chagas, a partir de uma nova concepção de saúde pública, visando à formação de profissionais para atuarem na saúde comunitária, numa tentativa de reverter a situação precária em que se encontrava a saúde no país, prejudicando as relações comerciais do Brasil com os Estados Unidos e os países europeus (BAPTISTA, 2004).

A finalidade desta Escola deveria ser, principalmente, de formar profissionais para atuar na saúde preventiva. Entretanto, ainda que o currículo implantado a época possui-se 35 disciplinas, apenas quatro (4) eram voltadas à saúde pública. Da mesma forma a carga-horária teórica e prática desenvolvida privilegiava as questões da doença e o cuidado hospitalar (ITO et al., 2007).

Desta maneira, influenciado pela tradição e pelo contexto, o ensino de enfermagem assumiu características assistencialistas com ênfase em práticas curativas e do modelo de atenção hospitalar e individual, especialmente na primeira metade do século XX. Germano (1993) corrobora com esta perspectiva ao afirmar que, nesse período, o modelo médico-hospitalar centrado na doença foi prevalente na formação e ação das enfermeiras.

Contraditoriamente à sua proposta inicial a Enfermagem, no Brasil, estabeleceu-se tanto nas ações de ensino quanto na assistência, a partir dos

modelos médicos positivistas, especialmente o Flexneriano<sup>2</sup>, que se difundiram a partir dos EUA, no início do século passado. Esse modelo constituiu-se baseado em pressupostos biologicistas, individualistas e mecanicistas, em que a ênfase está na doença e no seu processo de cura, em detrimento do modelo de saúde preventivo, proposto anteriormente.

Adicionalmente o currículo era dividido em disciplinas e ciclos (básico e profissional), trabalhando isoladamente conteúdos, não fazendo associações ou buscando a integração de conhecimentos e habilidades do educando. Esta divisão consistia, particularmente, em uma desvantagem quando entendemos que o exercício da prática clínica dos enfermeiros é fundamentado nesta integração.

Posteriormente, especialmente no período pós-guerra, frente às mudanças sociais marcadas pelas alterações nas diretrizes econômicas e pela mobilização das classes populares urbanas que determinaram um novo esquema de poder, observou-se a interferência estatal em diferentes setores da sociedade, marcadamente no setor da educação e da saúde (SILVA, et al., 2010).

Conseqüentemente a este cenário se evidenciou a necessidade de manter, no país, uma força de trabalho qualificada e com saúde. Essa necessidade se acentuou na década de 1940 com a aceleração do processo de substituição das importações e fortalecimento do processo de industrialização (SILVA, et al., 2010).

No bojo destas mudanças, no ano de 1949, a partir da promulgação da lei nº 775, de 06/08/1949 e de sua regulamentação pelo decreto nº. 27.426, de 14 de novembro do mesmo ano, se uniformizou o ensino de enfermagem e se estabeleceu o currículo obrigatório, passando a haver uma orientação única para todas as escolas e cursos, uma vez que até então cada escola tinha o seu modelo curricular, vinculado ao decreto de sua criação. Desde então o Curso de Enfermagem passou a ter duração de 36 meses e o de Auxiliar de Enfermagem 18 meses (SAUPE, 1998).

O currículo obrigatório, estabelecido em 1949, era composto por vinte e oito (28) disciplinas, sendo que nenhuma era relativa à educação. Após treze anos em vigor, este decreto foi substituído pelo parecer no. 271, de 19 de outubro de 1962. Aquele documento apontava somente oito (8) disciplinas obrigatórias, mantendo a

---

<sup>2</sup> O modelo de formação flexneriano foi um modelo de formação utilizado, no início do séc. XX, inicialmente para a formação médica sendo, após, adotado para a formação dos demais profissionais da área da saúde. Baseava-se num paradigma fundamentalmente biológico, que privilegiou o tecnicismo em detrimento das preocupações sociais e se fundamentou nos princípios da fragmentação, da especialidade e da assistência à saúde curativa (BISPO, 2009).

omissão quanto a conteúdos pedagógicos, conteúdos estes que, para Saupe (1998), provavelmente, eram incluídos como unidades didáticas dos programas das disciplinas. O modelo de ensino era voltado para a área hospitalar, centrado no modelo clínico e com aderência ao mercado de trabalho à época.

### **1.1.2 Influências da Tendência Liberal Tecnista na formação dos enfermeiros**

A partir de 1960, durante o período da ditadura militar e numa época de grande avanço industrial, a perspectiva da escola tecnista recebeu um grande impulso buscando adequar o sistema e o discurso ao modelo de desenvolvimento vigente, já que se acreditava que a escola era responsável pela baixa qualidade da mão-de-obra. O marco de implantação do modelo tecnista, no nível de política oficial, foram as Leis 5.540/68 e 5.692/71, que reorganizaram o ensino superior e o ensino de 1º e 2º graus, respectivamente, buscando inserir a escola nos modelos de racionalização do sistema de produção capitalista (LUCKESI, 1994).

A pedagogia tecnista prega a reordenação do processo educativo de maneira a torná-lo objetivo e operacional a partir do pressuposto da neutralidade científica. Tal teoria inspirou-se nos princípios da racionalidade, eficiência e produtividade, influenciados especialmente pelo Taylorismo (NIETSCH, 1998).

O sentido da escola, nesse contexto, é atuar no aperfeiçoamento da ordem social vigente (o sistema capitalista), articulando-se diretamente com o sistema produtivo, tendo como premissa central preparar indivíduos competentes para o mercado de trabalho. Os conteúdos a serem ensinados são ordenados em uma sequência lógica pelos especialistas e, encontram-se sistematizados nos manuais, livros didáticos, nos módulos de ensino e recursos audiovisuais. A ênfase no gerenciamento ou função administrativa, no sentido de prever, organizar, coordenar, comandar e controlar, definidos por Fayol, passaram, também, a ser difundidos como princípios da escola (LUCKESI, 1994).

A tendência tecnista, que caracterizou especialmente a década de 70, influenciou profundamente o ensino de enfermagem. Nesse sentido, de acordo com Unicovsky e Lautert (1998, p. 221),

[...] ao pensarmos sobre a prática da enfermagem é necessário que consideremos a questão da educação que, apesar de ser potencialmente capaz de intervir no contexto social, visando a afrontar os problemas de saúde da população e as dificuldades do enfermeiro; historicamente tem

servido mais para legitimar tais problemas, à medida que fornece uma formação deficitária quanto ao preparo técnico-científico e baixo grau de comprometimento com questões sociais, políticas e econômicas da sociedade brasileira. Esta função, por sua vez é reforçada pela sociedade na medida em que há uma hipervalorização da atuação técnica na área de enfermagem.

Saupe (1998, p. 37) reforça esta compreensão dizendo que:

[...] a evolução do currículo para o preparo de enfermeiros inicia-se com um enfoque generalista e comunitário e vai se adaptando às políticas de saúde emergentes e ao modelo de privatização dos serviços de saúde, levando à valorização da especialização precoce e ao domínio da tecnologia, nem sempre adequados à nossa realidade.

Durante essa fase, houve um crescimento muito rápido do número de hospitais e, conseqüentemente, uma maior demanda pelos cuidados de enfermagem. Entretanto, essa demanda não foi acompanhada de um crescimento qualitativo da formação oferecida. De acordo com Meyer (1995)

[...] neste período o número de escolas multiplicou-se rapidamente para acompanhar o rápido crescimento dos hospitais. Assim, a formação da enfermeira consistia no ensino de procedimentos sem ênfase no por que ou sem o delineamento dos princípios científicos, uma vez que o interesse maior não era o crescimento intelectual das estudantes, mas sim torná-las rápidas e eficientes no atendimento ao doente (p. 72).

Ainda segundo Nietsch (1998, p. 155), na década de 70, “introduziu-se no ensino de enfermagem a disciplina de administração [...] no sentido da intensificação do controle e da racionalização, em busca da eficiência empresarial, em total acordo com as teorias de administração da época”.

Deste modo o tecnicismo que caracterizou especialmente a década de 70, preconizando que o essencial não são os conteúdos, mas as técnicas como tendência educacional, se refletiu profundamente no ensino de enfermagem, consolidando a metodologia centrada na repetição de rituais e nas técnicas rígidas.

Consecutivamente em decorrência de um cenário favorável à indústria de equipamentos médico-cirúrgicos e do consumo desmedido de medicamentos, fundamentais às empresas de saúde vinculadas ao sistema capitalista da época, observou-se o fortalecimento da medicina e da enfermagem curativa. É neste cenário que o Parecer do CFE n. 163/72, do ano de 1972, propôs a reformulação do currículo de enfermagem, organizado em etapas: 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. Por fim havia a oferta das habilitações nas áreas de Saúde Pública, Enfermagem Médico-cirúrgica e Obstetrícia.

A partir dessa proposta curricular e, agregado às demandas oriundas da evolução científica, o enfermeiro deveria aumentar seu domínio sobre as técnicas avançadas de saúde, para que junto com o médico pudesse atuar em centros cirúrgicos sofisticados e nas clínicas requintadas, no campo das cirurgias cardiovasculares, cirurgias plásticas, doenças degenerativas, enfim prestando uma assistência curativa e praticamente restrita a uma minoria da população, aqueles que possuíssem um poder aquisitivo maior, ou seja, às camadas privilegiadas da sociedade (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Na Saúde Pública, não houve mudança substancial, já que apenas passou de especialização para habilitação, podendo ser cursada de forma optativa, de tal modo que o estudante de enfermagem poderia concluir seu curso dentro dos parâmetros legais sem ter cursado a Enfermagem de Saúde Pública, ainda que os problemas de saúde se encontrassem centrados neste âmbito (GERMANO, 1993; GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). Destaca-se, entretanto, que nesse documento aparece, pela primeira vez, no rol das matérias obrigatórias, uma disciplina pedagógica que estava incluída no chamado "ciclo profissional" do Curso.

De acordo com Dilly e Jesus (1995, p. 73), porém, o currículo que é instituído novamente “fragmenta a formação do enfermeiro e privilegia o ensino centrado no modelo médico de assistência hospitalar”. Da mesma forma é importante ressaltar que a especialização dava-se durante a graduação, prejudicando a formação mais geral (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Após um longo período, no ano de 1994, as mudanças no cenário nacional e as novas propostas para atenção à saúde com a reorganização do sistema e a inclusão dos princípios de equidade, integralidade e universalidade, que surgem impulsionados pelas discussões estabelecidas entre as entidades de classe, as universidades e as instituições de saúde impulsionam mudanças na formação do enfermeiro.

Assim através do parecer do CFE nº 314 e da portaria nº 1721, de 15 de dezembro de 1994, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) propôs um novo “currículo mínimo” obrigatório para os cursos de graduação em enfermagem.

Apesar de haver um lapso temporal de mais de duas décadas entre uma legislação e outra, este período não passou em silêncio para a categoria da enfermagem, pois de acordo com Alves (2000),

[...] outro exemplo de participação da enfermagem brasileira é o processo de encaminhamento até chegar a portaria 1.721/94, quando a profissão se envolve nos rumos da educação e formação de profissionais brasileiros, portaria esta que oficializa toda uma caminhada de reivindicações, através dos encaminhamentos dos Congressos brasileiros de Enfermagem de 1988 e 1989 ao Conselho Federal de Educação em 1991 (p. 26).

A nova portaria estabeleceu uma ampliação da carga horária do currículo de 2.500h para 3.500h e dividiu o currículo em quatro áreas, estabelecendo um percentual para cada área que ficaram assim distribuídas: 1) bases biológicas e sociais (25%); 2) fundamentos de enfermagem (25%); assistência de enfermagem (35%) e, 4) administração (15%).

Esta proposta pressupõe uma formação generalista sendo suprimidas as possibilidades de especialização durante a formação inicial. A carga horária mínima incluía 500 horas destinadas ao estágio curricular, a ser cursado em, no mínimo, dois semestres letivos, sendo as atividades desenvolvidas com supervisão docente. No que diz respeito à Saúde Pública, que teve os conteúdos excluídos do currículo mínimo anterior, retornaram sob a designação de Saúde Coletiva. Tais mudanças buscavam garantir, principalmente, que o enfermeiro participasse dos serviços de saúde (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Esta proposta ainda que signifique um grande avanço em relação aos modelos de formação anteriores, aprisiona as instituições a partir da obrigatoriedade de conteúdos mínimos e da distribuição do percentual da carga-horária em blocos de formação geral e específica. Também, foi mantida a subdivisão em especialidades médicas na área da assistência de enfermagem, o que deixa evidente a dificuldade de romper com a matriz flexneriana que orientou o ensino de Enfermagem, no Brasil, por várias décadas (SAUPE, 1998; GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Ao fazer esta retrospectiva pelas diferentes fases e orientações legais para a formação do enfermeiro é possível inferir que os currículos oficiais têm sido inspirados, historicamente, por uma perspectiva positivista de ciência, bem como se percebe que o conhecimento está organizado em disciplinas isoladas em que se verifica o aumento da especialização à medida que o aluno vai avançando na sua formação.

Da mesma forma, podemos afirmar que o modelo de saúde hospitalocêntrico<sup>3</sup>, baseado em práticas curativas, acompanhou a história da enfermagem por um longo período. Ainda hoje pode ser encontrado, reforçando o foco no ensino baseado na transmissão de conteúdos, na dissociação entre a teoria e a prática e na alta especialização (BAPTISTA, 2004).

Adicionalmente a perspectiva predominante, por parte do legislador, de visualizar o papel educativo do enfermeiro somente enquanto vinculado ao ensino formal, representa uma grave distorção e desconhecimento da extrema aderência do princípio educativo a toda e qualquer prática de Enfermagem. Portanto, para se enfrentar uma mudança na prática de Enfermagem é preciso superar o vazio originado pelo estreitamento da visão em relação ao processo de ação e reflexão do enfermeiro já que o currículo mínimo nega o educador que deve 'morar' em cada enfermeiro (SAUPE, 1998).

A Diretriz Curricular Nacional (DCN), publicada no ano de 2001, propôs importantes mudanças na formação dos profissionais da área da saúde e buscou assegurar a flexibilidade, diversidade e a qualidade da formação oferecida aos acadêmicos. O perfil do enfermeiro, proposto pela DCN, sugere que a formação seja generalista, com um conhecimento mais global e menos específico, sendo este profissional capaz de intervir sobre os problemas e situações de maior incidência no perfil epidemiológico da sua região de atuação a partir de métodos cientificamente condizentes, promovendo a saúde e balizando sua atuação profissional na ética e no compromisso com a sociedade (BRASIL, 2001).

A orientação legal aponta, pois, para a formação profissional a partir de competências e habilidades, pautadas nas concepções do aluno como sujeito do seu processo de formação, da articulação entre teoria e prática, da diversificação dos cenários de aprendizagem, de metodologias ativas, da interdisciplinaridade, da indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão e da flexibilidade curricular.

Neste contexto se estabelece um conjunto de competências e habilidades gerais e específicas para a formação do enfermeiro. Dentre as competências gerais podem ser destacadas a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e a educação permanente (BRASIL, 2001).

---

<sup>3</sup> Designa o ensino centrado na prática hospitalar (Belaciano, apud Alves, 2000).



A formação dos enfermeiros fundamentada nesses pilares procura atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde, a partir da interação entre ensino e serviço, pautado num projeto pedagógico inovador, construído coletivamente e com forte inserção nas necessidades de saúde da população, na sua concepção ampliada e na concepção social de cuidado de enfermagem (BRASIL, 2001; SILVA, et al., 2010).

A formação por competências indica a necessidade de experiências e oportunidades nos serviços de atenção à saúde e a capacidade de propor estratégias para o saber agir e transformar as práticas de atenção à saúde, através da identificação e mobilização de conhecimentos que dão suporte para a solução de problemas (PERRENOUD, 2001).

Entretanto, o conceito de competência, associado ao novo modelo de formação profissional proposto, tem gerado muitas polêmicas, especialmente quando se identifica o termo com uma lógica ligada ao conceito de produtividade (BAPTISTA, 2004).

A linha teórica que apresentaremos foi definida a partir do marco teórico-conceitual estabelecido pelas DCN para a formação superior no país e, conseqüentemente, para a formação dos enfermeiros (DCN/ENF). Nesse sentido compreender a formação baseada na noção de competências possibilita desvelar os caminhos que os cursos de graduação em enfermagem têm percorrido para desenvolver o perfil profissional que atenda às demandas de saúde da sociedade brasileira.

## 1.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL SOB A ÓTICA DAS COMPETÊNCIAS

O conceito de competência profissional, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2002) surgiu nos anos 60 nos Estados Unidos. Da mesma forma o conceito de formação e qualificação baseada em competências surgiu nos Estados Unidos, nos anos 1960, e na Inglaterra, nos anos 1980.

A inserção das economias em mercados globalizados, a crescente exigência de produtividade e competitividade e, a vertiginosa incorporação de novas tecnologias que requerem flexibilidade e polivalência dos trabalhadores gera uma crise na qualificação das pessoas. O reflexo desta situação impulsiona a transição do conceito clássico de qualificação profissional para uma concepção de

competência, frente às novas demandas do setor produtivo e à falência dos métodos tradicionais destinados a adaptar as pessoas ao mercado e aos postos de trabalho (VALLE, apud LIMA, 2005).

Assim é que a discussão sobre o modelo das competências começa no mundo empresarial a partir dos anos oitenta, num contexto de crise estrutural do capitalismo nos países centrais. A noção de competência surge, pois, neste contexto associada a verbos como: saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica (BAPTISTA, 2004).

O conceito de competência apesar de ser um tema bastante debatido permanece associado a diferentes concepções e múltiplas definições, mantendo-se polissêmico, variando seu significado segundo autor, setor e país (LIMA, 2005). Mesmo reconhecendo que este é um terreno minado de ambiguidades o objetivo deste texto é recuperar o debate teórico a respeito da noção de competência.

Como não se pretende aqui explorar as diferentes concepções teóricas sobre o tema “competência ou competências” optamos por tomar como centralidade nesta discussão a obra de **Philippe Perrenoud**.

Philippe Perrenoud nasceu em 1944 na cidade de Bienne (Suíça), é sociólogo, doutor em sociologia e antropologia. Seu interesse em estudar as problemáticas educacionais surgiu durante o seu doutoramento em Sociologia, quando teve a oportunidade de estudar o processo de evasão escolar e suas referências com as desigualdades sociais.

Professor da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Genebra, desde 1994. Fundou e mantém, juntamente com Monica Gather Thurler, o Laboratório de Pesquisa de Inovação na Formação e na Educação (LIFE) onde atua como diretor, também em Genebra. Desde 2010 é Professor Convidado, da Cátedra Internacional de Pedagogia Universitária da Universidade de Liège.

O pensamento de Perrenoud está impresso no conjunto de sua obra, que “orienta para três direções fundamentais”: **a primeira** sobre os ciclos de aprendizagem, **a segunda** sobre currículo escolar e, **a terceira** sobre práticas pedagógicas e instituições de formação.

Suas ideias sobre a profissionalização de professores e a avaliação de alunos tem sido referência para os educadores de todo o mundo. Entretanto, seu

trabalho tem contribuído não apenas para uma melhor compreensão do que acontece na Escola, mas também para a mudança de seu funcionamento, na tentativa de torná-la uma instituição cada vez menos injusta e desigual. O autor foi uma referência para os novos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e do Programa de Formação de Professores Alfabetizadores, estabelecidos pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), nos anos 1990.

Conforme Moraes (2009, p. 588) em um cenário com elevado grau de competição das organizações e, a conseqüente demanda por conhecimentos,

[...] a educação foi eleita como estratégia para fazer face à velocidade das mudanças. A escola tradicional, a educação formal, as antigas referências educacionais tornaram-se obsoletas. Impôs-se a demanda por uma nova pedagogia, um projeto educativo de outra natureza, pois, pensou-se, não basta apenas educar, é preciso assegurar o desenvolvimento de “competências”, valor agregado a um processo que, todavia, não é o mesmo para todos.

A importância atribuída às competências a serem desenvolvidas no processo de formação, a partir deste contexto atende a, pelo menos, dois propósitos:

a) reordenar conceitualmente a compreensão da relação trabalho/educação, desviando o foco dos empregos, das ocupações e das tarefas para o trabalhador, em suas implicações subjetivas com o trabalho;

b) institucionalizar novas formas de educar/formar os trabalhadores e gerir internamente às organizações e no mercado de trabalho em geral, sob novos códigos profissionais.

Durante o movimento geral de reforma da educação, no Brasil, se fortalecem os debates do Capítulo da Educação na Constituição de 1988, ampliando-se com as discussões em torno da elaboração da LDB, Lei 9394/96. A nova LDB incorporou a noção de competência e definiu a educação profissional como um fator estratégico de competitividade e desenvolvimento humano na nova ordem econômica mundial.

Este “alinhamento” passa pelos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, pela Política para Formação de Professores para a Educação Básica, através do decreto nº 3.276/99, e culmina com as Diretrizes Curriculares Nacionais, denunciando, portanto a forte presença do Estado nas diversas medidas (THERRIEN; LOIOLA, 2001).

Nesse sentido a definição de currículos, em especial para a educação profissional, orientados por competências exige a definição de um conceito uma vez que é possível identificar, na literatura, diferentes abordagens conceituais sobre

competência. Os diferentes conceitos e referenciais desenvolvidos nos Estados Unidos, Inglaterra, França e Austrália tem raízes sócio históricas e representam disputas ideológicas oriundas dos campos da educação e do trabalho (LIMA, 2005).

Perrenoud (1999, p. 7) ao definir a noção de competência, afirma que “são múltiplos os seus significados, mas ela pode ser entendida como uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. Nesse sentido as competências que se manifestam na ação, por exemplo, ao se construir um *constructo* científico, não é um conhecimento em si. Antes disto consiste na utilização, integração e mobilização de diferentes conhecimentos. Dessa maneira, possuir um *rol* de conhecimentos necessários à atuação profissional não é senão uma condição necessária à competência.

Conforme Perrenoud (1999), as competências são traduzidas em domínios práticos das situações cotidianas que necessariamente passam compreensão da ação empreendida e do uso a que essa ação se destina. Já as habilidades são representadas pelas ações em si, ou seja, pelas ações determinadas pelas competências de forma concreta.

A competência constrói-se com a prática, pois é inseparável da formação de esquemas de mobilização de conhecimentos para permitir a realização de uma determinada ação. Da mesma forma não é possível construir esquemas sem um processo de treinamento e de experiências práticas que serão tão mais eficazes quanto mais associadas a uma postura reflexiva por parte do sujeito (PERRENOUD, 1999).

Ao afirmar que a competência é a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação Perrenoud (2000, p. 15) apoia-se em quatro aspectos:

- a) as competências não são elas mesmas saberes ou atitudes, mas mobilizam, integram e orquestram tais recursos; b) essa mobilização só é pertinente em situação, sendo cada situação singular, mesmo que se possa tratá-la em analogia com outras, já encontradas; c) o exercício da competência passa por operações mentais complexas, subentendidas por esquemas de pensamento que permitem determinar (mais ou menos consciente e rapidamente) e realizar (de modo mais ou menos eficaz) uma ação relativamente adaptada à situação; d) as competências profissionais constroem-se, em formação, mas também ao sabor da navegação diária de um professor, de uma situação de trabalho a outra.

Nesse contexto o termo ‘competências’ define os saberes, as representações, as teorias pessoais e os esquemas de ação mobilizados para resolver problemas em situação de trabalho. Entretanto, “as competências somente

são significativas quando se traduzem em atos e quando estes assumem um sentido em função dos projetos que encarnam” (PERRENOUD, 2001, p. 89).

A competência exige a assimilação não só de conhecimentos, mas também de um *habitus*<sup>4</sup> que se procura aplicar à contextualização do que se aprende em termos de prática, de saber-fazer e de mobilização de recursos (PERRENOUD, 2001). Nesse sentido, para Perrenoud (1999, p. 35), “toda competência está, fundamentalmente, ligada a uma prática social de certa complexidade”.

A competência caracteriza-se, portanto, na capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessárias para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho, utilizando-se de esquemas mentais adaptados e flexíveis e articulando-se em ações próprias de um contexto profissional específico, gerando desempenhos eficazes (BAPTISTA, 2004).

Rios chama a atenção, entretanto, de que não se pode pensar a competência em abstrato, deslocada do seu contexto e dos processos valorativos. Para ela é preciso perceber:

[...] a transmissão/criação sistematizada da cultura, entendida como o resultado da intervenção dos homens na realidade, transformando-a e transformando a si mesmos. [...] a escola não é uma entidade abstrata. Ela tem características específicas e cumpre uma função determinada, na medida em que está presente e é constituinte de uma sociedade que se organiza de maneira peculiar, historicamente (RIOS, 1993, p. 45).

Compreendida, pois, a competência a partir de um referencial sócio histórico e político, a autora afirma que falar em competência significa falar em saber fazer bem alguma coisa, pois:

[...] apesar das diferenças entre as diversas concepções de educação e escola presentes entre nós, elas sem dúvida concordam em definir desse modo a competência. Entretanto, é preciso atenção (o alerta da crítica!) ao explicitar o que se quer dizer quando se faz essa afirmação, uma vez que é essa a tônica do discurso da maior parte dos educadores. Minha definição de saber fazer bem como sinônimo de competência, em princípio aproxima-se da posição dos educadores que apresentam esse saber fazer bem numa dupla dimensão: técnica e política (RIOS, 1993, p. 46).

Nesse sentido Perrenoud et al. (1999), apontam que ‘ser competente’ é ousar julgar em situações de incerteza, dificuldade, contradição, entre outros. Ampliam esse enfoque afirmando que para ser competente é preciso saber agir,

---

<sup>4</sup> O conceito de *habitus* está sendo usado aqui, na acepção de Bordieu (1994) que significa a síntese das representações sociais e culturais que construímos através de percepções, apreciações e ações ao longo de nossa vida configurando a nossa objetividade e subjetividade em determinado sentido em diferentes situações.

falar, comunicar-se, saber fazer, compreender, explicar, saber retirar de uma situação qualquer algo positivo que sirva de lição e de ensinamento.

Ao inserir esta dimensão no processo de formação profissional o objetivo das instituições de ensino deixa de ser de apenas passar para seus alunos os conteúdos disciplinares, mas, principalmente, assume o compromisso com o desenvolvimento de competências pessoais, formando o cidadão, crítico e consciente (PERRENOUD et al., 1999).

Perrenoud (1999) alerta que adotar a formação por competências na escola não se trata de rejeitar os conteúdos e as disciplinas, mas de avançar no sentido de mudanças dos programas, práticas pedagógicas, na avaliação e no papel do aluno e do professor.

Na área da saúde, esta noção também tem ocupado um espaço cada vez mais expressivo e relevante no que se refere às diferentes carreiras da saúde, levando-se em conta o processo de trabalho em equipe e as demandas que emergem da sociedade, em especial daquelas vinculadas à atenção básica de saúde. O debate sobre o campo do trabalho e, neste sentido, sobre as competências necessárias a prática profissional passa a requerer de todos os atores envolvidos nesse processo, uma reflexão sistemática e continuada sobre as propostas curriculares oferecidas pelas instituições formadoras.

### 1.3 A NOÇÃO DA COMPETÊNCIA NA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS

A formação do enfermeiro, no Brasil, a partir de 2001 passa a ser orientada pelos pressupostos estabelecidos pela DCN/ENF regulamentada pela Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, fundamentada no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001.

O enfermeiro, formado a partir deste referencial atuará como agente de transformação social, possibilitando modos de vida saudáveis, atentando para necessidades dos seus clientes e pacientes e da sua comunidade e, interferindo no processo de saúde-doença, ao nível da sua competência. Para tanto, é ele que vai programar e pôr em prática, programas de educação e promoção à saúde, sempre considerando a condição do grupo-alvo, em sua especificidade e condição de vida, saúde, trabalho e adoecimento (BRASIL, 2001).

As diretrizes curriculares apontam a necessidade dos cursos incorporarem, nos seus projetos pedagógicos, o arcabouço teórico do SUS, bem como as questões sobre ética, cidadania, epidemiologia e processo saúde/doença/cuidado, no sentido de garantir a formação pretendida. Também estimulam a inserção do estudante no SUS no início do curso, o que proporcionará um conhecimento da realidade de saúde.

O Enfermeiro necessita ter competência para desempenhar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em plano individual, quanto coletivo. Este profissional deve também possuir uma visão crítica sobre determinadas situações, capacidade de avaliar as dificuldades que a comunidade possui e buscar soluções para resolvê-las (BRASIL, 2001).

A DCN/ENF aponta, especialmente, seis competências gerais, que o enfermeiro assim como, os demais profissionais da área da saúde, deverá desenvolver ao longo de seu processo formativo, incluindo: a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

**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.

Considerando que para mobilizar as competências gerais é necessário um conjunto de habilidades e competências específicas, apontadas também na DCN, procuramos assim organizá-las e apresentaremos a seguir:

### **Competências e habilidades humanas e político-sociais**

- atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- reconhecer 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;

- reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro;
- reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde;
- assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde;
- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;

### **Competências e habilidades para o cuidado de enfermagem e em saúde**

- incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
- atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
- 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;
- prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.

### **Competências e habilidades de liderança, administração e gerenciamento.**

- 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;
  - atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
  - reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
  - coordenar o processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde;
- compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
  - integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
  - gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.

### **Competências científicas, clínicas e epidemiológicas**

- 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;
  - usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
  - atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;

- identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional.

Conforme a DCN/ENF (2001, p.7) “este conjunto de competências deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente” de maneira a permitir o exercício da prática profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

Para tanto os novos currículos pedagógicos estão fundamentados na necessidade de formar profissionais aptos a aprender a aprender e comprometidos com o enfrentamento dos graves problemas da nossa sociedade, centrados no aluno e articulados entre teoria e prática.

Os conteúdos curriculares deverão ser “organizados de maneira a contemplar todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem” (BRASIL, 2001, p. 7). Os conteúdos deverão ser distribuídos considerando os seguintes eixos ou tópicos:

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:

- 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.
- 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 socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem.
- Administração de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem.
- Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

Nesse contexto o processo de formação do enfermeiro requer das instituições formadoras, a implementação de mudanças buscando a reorientação do processo de formação voltado para o desenvolvimento de competências e habilidades e para uma nova prática pedagógica que favoreçam a mobilização de saberes capazes de darem respostas aos princípios propostos pela Reforma Sanitária e do SUS (SILVA et al., 2010).

Cabe ressaltar que, embora a DCN/ENF apresente os elementos e as dimensões do novo perfil profissional desejado, não há nenhuma explicitação da concepção de competência utilizada existindo, ainda, certa confusão no emprego dos termos “competência e habilidades”. Também há muita dificuldade na incorporação de novas formas de ensinar e aprender por parte dos docentes e discentes.

Percebe-se que os cursos vêm encontrando dificuldades na incorporação das propostas para incrementar as mudanças necessárias à formação dos futuros profissionais, uma vez que são exatamente essas competências e estas práticas que irão conciliar o plano curricular dos cursos às necessidades e objetivos de formação de enfermeiros.

Acreditamos que a formação do enfermeiro, baseado nestes princípios, não favorece que o aluno apreenda o fenômeno saúde-doença nas suas múltiplas facetas e condicionantes. Também a primazia da atenção curativa sobre a preventiva, bem como das experiências hospitalares na sua formação, o impedem de superar a visão compartimentalizada em busca de suplantar a precária condição de saúde em que se encontram os indivíduos, em especial os das classes mais desfavorecidas.

Ao falar sobre o currículo dos cursos de graduação reiteramos que é necessário compreendê-lo para além de uma simples listagem de disciplinas e conteúdos, ou de um conjunto de conhecimentos sistematizados. Ou seja, constitua-se como um espaço de construção cultural, em especial da construção de saberes que possibilitem uma prática educativa para a autonomia.

Do mesmo modo a formação passa a ser entendida como percurso, trajetória e processo que não se acaba com a formação inicial, mas que engloba a vida pessoal e profissional do educador.

A centralidade assumida pelo professor e pelos conteúdos, característica do ensino tradicional, precisa ser superada para que se estabeleçam novos métodos de

ensino baseados nos sujeitos e nas sociedades, propiciando uma relação pedagógica dialógica em busca da autonomia e da liberdade e da passagem de uma consciência ingênua para a consciência crítica (FREIRE, 2011).

Nesse sentido encontramos em Freire (2004) a proposta da educação libertadora ou problematizadora como aquela que se contrapõe à bancária, na qual há uma visão distorcida da educação, não há diálogo, não há criatividade, não há respeito à autonomia, não há transformação, não há saber, podendo ser reconhecida como cultura do silêncio, na qual os homens são vistos apenas como simples seres de adaptação. Para isto, a educação bancária mitifica a realidade, servindo à dominação, impedindo a intencionalidade, negando aos homens a vocação ontológica e histórica de humanizar-se.

A incorporação de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem na tentativa de superar o paradigma baseado na transmissão de conteúdos e a dicotomia entre 'quem ensina e quem aprende' parece ser a estratégia para se envolver os sujeitos no processo de ensino-aprendizagem e possibilitar o desenvolvimento das competências pretendidas.

#### 1.4 POR UMA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA: a utilização das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem

Para compreender o papel das práticas educativas na vida do ser humano é necessário considerar que toda a ação humana é educativa e entender o homem como sujeito e objeto do conhecimento, inserido em um mundo real.

As definições das DCN indicando o perfil profissional necessário e, orientando a formação dos enfermeiros a partir de competências, exige uma mudança dos processos pedagógicos que tradicionalmente têm sido utilizados pelos docentes (ITO et al., 2006). Também indicam a necessidade de mudança na postura do educando no sentido deste assumir um papel ativo no seu processo de formação.

Este perfil de profissional só poderá ser desenvolvido na medida em que se dispuser de um projeto pedagógico estruturado de maneira a contemplar essas diretrizes. O papel da escola é de proporcionar condições para formar profissionais capazes de desenvolver um processo que possibilite identificar, promover e gerir os

saberes através da mobilização de recursos que levem às competências profissionais requeridas.

Ampliando este enfoque a partir da compreensão da formação como percurso, trajetória e processo que não se acaba com a formação inicial, mas que engloba a vida pessoal e profissional dos sujeitos, tornando essencial a utilização de práticas educativas que favoreçam o aprendizado constante.

Nesse contexto, diversos estudiosos têm investigado a importância do uso de metodologias de ensino que favoreçam o desenvolvimento de um perfil crítico, reflexivo e autônomo do educando. No bojo destas teorizações, introduziram o conceito de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que são definidas como sendo aquelas que:

[...] possibilitam o aprender a aprender, que garantam o aprender fazendo e instaurem relações democráticas dentro das instituições de ensino e prestadoras de serviço; metodologias centradas nos estudantes, vistos como sujeitos do processo ensino-aprendizagem e como cidadãos (CAMPONOGARA; REIBNITZ; BACKES, apud CARRARO et al., 2011, p. 250).

Nessa mesma direção Gadotti (1991) deixa claro que os homens não têm simplesmente a função de escutarem docilmente como meros objetos dessa educação, eles têm um objetivo maior: tornarem-se sujeitos reflexivos e críticos rompendo com esquemas verticais, característicos de uma educação conservadora ou tradicional. Ao contrário o autor propõe uma educação “problematizadora” baseada na criatividade, reflexão e na ação crítica sobre a realidade, comprometida com a transformação social. Nesse sentido a educação deve permitir a formação de homens e mulheres autônomos e cientes da sua responsabilidade com a sociedade.

Para Freire (2004) a educação já não pode ser só o ato de depositar, narrar ou de transferir conhecimentos e valores aos educandos, meros clientes, à maneira bancária, que serve à dominação do outro. Ao contrário, a educação que liberta, contribui para a humanização dos homens.

A educação como prática para a liberdade propõe o desenvolvimento de procedimentos transformadores e abre espaço para um ato educativo preocupado com a mudança social, onde o educador e o educando participam numa relação dialógica em busca de condições dignas de vida na sua relação com o mundo e com os demais. Freire (2004, p. 70) afirma que “a educação como prática da liberdade, ao contrário daquela que é prática da dominação, implica na negação do homem abstrato, isolado, solto, desligado do mundo”.

Esta concepção de educação requer um professor que, segundo Freire (2011, p. 25) esteja convencido de que “ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” e que, portanto, permita a participação dos educandos nas várias etapas da construção do ‘conteúdo programático da educação’.

Pois, de acordo com Freire (2011, p. 25),

[...] ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.

O ato educativo subjacente à educação libertadora requer uma relação dialógica constante entre educador e educando, pois este se dá numa condição de troca, favorecendo a construção coletiva do conhecimento, em que o papel do professor não é apenas de ensinar os conteúdos, mas de ensinar a pensar certo e segundo Freire (2011, p. 29) “uma das condições necessárias a pensar certo é não estarmos demasiado certos de nossas certezas”.

Para tanto é necessário que o educador tenha coragem de ousar, ir além dos conteúdos programáticos permitindo que o educando aprenda criticamente. Entretanto, para Freire (2011, p. 28) “essas condições implicam ou exigem a presença de educadores e educandos criadores, instigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes”.

O desafio, pois, de formar os profissionais a partir destes novos pressupostos, onde o aluno se torna sujeito do seu processo de aprendizagem, exige intencionalidade e qualificação dos docentes no sentido de proporcionar um ambiente favorável ao desenvolvimento da autonomia dos educandos. Exige também do educando independência, determinação, senso de responsabilidade, entre outras características necessárias ao ‘autogerenciamento’ ou ‘autogoverno’ do seu processo de formação (FREIRE, 2011).

Nesse sentido, ao propor o uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem, defendemos o princípio da educação dialógica como prática para a liberdade, conforme proposto por Freire. A proposta pedagógica dialógica necessita de um educador “crítico reflexivo e transformador, engajado nos movimentos de mudança, onde a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência” (FREIRE, 2011, p. 24).

A utilização de metodologias ativas, a partir da compreensão da complexidade do processo ensino-aprendizagem e de seu caráter dinâmico, possibilita a aprendizagem significativa e não apenas a memorização mecânica isolada uma vez que incentiva a participação ativa dos educandos (CARRARO et al., 2011; GOMES, 2011).

Nesse sentido ao contrário do método tradicional, centrado no professor e que é conduzido da teoria para a prática, estas metodologias partem da prática para, posteriormente, estabelecer os pressupostos teóricos que a norteiam e pressupõem a participação ativa do educando na problematização e construção do conhecimento. Da mesma forma tem permitido a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade, criando a possibilidade de uma leitura e intervenção rápida sobre a realidade, valorizando os diversos atores no processo de construção coletiva do conhecimento a partir do trabalho em equipe, além de favorecer a liberdade no processo de pensar (MITRE et al., 2008; CARRARO et al., 2011).

Sob essa perspectiva é necessário que o educador e educando exercitem continuamente o processo de busca e sistematização da teoria, na sua articulação com a prática, pois o exercício da racionalidade inexistente sem um aprofundamento teórico.

Fazemos, porém, o alerta da crítica! A implantação das metodologias ativas na formação em saúde ocorre no meio de muitas discussões bem como permeada por muitas dúvidas e contradições. Por um lado temos a repercussão positiva observada na prática pela implantação de um modelo que favorece, efetivamente, a autonomia do educando e a formação para a cidadania. Contrariamente encontramos resultados insatisfatórios decorrentes da aplicação inadequada da metodologia. Ocorrem, também, resistências às mudanças por parte de docentes e discentes que preferem métodos tradicionais de ensino.

Ao colocar essas questões estamos encaminhando a discussão acerca das duas principais práticas pedagógicas denominadas de “metodologias ativas” que têm sido utilizadas pelos docentes no processo de formação dos profissionais de saúde. Existem diferentes propostas, mas a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a problematização, baseada no Arco de Carlos Maguerez, conforme apresentado por Bordenave e Pereira, tem sido prioritariamente utilizados no Brasil especialmente na formação de médicos e enfermeiros.



### 1.4.1 A Aprendizagem Baseada em Problemas

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou Problem-Based Learning (PBL), implantada, nos anos 1960, inicialmente na Universidade de McMaster (Canadá) e na Universidade de Maastricht (Holanda) espalhou-se pelo mundo e desde então tem sido utilizada, especialmente, nas escolas de medicina. No ano de 1985 a Universidade de Harvard implanta o modelo para uma turma de 24 alunos, paralela ao currículo tradicional existente. Com o sucesso da experiência esta metodologia foi, a partir de 1987, ampliada atingindo a todos os discentes. No Brasil, as experiências mais conhecidas são as da Escola de Medicina da UNESP (Botucatu), Faculdade de Medicina de Marília e a Universidade Estadual de Londrina.

Possui suas raízes na teoria do conhecimento de John Dewey. Para este teórico a aprendizagem parte de problemas ou situações que intencionam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais. Da mesma maneira que aprender a partir da experiência permite estabelecer conexões para frente e para trás. Portanto, a experiência somente adquire a qualidade de um ato cognitivo quando é cumulativa e carregada de significado (ABREU, 2009).

Num cenário de rápidas mudanças, impulsionadas especialmente pelo avanço tecnológico, e frente à necessidade de formar profissionais de saúde capazes de contribuir para o processo de melhoria do cuidado à saúde das pessoas e das comunidades, a ABP caracteriza-se como uma alternativa metodológica para a formação em nível superior na saúde. Consistiu em uma tentativa de suplantiar o modelo flexneriano, que era baseado na divisão de disciplinas e em ciclos básico, clínico e profissionalizante, não favorecendo a autonomia do educando e o desenvolvimento de seu potencial crítico, social, político e ético (BERBEL, 1998).

Contrariamente a ABP consiste em um método de aprendizado centrado no aluno onde o professor passa a ser um facilitador da aprendizagem e que tem o 'problema' como elemento motivador do estudo e integrador do conhecimento, favorecendo a integração das disciplinas e a efetiva articulação entre a teoria e a prática. Nesse contexto o espaço de trabalho é o grupo tutorial e o eixo central de funcionamento é baseado na busca ativa pelo estudante (BERBEL, 1998).

Os principais fundamentos da ABP são: a aprendizagem por descoberta, a aprendizagem significativa, a indissociabilidade entre teoria e prática, o currículo

integrado, a valorização da autonomia do estudante, o trabalho em pequeno grupo e a avaliação formativa, proporcionando desenvolvimento de um profissional cooperativo, respeitoso, com capacidade de escuta do outro, habilitado a trabalhar em equipe, autônomo, crítico e reflexivo.

Para aprender significativamente, o estudante precisa ter uma atitude aberta (motivação) para estabelecer vínculos (relações) entre os conteúdos que já conhece e os novos conteúdos, definindo, também, o grau de clareza das novas relações estabelecidas (significados mais ou menos exatos, precisos). A atitude e a motivação aumentam a capacidade e vontade de estudar e, conseqüentemente, do alcance dos objetivos previamente estabelecidos.

A aprendizagem ativa é centrada no estudante na medida em que o professor-tutor assume o papel de medidor do processo ensino-aprendizagem, considerando as necessidades individuais e o conhecimento prévio já acumulado pelo aluno. O tutor facilita as discussões, a partir do 'todo' do problema, buscando integrar as questões biológicas, sociais, psicológicas e o contexto apresentado (ABREU, 2009).

Nesse sentido a ABP permite criar oportunidades para a aprendizagem ativa ao mesmo tempo em que oportuniza a vivência dos atributos profissionais e de atitudes dos sujeitos (BERBEL, 1998). Possibilita, pois, o desenvolvimento dos atributos e das competências profissionais, capacidades necessárias ao desempenho da prática profissional, uma vez que se fundamenta em experiências concretas e reais vivenciadas pelos estudantes nos serviços de saúde e junto à comunidade. Também na análise de situações de saúde-doença que simulam durante seu processo de formação.

Entretanto sua aplicação consiste em uma opção de todo um corpo docente, administrativo e acadêmico, uma vez que se constitui em toda a estrutura curricular que o aluno vivenciará. Demanda também a qualificação do corpo docente para a utilização desta metodologia, além de adequação na estrutura da Instituição para possibilitar o trabalho em grupos, etc.

Na ABP há uma sequência de problemas, reais ou simulados, a serem estudados pelo grupo de alunos sob a orientação de um tutor, não necessariamente submetidos a algum tipo de intervenção. Os problemas são cuidadosamente elaborados por uma Comissão que será responsável por elaborar tantos problemas quantos sejam os temas essenciais que o aprendizado dos alunos.

Conforme Sakai e Lima (1996, p, 1-2), seguindo as orientações da Faculdade de Medicina da Universidade de Maastricht-Holanda, um “bom problema” deve:

- consistir de uma descrição neutra do fenômeno para o qual se deseja uma explicação no grupo tutorial;
- ser formulado em termos concretos;
- ser conciso;
- ser isento de distrações;
- dirigir o aprendizado a um número limitado de itens;
- dirigir apenas a itens que possam ter alguma explicação baseada no conhecimento prévio dos estudantes;
- exigir não mais que em torno de 16 horas de estudo independente dos estudantes para que seja completamente entendido de um ponto de vista científico (complementação e aperfeiçoamento do conhecimento prévio).

Ao término de um problema, inicia-se o estudo do outro. Para solucioná-lo o aluno ou grupo de alunos necessita recorrer aos conhecimentos prévios, identifica lacunas e adquire novos conhecimentos, além de integrá-los. Desta maneira o aluno é levado a “aprender a aprender” (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 1996; BERBEL, 1998). Esta integração é particularmente positiva no sentido em que para o exercício da prática clínica a integração dos conceitos e habilidades é fundamental.

Conforme Rodrigues e Figueiredo (1996, p. 398), um modelo da aplicação do método da ABP, baseado em Harvard, divide-se em 3 fases:

- Fase I:** ocorre a identificação do(s) problema(s), formulação de hipóteses, solicitação de dados adicionais, identificação de temas de aprendizado, elaboração do cronograma de aprendizado e o estudo independente;
- Fase II:** retorno ao problema, crítica e aplicação das novas informações, solicitação de dados adicionais, redefinição do problema, reformulação de hipóteses, identificação de novos temas de aprendizado e anotação das fontes;
- Fase III:** retorno ao processo, síntese do aprendizado e avaliação.

Conquanto o método de aplicação da ABP tenha diferido entre uma Escola e outra Sakai e Lima (1996) e Rodrigues e Figueiredo (1996) apresentam sete passos para a aplicação desta metodologia:

- (i) esclarecer os termos difíceis ou desconhecidos;
- (ii) listar os problemas;
- (iii) discussão dos problemas (*brainstorming*);
- (iv) resumir;
- (v) formulação dos objetivos de aprendizado;
- (vi) busca de informações, e
- (vii) retorno, integração das informações e resolução do caso.

Durante todas as fases o trabalho é desenvolvido pelo grupo de 8 a 10 alunos, sob a orientação do tutor. Cada grupo terá um coordenador e um secretário, escolhido dentre os alunos, alternando os indivíduos a cada sessão, de maneira a

possibilitar que todos exerçam essas funções. O grupo divide as tarefas na busca de subsídios teóricos que possibilitem a resolução do problema (SAKAI; LIMA, 1996; RODRIGUES; FIGUEIREDO, 1996; BERBEL, 1998).

Destacamos que como decorrência da opção pela Aprendizagem Baseada em Problemas, definem-se novos papéis a serem desempenhados por todos os envolvidos no processo de formação, uma vez que esta metodologia possui características bastante distintas dos moldes tradicionais de ensinar e aprender e da organização curricular a que a maioria quase absoluta das escolas, docentes e discentes estão acostumados.

#### **1.4.2 A Problematização ou Metodologia Problematizadora**

A problematização ou metodologia problematizadora fundamenta-se, especialmente, na perspectiva teórica da pedagogia libertadora de Paulo Freire (BORDENAVE; PEREIRA, 1991; BERBEL, 1998; MITRE, 2008; ABREU, 2009).

A educação problematizadora, conforme Bordenave e Pereira (1991, p. 10), parte do princípio que “uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, transformando-se também no processo”. Nesse sentido os autores propõem a resolução de problemas, a participação ativa dos educandos e o diálogo constante como forma de construir o conhecimento.

Bordenave e Pereira (1991) destacam, entretanto que não se trata de um problema qualquer, elaborado pelo professor para dar conta de um programa de ensino, mas de problemas reais que exigirão a observação direta da realidade em toda a sua complexidade.

Conforme Berbel (1995) a primeira referência a esta metodologia foi a de Charlez Maguerez ao propor a metodologia do Arco para estabelecer os passos para a aprendizagem significativa. Ainda de acordo com Berbel (1998) o Arco de Maguerez, como ficou conhecido, foi apresentado no Brasil pela primeira vez por Bordenave e Pereira, em 1977.

A metodologia do Arco apresenta cinco etapas que são desenvolvidas a partir da realidade concreta ou de um recorte da realidade, conforme esquema abaixo (BORDENAVE; PEREIRA, 1991). São elas: a observação da realidade, a definição de pontos-chave, a teorização, as hipóteses de solução e a aplicação à realidade.

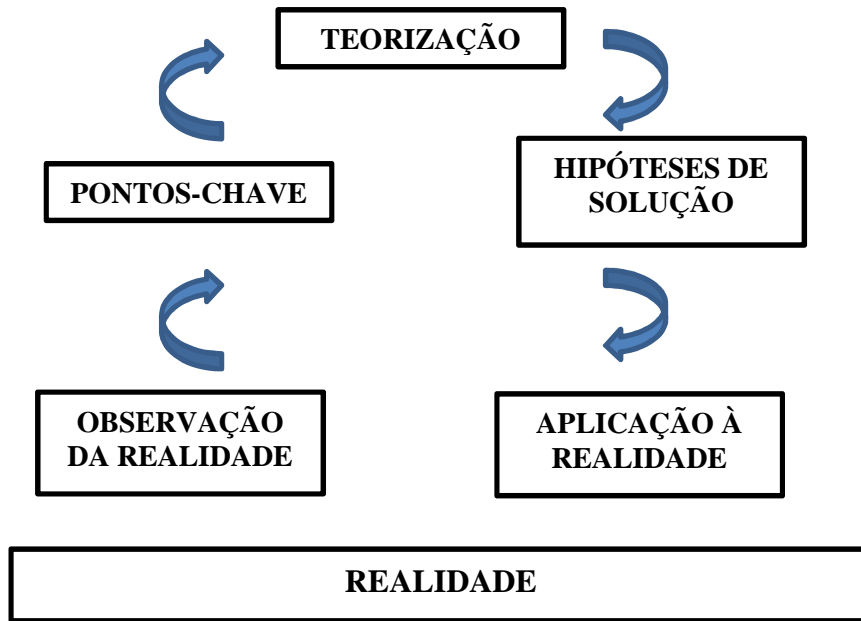


Figura 1: Arco de Magueres  
Adaptado de: Bordenave e Pereira (1991, P. 10).

Este processo segundo Berbel (1998, p. 144) “leva os alunos a exercitar a cadeia dialética ação – reflexão – ação, ou dito de outra maneira, a relação prática – teoria – prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino-aprendizagem, a realidade social”.

A partir das proposições de Freire e Bordenave e Pereira muitos autores tem buscado investigar esta proposta de ensino-aprendizagem. No Brasil, uma das expressões mais consistentes sobre o assunto é encontrada nos textos de Neusi Berbel, doutora em educação e professora do Departamento de Educação da Universidade Estadual de Londrina. Assim optamos por descrever as etapas da metodologia da problematização conforme apresentado por Berbel em sua obra (1995, 1996, 1998, 1999, 2001, 2007).

**A Observação da Realidade (1ª. Etapa):** consiste na observação concreta da “realidade social” pelos alunos. O problema e, respectiva realidade a ser observada, é definido pelo programa de ensino a ser desenvolvido, a partir de um determinado tema ou unidade de estudo.

Ao considerar o aspecto “social” da realidade pode-se inferir que esta metodologia não se aplica ao estudo de “qualquer tema” sendo, portanto, mais adequada a determinados temas do programa de ensino.

Nesta fase os alunos são acompanhados e orientados pelo professor a observar atentamente todos os aspectos implicados (social, político, econômico,

ético, etc.) no problema em estudo bem como registrar sistematicamente suas percepções. Esta observação permitirá a problematização da realidade, ou seja, o enunciado de um problema.

**Definição de Pontos-chave (2ª. Etapa):** Na busca dos pontos-chave os alunos serão levados a refletir sobre as possíveis causas do problema em estudo. Baseiam esta reflexão nas informações que dispõem e passam então a perceber a complexidade dos problemas sociais. Poderão perceber também que existem variáveis mais diretas ou determinantes do problema e outras menos diretas e menos evidentes.

A busca de uma solução para o problema referido exigirá um estudo atento e aprofundado que os conduzirá a uma nova síntese. Durante este processo de reflexão serão identificados pontos ou tópicos essenciais que passarão a ser estudados na etapa seguinte.

**A Teorização (3ª. Etapa):** Nessa etapa ocorre o estudo, ou seja, a teorização propriamente dita, a partir da busca das informações em livros, periódicos, mídia digital, entrevistas com especialistas e outras estratégias que permitam obter as informações necessárias ao estudo aprofundado do problema. As informações são por fim sistematizadas e analisadas quanto à sua real contribuição para a solução do problema

**As Hipóteses de solução (4ª. Etapa):** Após a definição dos elementos encontrados e das conclusões provisórias feitas na etapa anterior os alunos, utilizando uma postura crítica e criativa, elaborarão possíveis soluções para o problema. A construção das hipóteses ocorrerá somente após o profundo estudo e busca da compreensão do problema permitindo investigá-lo de todos os ângulos possíveis

**A Aplicação à Realidade (5ª. Etapa):** Nessa etapa o exercício intelectual é ultrapassado uma vez que os alunos encaminharão ou executarão intervenções na realidade, num exercício de compromisso efetivo com a comunidade. Esta etapa permite a tomada da consciência e o exercício da cidadania pelo aluno.

A relação dialética estabelecida em todo o processo de construção de conhecimentos a partir da aproximação com a realidade, premissa da metodologia problematizadora, possibilita ao educando o exercício da práxis, o desenvolvimento da sensibilidade social e da solidariedade (BERBEL, 1998, ABREU, 2009).

Ao concluir esta revisão sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem é possível afirmar que, ainda que se identifiquem diferenças entre as duas metodologias – a ABP e a problematização – no que se refere à sua operacionalização, a construção do conhecimento para ambas as propostas pressupõem a participação ativa do educando, na mediação pelo docente e pela realidade. Dessa maneira a prática pedagógica que permeia este processo é uma prática que liberta e que se torna significativa na medida em que possibilita a autonomia do educando e seu protagonismo no processo educativo.

Considerando a centralidade das práticas de educação em saúde no cotidiano de trabalho dos enfermeiros e, de como a educação e a saúde se articulam – ou deveriam – para permitir a autonomia e o autogoverno dos sujeitos e das comunidades, buscamos situar esta dimensão no processo de formação dos enfermeiros. Processo este que, como já afirmamos, se inicia na formação superior, mas que exige um movimento constante de ação-reflexão e a construção de competências que possibilitem a mudança de suas práticas.

Entender, pois, como a educação em saúde se concretiza enquanto prática pedagógica nos currículos de graduação em enfermagem poderá favorecer a compreensão do verdadeiro potencial das práticas educativas em saúde e do papel do enfermeiro neste contexto.

## 1.5 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: práticas e espaços nos currículos de graduação em Enfermagem

A partir desta revisão se pretende tecer algumas considerações acerca do papel educativo que o enfermeiro assume no decorrer de sua práxis, uma vez que concordamos com Dilly e Jesus (1995, p. 101) quando as autoras afirmam que “[...] o enfermeiro é o elemento que, em sua formação possui, em maior grau, os requisitos necessários ao desenvolvimento da tarefa de ensinar questões relativas à saúde”.

Uma das condições que possibilita ao enfermeiro manter um papel destacado frente às demandas de ES, provavelmente, deve-se “à valorização das ciências humanas no currículo, bem como a abordagem de aspectos pedagógicos em diversas situações de ensino-aprendizagem dos cursos” (DILLY; JESUS, 1995, p. 101).

Autores como Nakamae (1987), Melo (1987), Almeida (1989), Dilly e Jesus (1995), Saupe (1992; 1998), Meyer (1995; 1998) e Alves (2000), entre outros, têm mostrado preocupação e contribuído no sentido de ressaltar o significado da dimensão educativa na formação e na ação do enfermeiro, preocupação esta que, para Meyer (1998, p. 27), “de forma explícita ou não, permeia grande parte das teorizações na enfermagem em todos os seus níveis de assistência”.

Dessa maneira para Melo (1987) é necessário resgatar a dimensão da educação e da saúde-doença e estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos sociais, percebê-las como práticas sociais articuladas, devendo esta concepção servir para uma reflexão do papel do enfermeiro enquanto integrante da equipe de saúde, bem como da sua práxis visando à intervenção no processo de saúde-doença.

Víctora, Knauth e Hassen (2000), reafirmando essa posição afirmam que,

[...] independentemente do fenômeno biológico, a doença pode ser vista como um fenômeno social, na medida em que só pode ser pensada como tal dentro de um sistema simbólico que lhe define, confere-lhe sentido e estabelece os tratamentos a serem adotados. [...] as representações de saúde e doença de uma dada cultura somente assumem sentido quando relacionadas ao contexto mais amplo no qual se inserem (p. 21).

A ação educativa em saúde pode ser realizada dentro e/ou fora do contexto escolar, utilizando-se de uma abordagem transdisciplinar e indissociável do contexto social, político e econômico onde se dá esse processo. Desta maneira é necessário compreender que a educação e a saúde são práticas sociais, que se articulam, e se modificam conforme as diferenças sociais, econômicas e culturais da população (MELO, 1987).

Para L'abbate (1994) a educação em saúde se concretiza como prática no nível das relações sociais, com e entre os profissionais de saúde, instituições e usuários, no cotidiano de suas ações.

A ES é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, envolvendo áreas como educação e saúde, as quais podem trazer no seu bojo diferentes compreensões de mundo, marcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (BAPTISTA, 2004).

As práticas educativas em saúde surgiram, no Brasil, no início do século XX, voltadas à incorporação de hábitos higiênicos pela população em decorrência de uma proposta impositiva das autoridades sanitárias da época para o enfrentamento de problemas de saúde públicos, em especial de enfermidades transmissíveis que



prejudicavam a balança comercial do país. A partir de 1920 passa a ser denominada “Educação Sanitária” mantendo o caráter normativo voltado para a assimilação de hábitos e comportamentos adequados (LUNELLI, 2006).

A ES, historicamente, foi desenvolvida a partir de discursos higienistas que objetivavam intervenções autoritárias e normalizadoras junto à população (ALVES, 2005). Nesta forma de abordagem da ES, cujo conceito pode-se definir como “modelo hegemônico”, o enfoque é voltado para o controle do processo saúde-doença através da transferência de ‘conhecimentos em saúde’ para a população. Neste modelo a ES é vista como sendo responsável por mudanças comportamentais através da transferência de conhecimentos e redefinição de valores, apenas “sugerindo” que as percepções da população fossem consideradas (TRAPE, 2005).

O campo onde se articulam as práticas de educação e da saúde tem recebido diferentes denominações dentre as quais destacamos: educação sanitária, educação e saúde, educação em saúde, educação para a saúde, educação popular em saúde, entre outras.

A partir, entretanto, da evolução dos conceitos e das práticas, a ES passa a ser considerada um artefato capaz de produzir ação, isto é um processo de trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que ocorra desenvolvimento de juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas (BRASIL, 1996).

Nesse contexto para Candeias (1997, p. 210) a educação em saúde pode ser compreendida como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. Na visão, de L’Abbate (1994) pode ser definida como um tipo de envolvimento (conversas, ensinamentos), feita pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição onde prestam serviços e principalmente, com os usuários, discutindo, sobretudo, seu cotidiano, suas atividades e modo de vida.

Conforme Dilly e Jesus (1995, p. 105) “a educação em saúde é um processo dinâmico em que a pessoa, o grupo e a comunidade aceitam ou rejeitam as novas informações, novos comportamentos frente a um problema de saúde”. Ainda para as autoras,

[...] para se conquistar as condições necessárias à manutenção, promoção, prevenção e recuperação da saúde se deve exercitar a cidadania, se fazer presente nos momentos das decisões que nos afetam direta ou indiretamente, opinar, questionar, reivindicar. Enfim, é preciso o conhecimento e o exercício dos direitos e deveres do cidadão (p.107).

Para Costa e Lópes *apud* Alves (2005, p. 43) “a educação em saúde compõe um conjunto de saberes e práticas direcionados para a prevenção de doenças e promoção da saúde”. Pode ser descrita como uma transação entre o conhecimento científico e o campo da saúde, buscando causar impacto no cotidiano das pessoas.

Entretanto, conforme Buss (2000), a promoção da saúde evidencia um enfoque mais coletivo do que individual, a partir de uma ótica mais ampla voltada para o ambiente físico, social, político, econômico e cultural. Portanto o encargo sobre esta repercussão estaria sob a responsabilidade não somente dos profissionais de saúde, mas também dos movimentos sociais e das organizações populares, políticos e autoridades públicas.

A partir do “diálogo” entre as ações de educação em saúde e de promoção da saúde, é necessário que se considere o papel dos indivíduos e comunidade como corresponsáveis pela sua saúde, pois para Buss (2000), esta prática de incremento do poder por parte das comunidades (empowerment) é indispensável para que se possa alcançar um melhor nível de saúde e para obter êxito nas iniciativas de promoção da saúde.

Nesse sentido a ES pode contribuir para desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para solucionar problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico (SILVA; CAMILO, *apud* TERRA; SECCO; ROBAZZI, 2011).

Também o conceito de ES que defendemos se articula ao conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas em risco de adoecer (BAPTISTA, 2004).

Nessa direção Rosso e Collet afirmam que,

se compreendemos que saúde não é simplesmente a ausência de doença, que novas concepções do processo saúde-doença estão norteando muitas das ações educativas ou pelo menos deveriam estar, então não podemos continuar realizando práticas educativas obsoletas. Faz-se necessário um saber mais sistematizado sobre educação em saúde, vislumbrando práticas que incluam o cidadão no processo enquanto ator social, reflexivo e instrumentalizado com seu saber, para contribuir no processo de mudança social. Não bastam informações, é preciso compreender a comunidade como unidade, criando, no coletivo, propostas capazes de atingir cada um de seus segmentos, segundo suas naturezas e carências (1999, p. 8).

Meyer também contribui para esta compreensão quando afirma que,

[...] ao ocupar-se, fundamentalmente, com o desenvolvimento de sujeitos autônomos, emancipados, saudáveis, conscientes de si mesmos, de seu corpo e da realidade em que vivem, a educação em saúde tem sido enfatizada como instância de formação de mulheres e homens livres, comprometidos (as) com o aperfeiçoamento de sua saúde e com o exercício de sua cidadania (1998, p. 31).

Nesse contexto o profissional da saúde deve agir como um facilitador, criando um ambiente que motive e possibilite que o indivíduo tenha interesse em aprender (MUSINSKI, apud BASTABLE, 2010).

Na contramão desta prerrogativa a presença de atividades de educação em saúde em determinadas áreas é extremamente escassa e ineficaz. Muitas vezes mesmo quando desenvolvidas, são feitas de forma equivocada e inadequada, não oportunizando a interação com o público alvo e gerando poucos resultados positivos.

Para Melo, Santos e Trezza (2005), além da escassez das ações educativas voltadas para a promoção e proteção de saúde, os materiais educativos são direcionados, prioritariamente, para ações de prevenção, através de informação para a população em geral, priorizando a adoção de hábitos de vida saudáveis. Destacam ainda, que as palestras educativas parecem ser as mais prejudicadas sob este enfoque.

O motivo para o déficit da educação em saúde pode estar ligado ao despreparo dos profissionais em realizar esta prática, especialmente, devido a um aporte teórico insuficiente para que os mesmos a compreendam como a melhor forma de desenvolver estas atividades na prática profissional (ROSA, 2006).

Melo, Santos e Trezza (2005), acrescentam que a precariedade de práticas de educação em saúde deve-se, prioritariamente, ao conceito distorcido dos profissionais em relação a este assunto. Apontam também que outro problema nessa prática é que os mesmos, muitas vezes, estão preocupados em buscar a produtividade almejada pelos sistemas de saúde, tais como número de atendimentos, consultas, realização de procedimentos ou atentar para atividades burocráticas e administrativas. Essa precariedade pode também ser decorrente do modelo tradicional biologicista-curativo ainda predominante, da insuficiência ou ausência total de infraestrutura para a realização dessas atividades, falhas no processo de comunicação com a população, despreparo e desmotivação dos profissionais ou, mais provavelmente, de um conjunto de fatores associados e interligados (COSAC, apud MOURA; SOUSA, 2002).

Dessa maneira, reafirmamos que uma visão de educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, planejamento e ações de avaliação, a reorientação dos serviços de saúde que visem ao autocuidado e à incorporação de comportamentos e/ou valores relacionados para a promoção da saúde, para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na 'promoção e no empoderamento do homem'.

O conceito de *empoderamento*<sup>5</sup> tem sido caracterizado como um processo de ação social onde as pessoas exercem controle sobre suas vidas em consonância com as outras, isto é, uma habilidade de tomada de decisão, considerando conhecimento do contexto político-social e o conhecimento dos recursos individuais e da comunidade. (TRENTINI; CUBAS, apud CUNHA, 2010).

Assim como a ES, também o *empoderamento* constitui-se como um termo multifacetado, apreendendo o caráter múltiplo, individual e coletivo, presente nos processos de mudanças em organizações, comunidades e na sociedade (CUNHA, 2010).

Neste sentido, Freire (2001) ressalta que a tarefa fundamental do educador e da educadora é:

[...] uma tarefa libertadora. Não é para encorajar os objetivos do educador e as aspirações e os sonhos a serem reproduzidos nos educandos, os alunos, mas para originar a possibilidade de que os estudantes se tornem donos de sua própria história. É assim que eu entendo a necessidade que os professores têm de transcender sua tarefa meramente instrutiva e assumir a postura ética de um educador que acredita verdadeiramente na autonomia total, liberdade e desenvolvimento daqueles que ele ou ela educa. (p.78).

A sociedade contemporânea se caracteriza pela participação crescente das transformações e inovações tecnológicas na mediação de todas as dimensões das relações sociais e apresenta um desenvolvimento dinâmico e complexo (XAVIER, 2000). Desse modo a formação profissional em nível superior:

[...] exige a construção de relações com o conhecimento que levem ao efetivo domínio de seus fundamentos e, não apenas à assimilação das possíveis aplicações momentâneas. Ao mesmo tempo, na perspectiva do homem que se emancipa [...] apresenta-se a necessidade da relação com o conhecimento que incorpore a historicidade de sua elaboração, os

---

<sup>5</sup> Cunha (2010) afirma que nas últimas décadas diversos autores tem estudado o *empowerment* (empoderamento) uma vez que este trata de liberdade de escolha, direito à informação e esclarecimento da saúde pelas pessoas. Ainda segundo a autora a obra de Paulo Freire retrata este conceito, especialmente, a partir da concepção da educação libertadora.

contornos epistemológicos em que cada área se insere e, ainda, os impactos exercidos sobre a sociedade e a cultura (XAVIER, 2000, p.10).

Nessa direção, entretanto, é necessário reconhecer que para que os profissionais de saúde cumpram o seu papel de educadores, independente de qual seja seu público, devem ter uma base sólida, principalmente nos princípios de ensino e aprendizagem (BASTABLE, 2010).

A formação de um profissional competente, necessário às novas condições econômicas, políticas, sociais e culturais do país exige um preparo adequado. As dimensões técnica, ética, política e social da educação tornam-se os elementos norteadores das propostas de ensino.

Desse modo, o ensino de enfermagem enfrenta o desafio de preparar profissionais enfermeiros que se identifiquem com uma prática de saúde comprometida com as transformações sociais e com a educação para a cidadania (BAPTISTA, 2004).

É necessário, portanto, compreender, de acordo com Moreira e Candau (2007, p. 21):

[...] o potencial que o currículo possui de tornar as pessoas capazes de compreender o papel que devem ter na mudança de seus contextos imediatos e da sociedade em geral, bem como de ajudá-las a adquirir os conhecimentos e as habilidades necessárias para que isso aconteça.

Freire (2004) afirma que práxis educativa se dá pela relação ação-reflexão. Ressalta que toda a prática educativa implica uma teoria educativa, já que para ele não pode haver a separação entre a teoria e prática.

Provavelmente uma possibilidade de o enfermeiro desenvolver os saberes necessários ao processo educativo aliado à sua práxis é incluir nos currículos de graduação disciplinas específicas que trabalhem as questões relacionadas ao ensino (BAPTISTA, 2004).

Partindo desta premissa há que se buscar um processo contínuo de reflexão sobre a formação, considerando a teoria e a prática das ações de saúde. Para tanto convém ter em mente como os currículos oficiais para a formação de profissionais da saúde e, em especial dos enfermeiros, têm sido inspirados, historicamente, por uma perspectiva positivista de ciência, onde o conhecimento é organizado em disciplinas isoladas em que se verifica o aumento da especialização à medida que o aluno vai avançando na sua formação.

Reafirmamos que o enfermeiro, é o profissional que mais possui atributos para desenvolver a educação para a saúde. Por essa razão, ele possui papel fundamental na educação em saúde, tanto na saúde individual, como das coletividades. Desta maneira, no decorrer da sua formação deve receber capacitação suficiente para desenvolver tais ações (DILLY; JESUS, 1995; BASTABLE, 2010). Nesse sentido é necessário conceber a formação do enfermeiro a partir de novos paradigmas educacionais que o preparem para atuar de maneira integrada com os outros profissionais, na educação formal e informal, visando à melhoria das condições de saúde da população através de uma educação emancipatória e em busca do exercício pleno da cidadania, considerando o aprender, o ensinar, o espaço onde ocorre a educação, os sujeitos envolvidos e, direcionando seu trabalho para a real finalidade da enfermagem, que é o cuidar.

Para tanto, se torna necessária, a disposição de referencial teórico, que amplie o conhecimento dos acadêmicos em assuntos, como promoção e prevenção da saúde, juntamente com educação em saúde, evidenciando a importância das orientações aos pacientes e familiares, tanto em saúde coletiva, quanto em áreas hospitalares e promovendo educação continuada e permanente com a equipe (ROSA et al., 2006). Para as autoras o tema educação em saúde, contraditoriamente, ainda é tratado nos cursos de graduação, de forma muito superficial. Este problema deve ser refletido e revisado, para que possam ser implantadas formas didáticas eficientes para auxiliar os acadêmicos a construir um conhecimento mais consistente.

Ainda segundo Saupe:

[...] duas possibilidades têm sido utilizadas: o oferecimento de disciplinas pedagógicas específicas nas várias etapas do curso e/ou a inclusão de unidades didáticas em alguns Planos de Ensino. Acreditamos que uma terceira possibilidade, híbrida, que articule os modelos já vigentes, oferecendo disciplinas específicas, mas permitindo que todas as matérias recuperem e aprofundem o papel educativo do enfermeiro, terá maiores possibilidades de abordagem e abrangência (1999, sp.).

Defendemos, da mesma forma, que preparar os enfermeiros para atuar frente às demandas de educação em saúde dos indivíduos e coletividades é essencial na formação do enfermeiro. Por esta razão, incorporar a dimensão da educação em saúde, ao currículo do curso de enfermagem, quer seja como disciplina específica, conteúdo de aprendizagem ou prática profissional é indispensável.

O espaço de construção do corpo de conhecimentos que qualifica a formação do enfermeiro assume, portanto, importância nesta reflexão. O conhecimento aqui postulado é aquele que capacita o enfermeiro a participar do processo de educação de homens e mulheres a fim de torná-los autônomos e independentes, capazes de se autocuidar com o mínimo de intervenção dos profissionais da saúde e/ou de seus familiares. É preciso, entretanto, compreender que este conhecimento “é historicamente situado e, ainda que tenha como característica a objetividade, não é de modo algum neutro” (RIOS, 1993, p. 56). Compreender, pois, como este conhecimento se constrói pressupõe compreender quais as teorias e quais experiências sustentam o processo de formação.

Desta maneira, uma das questões que deve nortear nossas reflexões é o quanto estamos próximos ou afastados da concepção de educação em saúde que desejamos.

## 2 JUSTIFICATIVA

No que diz respeito à formação do enfermeiro, profissional que participa de ações que vão desde a assistência individual e/ou coletiva, até o planejamento e gestão da área, perpassadas por atividades de educação em saúde e produção de conhecimento, as demandas oriundas do SUS orientam a formulação de projetos políticos pedagógicos para o desenvolvimento de recursos humanos necessários a sua concretização. Nesse contexto, é mister acompanhar como as diretrizes em questão vêm sendo compreendidas e implementadas na proposta pedagógica das instituições que formam os enfermeiros, a fim de garantir a assistência à saúde dentro da perspectiva do SUS.

A pesquisadora vem atuando desde o início dos anos 2000 como docente junto ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Feevale e, nesse espaço, as inquietações que a acompanharam durante a formação acadêmica e início da trajetória profissional, se tornaram mais presentes. Somente que desta vez está “do outro lado”. Estar do outro lado, ao mesmo tempo em que inquieta, impulsiona a buscar a formação necessária para o fazer educativo.

Essa necessidade conduziu à busca pelo Mestrado em Educação. Os estudos realizados foram motivados e motivadores pela e para a busca por uma compreensão mais abrangente das questões relacionadas com a dimensão pedagógica, inerente à práxis da Enfermagem e de como estas estão incorporadas aos currículos de graduação em Enfermagem.

Da mesma forma, os momentos de formação pedagógica oportunizados pela Instituição de Ensino Superior (IES) onde atua, as discussões sobre as propostas curriculares, bem como o trabalho como coordenadora de curso contribuíram para que, ao mesmo tempo em que algumas dúvidas fossem sanadas, reforçar a necessidade de um aprofundamento teórico ainda maior.

A busca pela continuidade da formação acadêmica em nível de doutorado foi balizada pelo constante questionamento sobre o real espaço da educação em saúde no fazer dos enfermeiros e, em especial, sobre a qualidade da formação oferecida em nível superior que capacite este profissional a atuar frente às demandas no seu cotidiano.



A UFRGS, através dos diferentes programas de pós-graduação oferecidos pela Escola de Medicina, ciente de sua responsabilidade com a formação de profissionais que possam compreender e desenvolver sua prática alicerçada em novos paradigmas, bem como reconhecendo a dimensão educativa necessária à qualificação e ao exercício das profissões da saúde assume a proposta de implantar um PPG em Educação e Saúde. Entretanto face aos critérios de avaliação externos e a inexistência de corpo docente capaz de sustentar tal proposta de Programa, após muito debate se chegou à proposição de um “Projeto de Pós-graduação em Educação e Saúde”. Tal proposta permitiu o ingresso de acadêmicos de outras áreas da saúde, além da medicina. Destaca-se que a orientação dos acadêmicos é realizada por um docente vinculado aos PPG da Faculdade de Medicina e outro ao PPG da Faculdade de Educação, além da possibilidade de convidados externos que tenham afinidade com a temática do estudo (MANFROI et. al, 2007).

Os trabalhos oriundos deste Projeto deveriam priorizar, inicialmente, os temas relacionados às mudanças curriculares desencadeadas pela aprovação das DCN, e a conseqüente proposta de formação por competências, além das discussões referentes aos novos cenários e às metodologias de ensino e aprendizagem que privilegiem a participação dos educandos (MANFROI et. al, 2007).

Assim, incorporando a premissa de que os profissionais de saúde são imprescindíveis para a implementação de novos paradigmas no modelo de saúde brasileiro, estabelece-se a importância de uma formação de qualidade em sintonia com as políticas públicas de atenção à saúde e, conseqüentemente, com as DCN e que proporcionem uma perspectiva de inserção das competências e habilidades no processo de formação inicial dos profissionais que passarão a integrar o cenário de saúde.

A inserção da pesquisadora neste Projeto possibilitou um espaço de discussão com outros atores e certamente ampliou as inquietações que se somam à sua trajetória profissional e docente que a levam a refletir sobre a necessidade de formação dos enfermeiros para além da dimensão técnica de sua atuação. Considerando esta assertiva e a sua relação com a formação inicial oferecida pelos Cursos de Graduação em Enfermagem, estabeleceu-se a seguinte questão: **as propostas pedagógicas e curriculares, dos cursos de graduação em enfermagem, guardam coerência com os pressupostos da DCN,**

**especialmente, no que se refere ao desenvolvimento da competência para a atuação do enfermeiro na educação em saúde?**

No contexto de elaboração das DCN/ENF, especialmente em meados da década de 1990 e início dos anos 2001, diversas entidades se envolveram, tanto aquelas voltadas à formação superior como às vinculadas ao mercado de trabalho. Nesse movimento se destacam, em especial, as ações desenvolvidas pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional) e suas regionais na organização de eventos e fóruns de discussão com os profissionais e educadores que possibilitassem a elaboração do texto final da DCN/ENF. Esta articulação, entretanto, não se encerrou com a publicação da Diretriz para a formação dos enfermeiros. Houve desdobramentos como a criação dos Fóruns das Escolas de Graduação em Enfermagem organizados pelas secções da ABEn, nas diferentes regiões do país.

No Rio Grande do Sul, o Fórum das Escolas mantém atividades sistemáticas de discussão e elaboração das propostas curriculares e, sua consequente implantação e implementação. Nesse sentido, na tentativa de delimitar o universo de investigação, se definiu por incluir no estudo os cursos que participam sistematicamente do referido Fórum buscando compreender, também, como este espaço de reflexão coletiva contribui para as propostas curriculares vigentes no Estado.

### **3 OBJETIVOS**

Apresentamos a seguir os objetivos deste estudo

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

O objetivo geral deste estudo busca analisar a coerência entre o que está proposto na DCN e as propostas pedagógicas e curriculares dos cursos de graduação em enfermagem, nas Instituições de Ensino Superior (IES), com ênfase no desenvolvimento da competência para a atuação do enfermeiro como educador em saúde.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- compreender quais os espaços curriculares e quais as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas no processo de formação dos enfermeiros, para o desenvolvimento de competências para atuar na educação em saúde;
  
- analisar a percepção dos docentes sobre o papel do Fórum das Escolas promovido pela ABEn – RS.

## **4 MÉTODO: O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO**

Entendendo a formação profissional como um espaço de formação humana, de busca da competência técnica, científica, política e social, através de uma postura reflexiva e participante de todos os atores envolvidos, definiu-se a proposta metodológica ora apresentada.

Para responder às questões que motivaram este estudo e, no sentido de delimitar o universo de pesquisa, definiu-se como espaço de interlocução os Cursos de Graduação em Enfermagem que são oferecidas pelas Instituições de Ensino Superior (IES) cujos coordenadores de curso participam do Fórum das Escolas promovido pela ABEn-RS. A atividade deste Fórum possibilita um processo ativo de discussão sobre a formação básica dos enfermeiros.

### **4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

A natureza do estudo e seus objetivos foram determinantes na definição da abordagem metodológica. Nesse sentido a ênfase em uma pesquisa qualitativa foi definida, na medida em que o estudo propõe como ponto de partida a perspectiva dos sujeitos e a imersão do pesquisador no contexto, buscando interpretar e compreender os fatos na sua dimensão cotidiana.

A pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva dos sentimentos e subjetividades e pretende entender as experiências humanas em seu contexto natural, estando o próprio pesquisador aí inserido e, portanto, também capaz de influenciá-lo (TRIVIÑOS, 1987).

Goldim (2000) complementa que a pesquisa qualitativa é basicamente descritiva, nela, fala-se das experiências humanas. Esse tipo de pesquisa se baseia na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas somente é possível quando se descreve a experiência humana da forma como ela é vivida e como ela é definida pelas pessoas. Essa abordagem é capaz de oportunizar um conhecimento aprofundado de um evento, que possibilite a explicação de comportamentos uma vez que os fenômenos observados são repletos de significados (VICTÓRIA; KNAUTH; HASSEN, 2000; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Assim buscamos seguir um caminho que nos aproxime dos sujeitos e nos permita compreender quais os significados atribuídos, por estes, ao fenômeno estudado.

#### 4.2 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Atualmente existem 32 cursos de graduação em enfermagem no RS, oferecidos por IES públicas, privadas e comunitárias. Considerando o problema e objetivos da investigação optou-se por investigar os Cursos de Graduação em Enfermagem, vinculados ao Fórum das Escolas organizado pela ABEn-RS. Além disto, foram incluídos apenas os cursos que já tenham integralizado totalmente seu percurso formativo após a implantação das DCN. Selecionou-se, inicialmente, 10 cursos cujos coordenadores participam sistematicamente das atividades do referido Fórum, compondo desta maneira uma amostra intencional uma vez que os respondentes foram escolhidos dentre aqueles que estavam disponíveis.

Para a realização do estudo foi encaminhada à presidente da ABEn-RS, uma solicitação para seu desenvolvimento, juntamente com a proposta do trabalho. A partir do primeiro acolhimento foram apresentados, aos coordenadores de curso os objetivos e a proposta de investigação.

Os interlocutores escolhidos compuseram, na totalidade, um grupo de aproximadamente 10 cursos, respectivos coordenadores e docentes da disciplina de Educação em Saúde ou correlatas. Também foram analisados os Projetos Pedagógicos dos referidos cursos

Destaca-se que do número previsto inicialmente se obteve a participação de seis cursos. Os cursos participantes da amostragem foram assim distribuídos: Três (03) são oferecidos por Universidades Públicas e três (03) por Universidades Comunitárias.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E REGISTRO DOS DADOS

Considerando os aspectos metodológicos relativos à coleta e análise dos dados, foi utilizada a análise documental dos Projetos Político Pedagógicos dos

Cursos. Estes documentos foram analisados na tentativa de resgatar a orientação que apresentam com relação à proposta de formação de enfermeiros na IES.

Para Lüdke e André (1986),

[...] embora pouco explorada não só na área de educação como em outras áreas de ação social, a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (p. 38).

De acordo com Yin (2005, p.112), a análise documental “corroborar e valoriza as evidências de outras fontes”. Entretanto, o uso da documentação deve ser cuidadoso, pois os documentos não podem ser aceitos como registros literais e precisos dos eventos ocorridos, e seu uso deve ser planejado, para que sirvam para corroborar e aumentar as evidências vindas de outras fontes (Yin, 2005).

Conforme Silva (1996, p. 179) o currículo consiste “no conjunto de todas as experiências de conhecimento proporcionadas aos/às estudantes e está no centro da atividade educacional”, de modo que não podemos reduzi-lo somente a um documento. Nesse sentido é necessário reconhecer que a análise do PPP precisa ser entendida nas suas limitações. Desta maneira estes documentos foram analisados, enquanto documento oficial, numa tentativa de identificar como os conteúdos e as experiências formativas são distribuídos ao longo do curso. Destaca-se que mesmo considerando os limites desta análise, registramos a importância dos dados que conseguem expressar.

Complementarmente a esta perspectiva Saupe, (1999, sp.) afirma que é importante um olhar “[...] relativo à distribuição destes conteúdos e experiências ao longo do curso”.

Para a coleta de dados com os docentes, seguindo o enfoque qualitativo, foi utilizada a entrevista semiestruturada como principal instrumento, na qual os fatos e as percepções vão se construindo ao longo do trabalho, oferecendo perspectivas para a espontaneidade e a liberdade necessárias tanto ao investigador como para o entrevistado, permitindo à pesquisadora recolher informações através da ‘fala’ dos atores sociais.

Entretanto, para Minayo (2001, p.108) a entrevista semiestruturada “[...] não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada”. Nesse sentido,

para o direcionamento do estudo as entrevistas seguiram um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora (APENDICE B e C).

A entrevista foi marcada na própria Universidade origem dos participantes do estudo o que permitiu a pesquisadora conhecer também o *lócus* de trabalho dos professores. As entrevistas iniciavam-se com a apresentação pessoal da pesquisadora, uma breve apresentação do projeto e de seus trâmites. Além disso, foi apresentada cópia do Parecer do CEP e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As contribuições dos docentes foram registradas em fitas-cassete, com prévia autorização escrita destes. Associadas à gravação, foram feitas anotações e registros considerados importantes para a análise do material empírico coletado.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Feevale, com prévia autorização da SISNEP/CONEP, no sentido de seguir as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Após a aprovação do projeto pelo CEP (Parecer nº 4.04.02.11.2149) foi feito contato com os possíveis participantes da pesquisa, conforme critérios de inclusão e exclusão já descritos anteriormente.

Apresentou-se, individualmente, a cada participante os objetivos do estudo, garantindo o anonimato e a participação livre e espontânea no estudo, além da isenção de qualquer ônus por participarem da pesquisa. Os participantes foram também informados que os dados investigativos poderão ser utilizados para publicação de artigos, porém, respeitando o anonimato das pessoas e das instituições.

Cada entrevistado recebeu o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), em duas vias de igual teor, ficando uma das vias de posse do entrevistado e a outra, com a pesquisadora. Ressalta-se que todo material oriundo desta pesquisa ficará arquivado durante cinco anos e após este tempo, será incinerado.

A partir da análise dos dados investigativos optou-se por fazer uma mudança no título do trabalho o que também foi submetido à aprovação do CEP.

## 4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise do material empírico seguiu os pressupostos da Análise de Conteúdo que conforme Bardin (2011) consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

O conjunto de princípios orientadores deste recorte empírico foi definido a partir do quadro teórico e do próprio material coletado através das entrevistas, análise dos PPP. Desse modo, buscou-se estabelecer categorias que permitiram a construção e reconstrução em uma perspectiva de *análise-síntese-descrição-interpretação*. Essas categorias orientaram a análise dos dados.

As etapas utilizadas na análise do material empírico seguiram a orientação de Bardin (2011):

- **Pré-análise (1ª. etapa):** após a gravação das entrevistas, foi realizada a degrevação e leitura flutuante das mesmas, com anotações de ideias-chave ao longo da transcrição, estrutura dos trechos extensos, descoberta de pontos em comum entre os participantes e também, na busca da variação natural.

- **Exploração do material (2ª. etapa):** os dados narrativos uma vez coletados, foram reduzidos do texto original por meio de codificações temáticas, por indexação manual, criando assim um arcabouço inicial para a análise e discussão dos resultados (categorias), com base no referencial teórico. A codificação partirá do texto para desenvolver um conjunto de categorias e também da literatura. Após o procedimento de codificação teórica será realizada a análise global dos dados, obtendo assim uma visão geral do tema do texto a ser analisado. A fase seguinte será marcada pelos conceitos particulares ou os enunciados centrais das falas obtidas.

- **Tratamento dos Resultados obtidos e interpretação (3ª. etapa):** Nesta etapa os resultados brutos foram submetidos à análise e as informações obtidas colocadas em relevo. Posteriormente foi feita a interpretação dos dados.



## 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Buscando possibilitar a compreensão do universo empírico que fez parte deste estudo apresentaremos inicialmente os participantes do estudo e indicando como eles serão nominados ao longo deste capítulo. Sequencialmente serão apresentadas as categorias que surgiram durante o processo de organização e análise dos dados qualitativos.

### 5.1 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A inclusão dos cursos e respectivos docentes, neste estudo, foi definida a partir da participação dos cursos no Fórum das Escolas mantido pela ABEN-RS. Frequentam as reuniões do Fórum aproximadamente 10 coordenadores de curso ou docentes representantes destes.

Buscando assegurar o anonimato das instituições utilizamos, durante o texto, a seguinte denominação: Curso 1, Curso 2, e assim sucessivamente, para identificar os cursos de graduação.

As falas dos coordenadores de curso foram identificadas com a letra C seguida do número correspondente, ou seja, C1 (Coordenador do Curso 1), C2 (Coordenador do Curso 2), e assim sucessivamente. Para as falas dos professores das disciplinas de Educação em Saúde e correlatas adotou-se a Inicial P seguida do número correspondente, ou seja, Professor do Curso 1 (P1) e assim sequencialmente.

Assim ao nos referirmos a Curso1, C1 e P1, nos referimos ao grupo de informações empíricas, oriundas da análise de documentos e das falas dos entrevistados de um mesmo curso.

Os docentes que participaram do estudo constituíram um grupo de 11 professores, composto pelos seis coordenadores de curso e cinco professores das disciplinas de Educação em Saúde.

Este grupo foi composto predominantemente por enfermeiras corroborando com a própria história da profissão e com os achados de outros pesquisadores que,

ao longo dos últimos anos, tem tomado como objeto de investigação a própria enfermagem e a formação dos enfermeiros.

### 5.1.1 Os cursos de graduação em enfermagem

Participaram desta investigação seis (6) cursos de graduação em enfermagem, dos 10 cursos anteriormente delimitados pelos critérios de inclusão.

No que se refere ao tempo de implantação dos cursos e, conseqüente, período de atividades na formação de enfermeiros identificamos que o Curso3 teve sua implantação, no ano de 2006, ou seja, após a publicação da DCN que ocorreu no ano de 2001. Destacamos que este curso surgiu de uma demanda da região onde está instalado e contou com o apoio de outras duas IES públicas que possuíam longa tradição na formação em enfermagem. Assim, mesmo que a implementação do curso tenha se dado em 2006, o conhecimento acumulado e a experiência vivenciada em outros períodos pode ter afetado também a proposta curricular implantada. Registramos que o currículo implantado em 2006 já foi totalmente integralizado uma vez que a sua duração é de quatro (4) anos.

O Curso4 foi implantado em 1997, após a determinação das alterações no currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem, estabelecidas pela Portaria nº. 1721/94.

Os demais cursos possuem entre 37 e 62 anos de atividade (Tabela 01) e, portanto, vivenciaram diferentes orientações legais para a formação superior no país. Destacamos que o Curso2 foi implantado no ano de 1957, em uma instituição de ordem religiosa e, somente em 1970, passou a compor o rol dos cursos da referida IES.

**Tabela 01 – Período de implantação dos cursos de graduação em enfermagem**

<b>Curso</b>	<b>Ano de implantação do curso</b>	<b>Número de anos de atividade na formação</b>
Curso1	1950	62 anos
Curso2	1970	42 anos
Curso3	2006	06 anos
Curso4	1997	15 anos
Curso5	1975	37 anos
Curso6	1955	57 anos

Fonte: BAPTISTA, 2011. Pesquisa direta.

Considerando o tempo de existência e, a partir das visitas às IES e entrevistas com os coordenadores, identificamos que alguns destes cursos possuem docentes que atuam há muitos anos na instituição e que viveram as diferentes fases da formação do enfermeiro de acordo com a legislação vigente em cada período.

Quanto à carga-horária (CH) a ser cumprida pelos acadêmicos todas as propostas estão adequadas ao Parecer do CNE/CES Nº 213/2008 que indica uma CH mínima de 4000 horas para a formação do Enfermeiro, conforme identificamos na Tabela 02.

Curso	CH do curso	Categoria Administrativa da IES	Região onde está inserida
Curso1	4.230	Pública - Federal	Leste
Curso2	4300	Comunitária	Nordeste
Curso3	4.055	Pública - Federal	Oeste
Curso4	4.220	Comunitária	Noroeste
Curso5	4.095	Pública - Federal	Central
Curso6	4.811	Comunitária	Central

**Quadro 02 – Caracterização dos cursos investigados**

**Fonte: BAPTISTA, 2011. Pesquisa direta**

O Curso3 possui a menor CH, correspondendo a 4055 horas e, o Curso6, possui 4811 horas constituindo a maior CH de integralização curricular. Buscou-se também identificar a categoria administrativa, conforme definido pelo MEC, bem como a região do estado onde se localiza a IES. Observa-se que três (3) IES são classificadas como Públicas Federais e três (3) como Comunitárias.

## 5.2 AS CATEGORIAS ANALÍTICAS: reflexões sobre a formação dos enfermeiros

O conjunto de princípios orientadores deste recorte empírico definiu-se a partir do quadro teórico e do próprio material coletado através das entrevistas e análise dos PPP. Desse modo, foram estabelecidas algumas categorias que permitiram a construção e reconstrução em uma perspectiva de *análise-síntese-descrição-interpretação*. Essas categorias orientarão a análise dos dados e estão registradas no quadro a seguir:

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Categoria 1 – Os currículos dos cursos de graduação em enfermagem: espaços de convergências e afastamentos da Diretriz Nacional</b>	<i>A formação por competências: alcances e limites desta proposta</i>
	<i>Estratégias pedagógicas: espaços de ensino e de aprendizagem</i>
<b>Categoria 2 – A consciência da práxis educativa na formação dos enfermeiros: desafios e perspectivas dos docentes</b>	
<b>Categoria 3 – Reflexões e contribuições de um grupo de professores para a qualificação da formação dos enfermeiros: O Fórum das Escolas</b>	

**Quadro 03 – Categorias Analíticas**

**Categoria 1 – Os currículos dos cursos de graduação em enfermagem: espaços de convergências e afastamentos da Diretriz Nacional**

A elaboração da DCN, para a formação dos enfermeiros foi construída coletivamente, tendo como representantes da enfermagem a ABEn Nacional e regionais, na interlocução com as IES e pautada pelas orientações do Conselho Nacional de Educação/MEC.

Este documento orientador aponta para um novo processo formativo, que deve ser pautado pelo desenvolvimento de competências profissionais, construção coletiva dos projetos pedagógicos, na inserção precoce do aluno no campo de atuação profissional, articulação entre academia e serviço e, no protagonismo do aluno no processo de construção do conhecimento, entre outros.

Para responder a questão de pesquisa buscamos a partir da análise de documentos e das entrevistas com os docentes, avaliar as aproximações e distanciamentos das propostas curriculares em curso nas IES com os pressupostos da DCN.

Assim inicialmente questionamos os coordenadores dos cursos se, na sua percepção, a proposta curricular vigente na instituição contemplava às orientações contidas na DCN. Conforme cinco deles as adequações necessárias para atender aos pressupostos da diretriz já foram realizadas. Registramos alguns relatos neste sentido.

*Essa proposta curricular acerca das diretrizes curriculares nacionais, foi uma das grandes discussões que houve. Essa aproximação está bem relacionada com o que a gente expressou nos próprios objetivos dos próprios ciclos de aprendizagem [...]. Esses objetivos estão relacionados com as diretrizes, principalmente voltado para essa questão da gente buscar um pouco mais dessa aproximação do aluno com os cenários de aprendizagem, essa questão mais voltada para a problematização (C2).*

*Esse currículo que está vigente agora, ele foi implantado em 2005 e ele começou a ser discutido em 2001, exatamente em função das novas diretrizes (C5).*

*Este currículo novo, que iniciou em 2010, já atende as Diretrizes Curriculares Nacionais, então vem ao encontro do que está proposto lá na resolução e a gente vem trabalhando, assim, dia a dia, para atender essas especificidades (C4).*

Entretanto uma das entrevistadas destaca que ainda que tenha sido elaborado um PPP alinhado à DCN há um currículo diferente no cotidiano das atividades acadêmicas. Em sua opinião:

*O PPC como está hoje está bem adequado, [...] ele está bem justo à DCN, mas na prática acho que deixa a desejar. Ele está bem adequado no papel, teoricamente, mas na prática a gente tem que avançar muito mais (C5).*

Identificamos que apenas um dos cursos ainda não concluiu a reformulação curricular para atender plenamente a DCN, mas está em processo de discussão da nova proposta a ser apresentada à direção da IES para posterior implantação. Segundo a coordenadora:

*Essa mudança curricular ela começou em 2009 para atender às diretrizes curriculares de 2001. Nós já tínhamos feito algumas adaptações no curso e no projeto pedagógico, mas relacionado ao estágio curricular e algumas adaptações de alguns conteúdos. Agora nós estamos fechando o nosso currículo novo e, justamente, buscando atender a todas as características das diretrizes (C1).*

Ao falar dos distanciamentos da proposta curricular vigente nossa depoente aponta que “*tem algumas coisas que estão; não é só uma ou outra*” (C1). Dentre estes distanciamentos ela destaca a formação por competências e, principalmente, as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas pelos docentes.

*[...] A preocupação de que cada conteúdo, cada disciplina, cada atividade de ensino tenha que trabalhar as competências, as habilidades e as atitudes. [...] A gente sabe que tem que fazer isso, mas agora está descrito em uma diretriz, então isso muda a posição do professor e a responsabilidade, esse eu acho que ainda está um pouco afastado e isso que nós vamos tentar aproximar. [...] Eu acho que a gente ainda trabalha dentro de um conteúdo, dentro de uma forma ainda muito tradicional (C1).*

Registramos que ainda que a proposta curricular vigente não tenha sido adequada integralmente à DCN publicada em 2001, algumas adequações foram sendo introduzidas, tais como a reformulação da estrutura do estágio curricular e

respectiva carga horária, adequação de conteúdos e disciplinas e, mudança da centralidade da formação oferecida focada no paradigma hospitalar-curativo para um modelo que contemple, prioritariamente, a atenção primária de saúde (APS).

*[...] tivemos uns dois ou três momentos em que a gente foi adaptando, já pensando nas diretrizes, mas como a nossa mudança era mais ampla tinha coisas que a gente queria mudar, mas a gente não mudou porque precisava de outras mudanças, então o que a gente pôde a gente já adaptou e agora a gente está fechando (...) mas o nosso era mais hospitalar, isso antes de 2007 era bem hospitalar (C1).*

Durante a análise dos PPP foi possível observar que todos os cursos apontam uma forte aderência ao perfil profissional do enfermeiro expresso na DCN, ainda que existam diferentes nuances deste perfil, associadas aos princípios político-filosóficos das IES onde estes cursos estão inseridos.

Desta maneira podemos observar que ainda que a DCN indique o caminho às IES, estas marcam sua identidade, conforme os registros a seguir:

Enfermeiros com iniciativa, críticos, autônomos, transformadores e competentes para o exercício da enfermagem, enquanto profissionais que entendem o seu papel na sociedade, dotados de competências individuais e coletivas e que concebam a saúde como um direito de cidadania (Curso2).

*[...] é um gerador e consumidor de pesquisa, implicando com o aperfeiçoamento técnico-científico, com a evolução do conhecimento, da práxis da enfermagem e da saúde (Curso1).*

*[...] apto para atuar em todas as dimensões do cuidado, quais sejam, preventiva, assistencial, gerencial, pesquisa, consultoria, auditoria, assessoria, emissão de parecer sobre matéria de enfermagem, educação e na área de trabalho, prevenindo doenças, promovendo e recuperando a saúde (Curso4).*

Também os coordenadores corroboram com esta impressão e indicam que, provavelmente, a maior aproximação entre a DCN, e as propostas curriculares, expressas no PPP e presentes na prática docente se relaciona ao perfil do egresso.

*Pela experiência, percepção, compreensão, o perfil ele está de acordo, ele busca um profissional então com habilidades e competências humanas, de reflexão, de problematização de situações reais na tentativa de formar não “um” Enfermeiro, mas um Enfermeiro que consiga “pensar as suas atribuições” (C3).*

*Então esse currículo está bem ajustado às diretrizes ele inclusive objetiva o perfil do formando, se tu leres as diretrizes e o nosso PPP, são praticamente iguais; assim está bem dentro das diretrizes (C5).*

Contrariamente o coordenador do Curso4 expressa que a maior dificuldade do curso têm sido, efetivamente, em relação ao alcance do perfil desejado para o egresso. Segundo ele:

*Eu acho que neste momento a maior dificuldade que a gente tem é em relação ao perfil (...) realmente, porque a nossa (...) nossa região é uma região (...) dá para se dizer com um nível cultural diferente, então para a gente tentar, junto à nossa população, aos nossos alunos traçar realmente este perfil, [...], a gente acaba tendo a dificuldade maior em relação ao perfil (C4).*

A principal causa para esta dificuldade, para ele, está relacionada às lacunas que este aluno traz da educação básica.

*São dificuldades de aprendizado lá da base [...] em conhecimentos que são básicos: matemática, ciências, português. Para que ele possa ter uma compreensão melhor daquilo que ele está procurando lá para seu futuro, [...] às vezes a leitura de um texto, a interpretação de um texto, ele ainda tem dificuldade. Esta dificuldade permanece, às vezes, ao longo do curso inteiro (C4).*

As dificuldades inerentes à própria IES, o pouco tempo de implantação do curso e a postura do corpo docente são destacadas como geradores de afastamentos da proposição da DCN, como no depoimento abaixo:

*Acredito que as lacunas (**se referindo ao curso**) elas se dão nos campos de espaços onde ocorre realmente, por exemplo, nós temos uma caracterização própria de uma Universidade que é interior, que é nova e que dificulta o entendimento dos próprios espaços onde a gente vai atuar como prática, por exemplo, então, o que eu quero te dizer, tu tentar formar este Enfermeiro reflexivo, ou com condições, competências e habilidades (...) para se desenvolver na prática, nós temos um bloqueio ainda por que a gente está avançando em buscar campos, e eu acho que isso talvez fosse uma dificuldade, mas talvez por uma característica específica ainda da Universidade. Claro, podemos ter ainda dificuldades do próprio Corpo Docente, por que entre o estabelecido e o real às vezes a gente foge (C3).*

A construção coletiva do projeto pedagógico do Curso está prevista no Art. 9º da DCN:

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. (BRASIL, 2001, p 05).

Buscamos compreender a partir da fala dos coordenadores como se deu o processo de organização dos novos PPP que foram implantados ou que ainda estão em processo de implantação, como é o caso em uma das IES. Ficou evidente nas entrevistas dos coordenadores o papel que assumiram os docentes e os discentes na elaboração dos PPP. Este processo tem sido, segundo eles, uma experiência ímpar de discussão e construção coletiva, de possibilidade de mudança dos rumos da profissão.

Uma das professoras entrevistadas amplia esta percepção ao afirmar que há uma preocupação do grupo de docentes com a construção coletiva de uma proposta não apenas para o curso, mas para a enfermagem enquanto profissão. Ela afirma que *“nós temos trabalhado sempre pautados nas diretrizes curriculares para a Enfermagem e num projeto político para a profissão” (P5).*

A percepção dos entrevistados sobre a representatividade, a participação e a postura dos docentes durante este processo é registrada a seguir:

*Nosso colegiado é muito potente acho que é um colegiado muito envolvido com a formação, muito preocupado com a formação e, nós temos no colegiado a representação de todos os semestres, então é muito ampliado (P5).*

*Nós estamos já há um bom período de construção desse projeto, desse processo todo já temos o documento aprovado, enfim, porem a gente identifica que existe uma necessidade constante de fazer com que essa verificação seja feita assim num espaço comum, um espaço coletivo, então nós temos reuniões mensais com todo o grupo de professores e nós temos reuniões quinzenais com o colegiado e nesse colegiado fazem parte os professores coordenadores de áreas (C2).*

*[...] se eu te disser que é uma adesão de cem por cento, não é. Ela começou mais baixa e aí a coisa começou a tomar corpo, as mudanças curriculares começaram a tomar corpo, então, eu vou te dizer que eu, como coordenadora dessa comissão, fiquei bem contente com a adesão dos professores (C1).*

A necessidade de discutir teoricamente os pressupostos da formação tem mobilizado os docentes no sentido de, efetivamente, constituir um colegiado que possa determinar os padrões de formação desejados, em consonância com a DCN:

*Houve uma grande discussão até porque ele se enquadrava em questões que a gente não tinha ainda muito domínio especialmente das áreas de saúde coletiva, saúde pública, então a gente fez uma construção coletiva até para que ninguém se sentisse com material pronto. Então estamos aqui em torno de três semestres, um ano e meio, fazendo essa construção coletiva, com seminários, com apoio pedagógico externo, enfim do núcleo de formação e orientação aos professores da Universidade, que acabaram auxiliando nesse aspecto político-pedagógico versus o nosso conhecimento, o nosso domínio diário digamos assim (C2).*

*Agora com a reformulação curricular mais ainda por que se está sempre pensando em como fazer, mas a gente ainda tem bastante dificuldade de fazer essa liga entre os semestres, entre as disciplinas, entre os conteúdos, mas o colegiado tem essa preocupação permanente de acompanhar esses alunos, ver como eles estão indo, de avaliar resultados (P5).*

Para a coordenadora este é um processo muito enriquecedor, pois, segundo ela:

*[...] a gente vai trabalhando questões que aparecem no cotidiano e depois com o grupo de professores a gente retoma, a luz sempre do projeto*



*político-pedagógico no sentido de estar sempre reafirmando qual era mesmo a luz, quem mesmo a gente estava tentando seguir? [...] tem sido assim, constantemente discutido, principalmente o alinhamento das disciplinas numa tentativa da gente tentar transformar grandes conteúdos de forma que ele seja trabalhado transversalmente (C2).*

Entretanto as discussões parecem estar ainda muito focadas nos PPP e ocorrem de maneira bastante formal durante as reuniões do colegiado como percebemos na fala de uma das docentes da disciplina de educação em saúde.

*Tem discussões por disciplinas, mas assim quando precisa, mas não de maneira sistemática, não poderia te dizer que isso é uma prática corrente no curso. É quando precisa, precisou fazer o instrumento de avaliação, precisa agora para reforma curricular, acho teria que fazer mais discussões sobre isso (C5).*

*Nós temos as reuniões de semestre, de ano, a nossa coordenadora procura articular juntamente com a reconstrução do nosso projeto, mas eu sinto a necessidade de discutir esse pressuposto: **se essa educação está sendo transformadora** (grifo nosso). [...] gostaria que fosse não só para discutir o projeto, mas que fosse também discutido o planejamento dos conteúdos, numa forma natural; ela é discutida quando é em pauta, quando vem muito formal (P6).*

Contraditoriamente ao comprometimento dos docentes a inserção dos discentes nos colegiados e no processo de construção e implementação das propostas curriculares não tem obtido a mesma adesão. Nossos interlocutores apontam uma baixa participação na maioria dos colegiados ainda que existam mecanismos que assegurem este espaço de representatividade estudantil.

Identificamos que talvez a participação dos alunos, em alguns colegiados, esteja condicionada às situações que impliquem mudanças que os atinjam individualmente, tais como mudanças na carga-horária total ou de práticas/estágios, uma vez que este fato parece ter sido determinante na participação dos estudantes em outros períodos.

*Em 2009, eles entenderam e participaram muito por que ia mexer no currículo deles e eles ficaram muito apavorados, inclusive houve uma mudança grande em 2009, mas depois os alunos meio que se acomodaram e eu vou dizer que a adesão é mínima, mínima... A gente tem convidado, é aberto, tudo, mas eles não têm se manifestado (C1).*

Esta falta de adesão dos discentes no espaço de discussão e construção coletiva das propostas formativas, em nossa opinião, contraria a premissa de formação de um sujeito dotado de competência política e compromisso social. Nesse sentido acreditamos que esta atitude poderá ser determinante na definição da postura que o egresso adotará na sua prática profissional.

Ao finalizarmos esta categoria é possível afirmar que as propostas curriculares vigentes nas IES, ao mesmo tempo em que guardam ampla coerência à DCN, desvelam diferentes orientações teóricas e concepções pedagógico-filosóficas as quais direcionam suas práticas, e as diferenciam, fundamentalmente, buscando formar profissionais capazes de enfrentar as demandas de saúde de sua região de inserção.

Revelam também a preocupação com a efetiva participação dos diferentes integrantes da comunidade acadêmica, ou seja, dos professores e alunos, no processo de reflexão sobre a formação proposta na DCN e que culmine na mudança das propostas curriculares vigentes.

- ***A formação por competências: alcances e limites desta proposta***

A formação por competências consiste em um dos aspectos centrais das DCN para a formação profissional no Brasil. Esta proposta decorre das mudanças no campo do trabalho e chega à formação superior no final dos anos 1990 e início dos anos 2000. As transformações decorrentes dos novos modelos de produção exige um profissional com maior capacidade crítica e reflexiva, dotado de competências que permitam atuar em um cenário complexo e capaz de aprender constantemente.

Buscando, pois, a formação do enfermeiro alinhada com esta proposta a DCN no seu **Artigo 6º** estabelece que:

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem (BRASIL, 2001, p. 4).

Pautado por este direcionamento analisamos os PPP buscando identificar as competências gerais e específicas previstas para a formação dos enfermeiros nas IES. Durante esta análise identificamos que todos os PPP apresentam, de uma forma ou outra, as diferentes competências e habilidades gerais e específicas elencadas na DCN. Destacamos alguns registros extraídos destes documentos.

O Curso de Graduação em Enfermagem da [...], pautado na Resolução CNE/CES nº03/2001, que dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, tem como objetivo desenvolver no educando as seguintes competências e habilidades gerais:

- I - Atenção à saúde; II - Tomada de decisões; III – Comunicação; IV – Liderança; V - Administração e gerenciamento; e, VI - Educação permanente (Curso1; Curso2).

A formação do profissional Enfermeiro deverá estar voltada para desenvolver as competências requeridas para sua atuação no Sistema de Saúde vigente; deve ter como competência básica, agir interativamente com os demais profissionais, e com capacidade de pensar criticamente; propor soluções viáveis e criativas para os problemas (Curso3).

Oportunizar ao aluno o desenvolvimento de habilidades e competências relativas a relacionamento interpessoal, comunicação, liderança e tomada de decisão no processo de cuidado e gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem (Curso5).

O desenvolvimento das competências, associado ao perfil do profissional a ser formado, constitui a centralidade das ações pedagógicas dos cursos, independentemente do modelo curricular<sup>6</sup> adotado pela IES. Registramos o depoimento a seguir que ilustra esta percepção.

*A gente pensou tanto no sentido de tentar fazer a coisa fosse grande no sentido de competência, [...] então a disciplina precisa escolher algumas competências que ela esteja vinculada. É claro que não tem como dar conta de todas, por isso para cada ciclo (**falando sobre o modelo curricular**) a gente definiu algumas competências (C2).*

Porém, ao questionar aos docentes sobre as competências que se busca desenvolver durante o processo formativo do acadêmico parece haver uma grande dificuldade destes de identificá-las e mesmo de conceituação. Muitos ao se referirem a elas descrevem o perfil do egresso, denotando uma baixa apropriação do texto da DCN e do próprio documento norteador do Curso.

*Atendendo o perfil do enfermeiro generalista [...] que ele tenha conhecimento sobre todas as áreas e que dentro dessas áreas ele seja um profissional crítico e reflexivo, mas que também atenda, principalmente, as demandas do SUS, [...] ter esse perfil muito mais em relação à prevenção, à recuperação, à promoção da saúde (C4).*

*Tem que ser um enfermeiro crítico reflexivo. Tem que ser um enfermeiro que tenha autonomia dentro da unidade de saúde onde ele está trabalhando; tem que ser um enfermeiro capaz de fazer uma comunicação com a sua equipe. Esta comunicação ela tem que ser verbal e não verbal. Esse enfermeiro ele tem que saber se relacionar. São competências que a gente principalmente trabalha em todos os semestres (C6)*

No que se refere às competências gerais, prioritariamente, foram citadas pelos coordenadores a comunicação, a atenção à saúde e o trabalho em equipe, conforme registramos abaixo.

*Processo de comunicação foi uma das coisas que a gente trabalhou muito (C1).*

<sup>6</sup> Denominamos aqui de "modelo curricular" a organização do processo de formação dos acadêmicos por disciplinas, ciclos, módulos ou núcleos temáticos, entre outras possibilidades definidas pela IES.

*Identificar que competências ele precisa ter, por exemplo, de comunicação (C2).*

*Comunicação com a sua equipe. Esta comunicação ela tem que ser verbal e não verbal (C6)*

*No sentido mais geral aqui principalmente sobre as questões de saúde e doença, de necessidades de saúde dos indivíduos (C2).*

*[...] a interdisciplinaridade, [...] a competência de trabalhar em equipe [...] as habilidades na rede básica era algo que não estava muito sedimentada com os nossos alunos (C1).*

As demais competências gerais, ou seja, a tomada de decisão, a liderança, a administração e gerenciamento e, a educação permanente não foram destacadas nas falas. Este fato traz uma preocupação em relação à perspectiva da formação integral do enfermeiro para atender as diferentes demandas da atividade profissional. Não podemos, entretanto, afirmar que estas competências não sejam trabalhadas nas diferentes disciplinas do currículo uma vez que as informações aqui apresentadas são oriundas das falas de nossos entrevistados.

Parece que uma das principais fragilidades é a própria concepção do que são competências e/ou habilidades. A dificuldade de entendimento parece incluir tanto docentes como os discentes de maneira bastante similar.

*Eu acho que tem colegas que nem tem clareza do que são competências e o que são habilidades. [...] a gente vê assim, até nas próprias reuniões que se fez sobre o currículo quando a gente fala tem alguns colegas que ficam assim sem saber do que se está falando, eu acho que com dúvidas, muita confusão o que é competência e habilidade. [...]. Eu acho que é uma questão mesmo conceitual, de coisas novas que foram trazidas (C5).*

*No início eu observei uma dificuldade de entendimento, de habilidades e competências essas palavras que são chaves. O aluno não entendia o que era habilidade e o que era competência e de certa forma os professores estavam apresentando alguma dificuldade de trabalhar com eles, então nós nos mobilizamos (C6).*

O depoimento de uma das entrevistadas reforça esta percepção, pois para ela a competência precede a habilidade indicando certa inversão da amplitude do que seja a competência profissional, conforme identificamos em seu depoimento.

*A competência é formada já desde o primeiro (referindo-se ao primeiro semestre do curso) [...] e vai se tornando uma habilidade no decorrer do curso (P6).*

Contraditoriamente à compreensão da professora, Perrenoud (1999) afirma que a competência constrói-se com a prática, pois é inseparável da formação de esquemas de mobilização de conhecimentos para permitir a realização de uma

determinada ação. Ainda para ele não é possível construir esquemas sem um processo de treinamento e de experiências práticas que serão tão mais eficazes quanto mais associadas a uma postura reflexiva por parte do sujeito.

Identificamos que os coordenadores e respectivos colegiados têm adotado diferentes estratégias no sentido de ampliar as discussões que possibilitem uma maior apropriação teórica dos docentes e discentes sobre a formação pretendida.

*A gente pensa para com o próximo currículo, paralelo à implantação, fazer capacitação sistemática dos docentes porque a gente sente assim muita falta nesta questão didático-pedagógica (C5).*

*Para ele tenha já essa ideia de competência (**falando do aluno**) a gente começou a expressar isso nos nossos planos de aula, nossos projetos de disciplina para que ficasse já, de certa forma na mente do aluno. Enfim, que ele fosse entendendo que essas competências [...] então a gente discute com ele, retoma no meio do semestre enfim tenta fazer até no fim uma retomada para identificar o que daquilo foi possível e que não foi, numa tentativa até de que ele tenha aquela auto compreensão do processo (C2).*

*[...] quando a gente começou a discutir eles se tranquilizaram, porque conseguiram claramente ver o que é uma habilidade o que é uma competência, porque não fica muito claro para as pessoas às vezes. A Diretriz não é muito clara [...] (C6).*

A formação do enfermeiro a partir deste novo paradigma, porém não ocorre de maneira simples e espontânea. Ao contrário ele exige um grande trabalho do professor, de reflexão e busca de novos conhecimentos, que possibilitem atuar frente a esta complexidade como afirmam os docentes.

*Isso exige do professor que busque novos domínios, se atualize, discuta (C2).*

*[...] Fizemos discussões, leituras, discutimos nas três instâncias (**referindo-se aos professores, ao NDE, e ao colegiado**) [...] e nos propomos, nós os professores, a assumir isso (C6).*

*A reestruturação curricular foi importante, porque na verdade ela obrigou os professores a se debruçarem com novo olhar para cada disciplina do currículo e, principalmente, para as disciplinas novas (P2).*

*Exige dos docentes uma busca permanente de qualificação, tanto pela desconstrução do processo formativo, que formou o ser docente (**se referindo às experiências que os professores tiveram durante sua própria formação**), desconstruindo as práticas, algumas conservadoras, uma busca por essa qualificação (P6).*

Ainda que tenham assumido a nova proposta de formação baseada no desenvolvimento de competências os docentes entrevistados manifestam preocupação com o resultado final uma vez que, segundo eles, ainda não há informações que permitam fazer esta análise, uma vez que a maioria das propostas

curriculares organizadas a partir das orientações da DCN ainda não foi totalmente integralizada.

*Poxa será que isso dá certo mesmo? Porque de fato é uma mudança muito grande, é algo que se tem que ter um desprendimento forte, tem que acreditar realmente que o aluno tem potencial (C2).*

*Se isso vai dar certo no futuro, pra nós ainda é uma incógnita, é tudo novo, é um currículo que tem um ano e meio, está completando o segundo ano, mas já tem dado respostas bem positivas (C4).*

Esta preocupação reflete provavelmente o compromisso ético dos docentes que consiste para Freire (2000, p. 14) “em um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate e a análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa”.

- **Estratégias pedagógicas:** espaços de ensino e de aprendizagem

O artigo 6º da DCN em seu inciso 2º indica que “este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente” (BRASIL, 2001, p. 4).

Considerando a centralidade das estratégias de ensino e aprendizagem adotadas durante a formação inicial do enfermeiro para o desenvolvimento de um perfil que possibilite o permanente desenvolvimento das competências e habilidades necessárias à prática profissional e de uma postura crítica, reflexiva, autônoma e comprometida com a sociedade, buscamos investigar as orientações dos PPP sobre este tema, bem como a percepção e o fazer docente.

Assim registramos a seguir algumas orientações registradas dos projetos dos cursos. Destacamos que no sentido de preservar o anonimato dos participantes os nomes das IES forma suprimidos.

A metodologia adotada deve possibilitar a ação-reflexão-ação, proporcionando o diálogo como uma prática essencial no processo, levando os docentes e discentes a discutir a realidade (Curso3).

O processo ensino-aprendizagem do curso de enfermagem da [...] se dá pelo desenvolvimento de metodologias ativas e criativas, que privilegiam a problematização, a contextualização e a formação por competências, conforme descrito nos propósitos de cada semestre do curso (Curso6).

A opção metodológica adotada pelo Curso de Enfermagem da [...] parte da concepção de aprendizagem como um processo que ocorre pelo encadeamento entre a realidade do aluno, a compreensão desta realidade, a construção do conhecimento a partir dela e o seu potencial de transformação. O aluno deve ser incentivado à descoberta, à participação, à experimentação, assim como a avaliação e questionamentos constantes das diferentes situações em que possa se encontrar (Curso2).

As diretrizes pedagógicas que deverão nortear a formação do profissional científica, tecnológica, política e culturalmente são aquelas que venham atender ao perfil almejado e que desenvolvam neste o compromisso com a transformação dos modelos assistenciais. Estão centradas em metodologias que enfatizem a construção do conhecimento ao invés da transmissão e que levem o aluno a questionar o processo ensino-aprendizagem e o contexto em que está inserido (Curso5).

Durante as entrevistas também observamos uma forte preocupação dos docentes com a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem como estratégia para a formação do enfermeiro. As principais estratégias citadas são a problematização, as rodas de conversa e os projetos de intervenção.

*A gente tem buscado, principalmente, a questão da metodologia problematizadora (C2).*

*É uma preocupação de todo o curso utilizar metodologias ativas de alguma forma, às vezes, um pouco mais sistematizada ou menos, mas o fato é que todos os docentes consideram que o aluno responsável pela construção desse conhecimento, que ele é autor, que ele é sujeito. Essas concepções a gente tem (P5).*

*Dentro das metodologias, dentro do espaço de cada sala de aula, o que está proposto no PPC, que são as aulas expositivas dialogadas, as rodas de conversa que a gente está trabalhando bastante agora, que também é uma metodologia nova, moderna, contemporânea. Então a gente tem trabalhado muito com as rodas de conversa, com as rodas de discussão e também com os projetos de intervenção (C4).*

*Utilizo a metodologia ativa: faço uma problematização inicial sobre o conteúdo específico, às vezes utilizo um filme; [...] a roda de discussões (P6).*

*Nosso PPC orienta a proposta pedagógica da problematização, então está muito bem escrito, bem colocado. Desta maneira em todas as disciplinas eles trabalham com estudos teórico-práticos. Trazer a prática, fazer o Arco de Magueréz. Esta é a proposta do PPC a prática problematizadora; a prática docente pautada nas experiências. Tem muito da questão de Freire no nosso currículo (C5).*

*Então ele faz a prática, faz o projeto de intervenção e depois, no final do semestre, ele apresenta esse projeto de intervenção, com a participação do enfermeiro da prática, junto com o professor coordenador e com o grupo de alunos (C4).*

Entretanto, o uso de Metodologias Ativas de aprendizagem parece sofrer influências em relação ao tipo de organização curricular onde se observa a divisão de conhecimentos em ciclo básico e profissionalizante conforme o relato abaixo:

*A gente tem muito problema com o básico ainda, até pela própria natureza do que eles trabalham. Os professores não trabalham muito (**falando das Metodologias Ativas**), então os alunos quando chegam ao profissionalizante meio que estranham, também fazem a crítica inversa: Eles deviam relacionar mais com a prática. Então tem essa discrepância que a gente quer discutir agora na reforma curricular da disciplina dos básicos, do ciclo básico, mas no ciclo profissionalizante a gente trabalha com a questão do ensino pautado na prática (C5).*

Outro aspecto fortemente assinalado nos PPP e nas falas dos docentes se refere à importância de inserir precocemente o acadêmico na realidade social e de saúde, como forma de assegurar a aprendizagem significativa do educando e o desenvolvimento da cidadania.

*Vivência da prática, que se configura no encontro entre o sujeito da aprendizagem e a realidade social. Caracteriza-se pela oportunidade de realizar tarefas e sistematizá-las, favorecendo uma reflexão sobre essa ação com o questionamento de que prática social é essa. Isso propicia a exposição e exploração dos valores dos estudantes, inerentes à prática profissional, com consequente exposição dos conhecimentos, atitudes e habilidades, entendidas como saberes prévios (Curso2).*

*Diversificar os cenários de aprendizagem buscando propiciar aos acadêmicos o conhecimento do sistema e das políticas de saúde, e das inúmeras possibilidades de intervenção em saúde, considerando a importância da inter-relação e integração com os serviços de saúde e com a população através de programas de extensão e pesquisa, objetivando aproximar conteúdos, temas, objetos de investigação dos problemas relevantes para a sociedade local (Curso3).*

*Introduzir precocemente os alunos à realidade de saúde local e regional considerando as atividades práticas propiciando, assim, a relação teoria-prática e a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão (Curso5).*

*A nossa ideia é formar um sujeito capaz de intervir nessa realidade com qualidade, fazendo a diferença na vida das pessoas e acho que temos avançado muito (P5).*

*Acho que dessas formas, uma das formas que a gente pode destacar é o contato deles, **bem no início do curso, com a prática**. Embora eles não tenham um conhecimento específico de todas as áreas do conhecimento, a partir do primeiro semestre, segundo semestre, eles já têm atividades em campo (C4).*

Assim percebe-se o reconhecimento de que a construção do conhecimento, necessário à ação do enfermeiro, se dá no interior da práxis. Ou seja, é na relação entre a academia e o mundo do trabalho que ocorre a formação da competência profissional.

Surge nas falas, a preocupação quanto à necessária postura e envolvimento dos docentes e discentes para a concretização destas propostas metodológicas:

*As metodologias ativas, eu acho que nós estávamos mais atrasadas, por que é uma mudança do professor e isso, essa mudança de professor, é uma coisa mais “pesada” [...] (C1).*



*A gente tem buscado, principalmente, a questão da metodologia problematizadora. Isso é um grande passo que a gente está tentando dar porque realmente ele requer do professor e do aluno um envolvimento muito grande e a gente sabe que, infelizmente, nem todo o mundo tem essa possibilidade (C2).*

*Isso realmente é um processo difícil tendo em vista a nossa educação fundamental e o ensino médio, ou seja, da forma como eles acabam chegando até a universidade, e como eles entendem que a Universidade é. Eles precisam que os professores deem isso para eles [...] é algo que a gente tem tido uma enorme resistência, uma enorme dificuldade (C2).*

*Usar tecnologias e metodologias ativas a gente sabe que tem algum senão, porque se precisa de um tempo, o aluno precisa de um tempo para entender esse processo. Ele vem ainda muito formado com aquela ideia de que ele precisa decorar coisas, que ele precisa devolver coisas (P5). A gente ainda tem dificuldade de fazer o aluno estudar mais, buscar por conta dele, eu acho que isso ainda é uma coisa que a gente tem muito enraizado, que teria que trabalhar mais (C1).*

Evidencia-se a partir dos registros a necessidade, por um lado, de um docente que busque constantemente identificar as dificuldades dos educandos, criando oportunidades e reorientando a trajetória do aluno quando necessário e, do outro, de um educando que assuma efetivamente o protagonismo no seu processo de aprendizagem.

Destacamos, entretanto, ao analisar os dados investigativos à luz do referencial teórico, que mesmo estando registrada na maioria dos PPP bem como nas falas dos docentes parece não haver um entendimento efetivo da operacionalização e amplitude da metodologia da problematização no processo de ensino-aprendizagem.

A necessidade de estabelecer a interlocução entre os saberes acadêmicos e os saberes construídos no campo da prática profissional para a qualificação da formação do enfermeiro também é prevista nos PPP.

*Considerar a possibilidade de avaliações e reflexões que incluam trocas de experiências entre alunos, professores, profissionais e comunidade, tendo em vista que esta visão coletiva e complementar pode contribuir enormemente com a formação do enfermeiro (Curso2).*

*Possibilitar a avaliação participativa, com troca de experiências entre alunos, professores e profissionais dos serviços, considerando a possibilidade de serem coparticipes nas reflexões, decisões e na busca de alternativas para a formação do enfermeiro (Curso3; Curso5).*

Ainda que exista o direcionamento do PPP e a preocupação dos docentes com a integração academia-serviço percebe-se que persistem dificuldades para sua concretização.

*Ainda ela não é a ideal (falando sobre a articulação com Enfermeiro do serviço), nem a que nós pensamos, porque existem parâmetros políticos, parâmetros econômicos, e até a própria limitação da Universidade que ainda está em fase de estruturação, que impede que a gente avance como a gente quer e na proporção que se quer, mas eu acredito que em longo prazo nós teremos mais esse envolvimento do Enfermeiro. Ele já tem, ele já existe, mas ainda é restrito, ainda não posso dizer que ele seja um Enfermeiro que já avalie nosso aluno ou que já participe. Participa comedidamente, falamos assim, com certa precaução ainda, não é tão expansivo (C3).*

*Nós temos uma rede básica precária ainda, nós tivemos muitos problemas em relação com ao PSF [...]. A gente tenta e busca essa formação dentro da realidade que se dispõe e por isso ela sofre também todas as interferências dos movimentos políticos e sociais, troca governo municipal, tem alteração, troca Secretario de Saúde, tem alteração na formação [...] (P5).*

As principais dificuldades relatadas pelos professores estão relacionadas com a própria organização e maturidade da Universidade e com a estrutura da rede de atenção à saúde o que certamente pode fragilizar as experiências vivenciadas pelo acadêmico, comprometendo a qualidade do processo de formação.

## **Categoria 2 – A consciência da práxis educativa na formação dos enfermeiros: desafios e perspectivas**

Buscamos identificar na matriz curricular dos cursos as disciplinas de educação em saúde e/ou aquelas que guardam relação direta com este assunto ou temática.

Assim listamos no quadro a seguir as disciplinas, os critérios de obrigatoriedade ou não do aluno cursá-la e, a carga-horária, respectivamente.

Curso	Obrigatória	Disciplina Complementar de Graduação (DCG)	CH
Curso1	Educação e Saúde	-	30h
Curso2	Educação e Processos de Aprendizagem em Saúde <sup>1</sup>	-	<sup>1</sup> 30h
	Tecnologias Educativas em Saúde <sup>2</sup>		<sup>2</sup> 60h
Curso3	Educação Permanente em Saúde para a Prática Profissional <sup>1</sup>	Educação e Saúde <sup>2</sup>	<sup>1</sup> 15h
			<sup>2</sup> 30h
Curso4	Enfermagem na Promoção da Saúde	-	30h
Curso5	-	Educação e Saúde	30h
Curso6	Educação em Saúde	-	34h

**Quadro 04 – Disciplinas de Educação em Saúde**

Fonte: BAPTISTA, 2011. Pesquisa direta.

Observa-se no Quadro 4 que há a inclusão de disciplinas voltadas para a temática da educação em saúde na totalidade dos cursos investigados. Entretanto, destacamos que a carga-horária bastante reduzida prevista nos PPP para trabalhar este componente específico, provavelmente, fragiliza o desenvolvimento de habilidade e competências voltadas à dimensão educativa da práxis do enfermeiro.

Apresentamos as orientações contidas nos PPP relativas ao papel educativo do futuro enfermeiro a ser formado:

- Projetar ações de educação em saúde em todos os níveis: promoção, prevenção, manutenção, recuperação, reabilitação, compensação de danos e atenuação; - educar em e na saúde em busca do aperfeiçoamento profissional constante (Curso2).
- 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 (Curso3; Curso6).
- Participar como sujeito no processo de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de Enfermagem; - planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde considerando a especificidade apresentada pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos sociais considerando os distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento; - identificar as necessidades educativas da população e ser o agente de promoção da saúde, bem como o mobilizador das ações em saúde contribuindo assim para a formação da consciência sanitária, social e política da população (Curso5).

Ao questionar os docentes se há espaços prioritários para o desenvolvimento de competências educativas observamos que há convicção de que a Saúde Coletiva assume esta centralidade na ação-formação do futuro enfermeiro.

*A gente incluiu na disciplina de Saúde Coletiva, que é a primeira disciplina que o aluno tem prática (C1).*

*Eu acho que ela tem um marco inicial na Enfermagem na Promoção da Saúde e aí ela vai culminar no Estágio Supervisionado de Conclusão do Curso. Porque culminar, porque começa na Enfermagem na Promoção da Saúde, que é no terceiro semestre, perpassa pela Coletiva I, no quarto semestre, Coletiva II, no quinto, Coletiva III, que é no sexto, Coletiva IV, que é no sétimo e aí no Estágio Supervisionado, que é nos últimos semestres.*

*Nesses espaços eles vão a escolas, eles vão a creches, eles vão a Unidade Básica, eles vão à estratégia (**falando da ESF**) então eles têm um contato diário, vamos dizer assim, com a comunidade e eles têm que trabalhar com a Educação e Saúde (C4).*

*Hoje eles têm no curso cinco coletivas. Então com esse número de coletivas eles estão percebendo, porque as práticas de todas as disciplinas, elas são feitas na comunidade, [...] então está havendo uma mudança de perfil desse aluno depois que houve aumento das práticas de coletivas (P4).*

*Nós temos feito um esforço de incluir temas e atividades de educação em saúde ao longo dos oito semestres do nosso curso, mas efetivamente alguns semestres a gente consegue um pouco mais de relevância na temática e, em outros um pouco menos. Isso é bastante claro. Na perspectiva dos docentes também ainda existe uma dicotomia bastante grande, entre quem são os do hospital e quem são os da saúde coletiva e, portanto, quem são os que trabalham em educação em saúde e quem são os que trabalham com saúde hospitalar (P5).*

Meyer (1998, p. 31) contribui para este olhar quando afirma que “na área da enfermagem, essa compreensão mais crítica da articulação entre educação e saúde é enfatizada, predominantemente, no âmbito da Saúde Coletiva”.

Enquanto diretriz legal, os PPP orientam a proposta de formação de modo a prever que o discente desenvolva as habilidades e competências necessárias à práxis educativa do enfermeiro. Considerando, entretanto, as múltiplas interpretações e os diferentes modos de operacionalizar a proposta pedagógica questionamos nossos interlocutores sobre a real percepção dos docentes acerca do papel educativo do enfermeiro.

*Então acho que educação em saúde é um das grandes possibilidades da gente se sustentar enquanto um trabalhador e evidenciar autonomia, competência, mas eu acho que ela é extremamente complexa porque envolve valores, crenças, cultura, [...] envolve esse trabalho de minimizar nossa prepotência enquanto trabalhador que sabe, em valorizar o saber popular, a cultura dos outros, a compreensão dos outros (P5).*

*[...] se tu não tens uma familiaridade com o tema, parece que é mais simples do que se imagina e, ao mesmo tempo, quando tu tens acesso, e alguns têm mais acesso, valoriza. Diria que daí tu tem outro olhar (P4).*

*A Educação e Saúde foi motivo de discussão, de conversa nessas mudanças curriculares e o que a gente tem visto é que esse conteúdo de Educação e Saúde ele é mais amplo, ele dá continuidade numa licenciatura (falando da necessidade do enfermeiro buscar a formação específica para o fazer docente) (C1).*

*Nós tivemos há pouco tempo a reestruturação curricular do curso e nesse momento foram discutidas as habilidades necessárias para o enfermeiro atuar em todos os âmbitos de atuação profissional possível e nas diferentes dimensões de atuação profissional, uma delas a educativa. Então neste momento discutimos muito a questão das habilidades e competências que os enfermeiros devem ter para poder atuar na educação em saúde em coletividade ou mesmo na educação em saúde individual e houve um aumento de percepção dos professores enquanto coletividade, enquanto grupo, a respeito da necessidade e importância dessas competências (P2).*

*Nosso colegiado é muito potente acho que é um colegiado muito envolvido com a formação, muito preocupado com a formação e, nós temos no colegiado a representação de todos os semestres, então é muito ampliado, e a gente tem sempre em pauta essa preocupação (falando da educação em saúde) (P5).*

A importância dos conhecimentos pedagógicos na formação dos acadêmicos é reafirmada e reconhecida pelos professores. Nesse sentido propõem a qualificação da formação dos acadêmicos a partir da efetiva articulação entre a área da saúde e da educação.

*A gente pretende no currículo novo incluir uma disciplina ministrada pela Pedagogia como já havia anteriormente – era Didática Aplicada à Enfermagem – para que eles trabalhem com o pessoal da educação mesmo essas coisas. Que não fique só com a gente (C5).*

Provavelmente, o espaço da Didática Aplicada à Enfermagem garantisse uma condição curricular e organizacional para a aprendizagem dos saberes pedagógicos necessários à profissão. Fundamentalmente revela o valor da dimensão educativa no desempenho do enfermeiro.

Nesse sentido fica evidente que os docentes valorizam este aspecto na formação dos acadêmicos. Os discursos apontam também o esforço no sentido de superar a dicotomia entre o processo do cuidar e o de educar. Entretanto ainda que apontem um aumento da percepção dos docentes sobre a educação em saúde referem-se à necessidade de que os professores possuam conhecimentos que permitam trabalhar com estes conteúdos de maneira mais aprofundada. Segundo elas é necessário:

*Capacitação dos professores para entender as disciplinas, mas não só para isso, também para entender toda a complexa rede de relações que existe na questão que nós guardamos sob a expressão “educação em saúde” (P4).*

*O corpo docente precisa se aprofundar e o professor que ministra esta disciplina tem que ser capacitado (P2)*

A falta de formação dos enfermeiros-docentes é percebida como um problema no processo de formação da dimensão educativa na ação do enfermeiro. Parece que esta maior identificação com o tema ocorre com os professores que realizam ou realizaram estudos em nível de pós-graduação na área da Educação.

*Nós temos um grande problema, ou seja, professores preparados para trabalhar com isso, porque não dá para trabalhar educação em saúde na perspectiva da formação que a gente teve só como enfermeiro; nós professores como nos constituímos como enfermeiros. Então para você dar uma disciplina de educação em saúde você tem que estudar educação sim. Não tem jeito. Você tem que estudar as teorias de aprendizagem, sim, você tem que saber um pouco de cognição humana, sim, tem que saber bem como é que a aprendizagem acontece (P2).*

*Eu fiz mestrado em educação, fiz uma especialização dentro da educação antes do meu mestrado, então entendo que o enfermeiro é um educador e aí se o aluno sai sem essas habilidades é difícil (P4).*

Ao se referirem aos discentes, entretanto, manifestam dúvidas se eles percebem o papel educativo que o enfermeiro desenvolve ao longo de sua atividade profissional. Para os professores ainda há um sentimento de mais-valia em relação à competência técnica e ao fazer curativo-hospitalar em detrimento desta dimensão da práxis profissional.

*Os alunos não têm clareza, eles ainda estão bastante afoitos, na expectativa de desenvolver habilidades técnicas porque elas são desenvolvidas no início do curso principalmente (se referindo às disciplinas cujo enfoque principal é a ES) [...] O aluno chega na perspectiva de que logo vai ser alguém que sabe fazer coisas da Enfermagem e isso limita um pouco a visão do aluno para o fazer técnico (P2).*

*Os alunos vêm muitos com o olhar esperando a técnica e a Educação em Saúde trabalha a consciência das pessoas, dos indivíduos, a transformação até do professor e do aluno (P6).*

*Nós ainda temos no nosso curso algumas dificuldades porque, como na grande maioria dos cursos, os alunos entram pensando sempre no hospital. [...] Na perspectiva dos alunos ainda nesse modelo hospitalocêntrico e centrado na atividade do médico, a chegada ao hospital é o ápice do curso, eles ainda compreendem assim. [...] Muitos alunos sentem que entraram na universidade, no Curso de Enfermagem, quando eles entraram no hospital. Isso ainda é muito forte apesar dos esforços que se tem feito (P5).*

Os relatos dos docentes evidenciam a centralidade de práticas curativas em detrimento da atenção primária, enquanto perspectiva profissional dos discentes. Reforçam também a lacuna que existe entre estas áreas no que se refere às práticas de ES.

Embora reconheçam que as ações educativas são inerentes e indissociáveis ao cuidado cotidiano da enfermagem e assumam a importância das experiências vividas pelos enfermeiros durante a graduação em enfermagem questionam se há efetivamente o desenvolvimento desta consciência no egresso.

*Eu acho que a educação não é valorizada como deveria por falta de compreensão do alcance que tem a questão da educação em saúde, o papel que tem a educação na área da saúde. [...] O que eu vejo é que muito se fala, mas a questão, que eu acho que é uma questão básica da educação, que é a mudança de comportamento, eu te diria que eu não vejo (P3).*

*No início até percebo, ele tem influência do estímulo de todo o desenvolvimento profissional. Muitos chegam com aquele desejo norteador de mudanças, porque há muito a se fazer ainda nos serviços de saúde, porém também percebo, mas é empírico. É uma observação! E aí me pergunto: o que justifica? O que explica essa prática desse colega agora, que foi um egresso, entrar nesse sistema que conserva, que não acolhe? (P6).*

O enfermeiro tem diferentes momentos e oportunidades para desenvolver ES, durante suas atividades diárias, tanto na atenção primária como no cuidado hospitalar. Nesse sentido ainda que se observe uma concepção bastante arraigada de que a ES tem como espaço predominante a Saúde Coletiva o ambiente hospitalar tem sido palco de ações educativas bem sucedidas, conforme registramos a seguir:

*No hospital acho que tem essa preocupação, principalmente com algumas equipes, por exemplo, a equipe de Onco-hematologia é muito envolvida com educação em saúde, é uma equipe que trabalha muito focada nas orientações ao cuidador [...] (P5).*

*Então tem algumas situações que a sala de espera está funcionando bem, não só no ensino, mas com projetos de extensão, sala de espera dentro de UTI, sala de espera no centro cirúrgico, sala de espera na maternidade [...] Então sempre a gente tenta trabalhar o paciente e trabalhar o cuidador, o acompanhante, o familiar. Não só focar o paciente, não só focar a doença, mas tentar, por mais que a gente saiba que é um espaço curto de internação, encaminhar de volta lá para a Rede esse paciente um pouquinho mais informado (C4).*

Estas práticas desenvolvidas no ambiente hospitalar consistem, como afirma Espinoza (2007, p. 152), “uma práxis essencialmente cuidativa-educativa que mobiliza as enfermeiras a tomar consciência do novo enfoque educativo no cuidado de enfermagem”.

Consiste também em uma práxis transformadora da realidade e requer o compromisso dos enfermeiros e o reconhecimento da educação como prática para liberdade. Para Freire (2011, p. 28) “essas condições implicam ou exigem a

presença de educadores e educandos criadores, instigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes”.

Esta **formação-transformação** do enfermeiro-educador ocorre em diferentes espaços e realidades, dentre as quais são destacadas, principalmente, aquelas que ocorrem na interface do Ensino com a Extensão e com a Pesquisa. Assim para os professores:

*A gente está vivendo isso com todos esses programas do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, o PET-SAÚDE, o PRÓ-SAÚDE, o VER-SUS, isso tudo está mobilizando todos os cursos da área da saúde e mobilizando não só em programas, mas na integração de conhecimentos, na interdisciplinaridade (C1).*

*Nós temos uma atividade que é bem interessante que é o desenvolvimento no plano terapêutico singular, do projeto terapêutico singular dentro do 1º semestre. [...] é uma tentativa de começar desde o início implementando e aproximando a saúde coletiva desse processo de formação, desenvolvendo competências e habilidades que realmente formem um enfermeiro capaz de educar em saúde, de se educar e educar em saúde (P5).*

*Quando ele entra nos projetos de extensão. Não é nem durante as práticas é nos projetos de extensão, aí tu vês que ele realmente incorporou, foi buscar [...] (P4).*

*Nós temos evoluído bastante nesse sentido por esforços que se tem empreendido. A partir do programa de pós-graduação nós temos a participação dos mestrandos na sala de aula, nós estamos apontando para um novo modelo (P5).*

*Nós temos o grupo de pesquisa que é um fomento semanal então está relacionado às nossas atividades de ensino, pesquisa e extensão com essa formação da competência. Temos a linha de Educação em Saúde, educação sobre a saúde então eu tem esse espaço (P6).*

*Nós tivemos um avanço significativo com o PET, Programa de Educação Tutorial, ele foi um demarcador de águas porque ele tem na coordenação uma professora muito comprometida com os alunos, que tem uma ótima relação com os alunos e que atua muitos anos na atenção básica (P5).*

A compreensão de que a formação da competência educativa necessita de conhecimentos específicos da área da educação é manifestado pelo desejo de se devolver para o currículo “*uma disciplina ministrada pela Pedagogia – anteriormente já havia Didática Aplicada a Enfermagem – para que eles trabalhem com o pessoal da educação mesmo essas coisas*” (C5).

Para Cunha e Leite (1996, p. 21) “o fato de uma disciplina usar conhecimentos de outra provoca uma inter-relação intelectual indispensável à compreensão do mundo e da sociedade”. Nesse sentido o desejo desta articulação entre as áreas pressupõe verdadeiramente o desejo de assumir a interdisciplinaridade no processo de formação.



### **Categoria 3 – Reflexões e contribuições de um grupo de professores para a qualificação da formação dos enfermeiros: O Fórum das Escolas**

A ABEn, ao longo da sua história, tem participado das lutas para a implementação de ações que contribuam para uma postura ativa na conquista de espaços sociais, para o desenvolvimento de um processo amplo de debate, na busca de caminhos para o constante enfrentamento dos problemas educacionais na enfermagem, e é neste sentido que esta entidade tem promovido e coordenado, sistematicamente, a discussão das questões relacionadas ao ensino, à saúde e à formação do profissional de enfermagem, através dos Seminários Nacionais para Discussão das Diretrizes para a Educação em Enfermagem, conhecidos como SENADEn e através das discussões durante os Congressos<sup>7</sup> brasileiros da categoria (ALVES, 2000).

O Fórum é reconhecido, pelos coordenadores, como espaço privilegiado de interlocução entre os docentes e, suas atividades, são consideradas como de grande relevância na proposição de mudanças no cenário da enfermagem, especialmente na sua região.

*No Fórum além da gente se encontrar com outros colegas, tu vê como é que cada um está (referindo-se ao andamento do curso) [...] e tu pode trazer ou levar coisas tuas para contribuir ou tu recebe contribuições, então eu tenho muita dificuldade quando eu não posso ir, mas eu acho que ele pode contribuir mais ainda (C1).*

*A gente vai lá e consegue ver como o colega está enfrentando as dificuldades, consegue fazer trocas, ele traz fortalecimento. A gente acha uma pena que nem todas as escolas consigam participar porque é um espaço de discussão muito importante (C5).*

*Eu avalio como muito importante porque no cenário do Estado nós estamos lá, estamos sabendo o que está acontecendo, estamos palpitando (C3).*

*As discussões que foram feitas lá, ajudaram e fizeram a diferença inclusive para a Enfermagem do RS. Quando a gente vai ao SENADEN e discute com outras escolas a gente vê as dúvidas que eles levam para o SENADEN. O que eles querem discutir é o que a gente já discute aqui (C5).*

*Eu percebo que ele é um Fórum importante sim. Eu acho que ele deve ter a nossa participação enquanto coordenação. Acho que todas as escolas do Rio Grande do Sul deveriam participar desse Fórum, até para a gente regulamentar algumas coisas, no sentido de atender mesmo as Diretrizes Curriculares Nacionais, compreender e atender o que foi escrito no PPC para que não fique uma coisa jogada no papel, mas que a gente possa realmente transformar uma determinada realidade e o que ganha, quem ganha com isso é a Enfermagem, é a profissão (C4).*

<sup>7</sup> Congresso Brasileiro de Enfermagem - CEBEn

Ainda que se perceba nas falas o reconhecimento da importância das reuniões e atividades do Fórum identificamos, também, a preocupação sobre a qualidade dos encontros, pertinência e profundidade dos assuntos discutidos nestes encontros.

Para a maioria dos coordenadores as reuniões, atualmente, tem tido um caráter mais informativo e operacional, ou seja, ocorrem discussões sobre a carga horária dos cursos, a obrigatoriedade do estágio, as interferências do Conselho profissional nas atividades discentes, entre outras, conforme registramos a seguir:

*Logo no início a gente trabalhou as mudanças curriculares, dúvidas que nós tínhamos em termos de carga horária, pelas diretrizes, tínhamos um entendimento muito diferente [...] então tinha várias interpretações que o próprio Fórum se ajudou e contribuiu (C1).*

*O Fórum não está sendo utilizado como um espaço que de fato discute as diretrizes [...] Me parece que falta bem mais apropriação, seja de quem preside o fórum, como dos membros, de objetivos: o que o fórum vai ter de determinantes? Para que? Para que a gente vai trabalhar esse ano? Me parece que fica um pouco de idealizar algo a ser realizado, mas que de concreto não se percebe algo muito palpável (C2).*

*Inicialmente a gente discutiu mais as diretrizes e depois ele se tornou um Fórum mais geral, de assuntos gerais (C5).*

*Houve uma época que as pautas eram sempre essas dificuldades de como viabilizar estágios em função da lei dos estágios do COFEN (falando da necessidade de supervisão direta da IES). Quando veio aquela lei do COREN que tinha que ter o professor ali a gente teve que cortar isso, foi uma perda muito grande para o nosso curso (C5).*

*Eu acho que nesse momento ele está sendo um Fórum muito mais informativo, do que no sentido de deliberar algumas coisas que poderiam realmente contribuir mais para a formação (C4)*

Entretanto, o Fórum enquanto espaço de mobilização para mudanças significativas no processo de formação e, conseqüentemente, na profissão parece ter se perdido. Nesse sentido os coordenadores pensam que deve se estabelecer um caráter mais propositivo, ou seja, estabelecer um plano de trabalho que, efetivamente, permita contribuir para mudanças mais significativas no processo formativo dos enfermeiros e da própria profissão. Proposta esta que segundo eles deve ser construída coletivamente visando à efetiva representatividade e qualificação da enfermagem gaúcha.

*Eu acho que o Fórum, é uma crítica que eu faço, mas é uma crítica por que eu vivencio isso e me sinto à vontade para fazer, na realidade para quem viaja mais de mil quilômetros em dois dias para poder assistir meia hora de reunião, uma hora, ela teria que ser muito mais produtiva (C3)*

*Eu acho que agora a gente pode começar a trabalhar no Fórum, acho que [...] podemos estar colocando da qualidade do currículo [...] mas acho que lá*

*é um lugar muito bom para isso, é isso que eu estou dizendo, é muito bom (C1).*

*Na realidade não se estabelece uma [...], uma objetividade, teria que ter uma construção coletiva daquele espaço (C3).*

*Onde de fato este fórum quer chegar? Que importância ele quer ter? Para as Universidades? O que se quer de fato subsidiar? Fica essa questão no ar: ao quê de fato esse fórum se destina?(C2)*

A descentralização das atividades e reuniões, ou seja, aproximar-se efetivamente das IES em seu espaço geográfico, possibilitando a participação de um número maior de docentes parece ser um desejo de grande parte dos entrevistados. Da mesma forma encontros e plenárias com pautas mais bem definidas e aprofundadas, que valorizem o comprometimento dos interlocutores, surgiram nos diálogos com os coordenadores.

*Proporcionar encontros em locais variados me parece ser uma estratégia importante até para conseguir ter mais adesão das pessoas (C2).*

*Muitas vezes ocorre uma reunião de uma hora e pouco e o pessoal viajou uma noite inteira e a reunião não tem um foco, não se sai dali com um direcionamento ou com algo para voltar para a reunião, me parece que está muito aberto, tem muitas frentes (C2).*

*A participação está muito centrada e pouco dissipada, entre, talvez, não sei se é uma crítica, mas é o que eu vejo, enfim, ela fica centrada lá e não é repartida, talvez se fosse distribuída seria mais fácil para nós auxiliarmos até na construção do Fórum das Escolas (C3).*

O coordenador do Curso4 propõe um espaço de escuta que possibilite identificar quais são as reais dificuldades e limitações para a participação dos docentes nas atividades do Fórum.

*De repente está faltando realmente ouvir um pouco mais estes Coordenadores que frequentam o Fórum e de repente descobrir o porquê de quem não está frequentando. Por que, de repente, eles não estão entendendo qual o objetivo do Fórum. A gente que vai, tu entende, tu chega lá e tu sabe que é importante ter todas aquelas informações, o que está acontecendo no momento, o que está tramitando, o que vai inferir ou não no futuro da Enfermagem, mas, de repente, saber por que também estes outros Coordenadores não estão participando (C4.).*

As falas dos entrevistados apontam o reconhecimento do espaço de interlocução do Fórum das Escolas enquanto espaço político e pedagógico e evidenciam a expectativa dos nossos interlocutores da qualificação dos encontros. Paraphrasing one of the interviewed it seems to have the expectation of the construction collective of a “*projeto político para a profissão*” mediated by the activities and reflections of the participants of the Fórum.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresento neste capítulo a discussão teórica dos dados empíricos a partir da organização das três categorias analíticas, buscando desenvolver um processo de ação-reflexão sobre as propostas curriculares e sobre a formação dos enfermeiros, a partir de competências necessárias à sua prática profissional. Oportunidade em que comparo os resultados com o corpo de conhecimento disponível, buscando nexos com o referencial teórico adotado e com outras possibilidades de pensamento. Esse foi o momento em que busquei compreender a realidade encontrada e evidenciar possibilidades de superá-la.

### **Categoria 1 – Os currículos dos cursos de graduação em enfermagem: espaços de convergências e afastamentos da Diretriz Nacional**

A orientação estabelecida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em 1996, aponta uma maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras, atendendo à crescente heterogeneidade, tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos. Fundamenta o processo de formação na educação superior através do desenvolvimento de competências e habilidades; do aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão; da flexibilização dos currículos; da implementação de Projetos Pedagógicos inovadores, numa perspectiva de mudança para a formação profissional.

Associado às mudanças decorrentes deste movimento interno a orientação externa, especialmente de entidades como a UNESCO e OIT, culminou com mudanças significativas na educação superior brasileira, a partir da implementação no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, das DCN para os cursos de graduação.

Na área da saúde as mudanças na organização das práticas de atenção e de gestão do sistema de saúde, decorrentes da implantação do SUS, exigiram a formulação e ampliação de propostas de novos modelos assistenciais, envolvendo a diversificação dos serviços de saúde e novos processos de qualificação dos trabalhadores articulados com a natureza do trabalho em saúde.

Estas mudanças levaram à aproximação entre o MEC e o Ministério da Saúde (MS) buscando qualificar a formação acadêmica e, conseqüentemente, a atenção em saúde prestada à população culminando em ações intersetoriais que exigiram um processo de reflexão-ação de estudantes, docentes e trabalhadores da saúde sobre as necessidades de saúde da população, a partir dos princípios constitucionais e do SUS (BAGNATO; RODRIGUES, 2007).

Este processo de ação-reflexão culminou com a elaboração das DCN para a área da saúde sendo que primeiramente foram contemplados os cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição, no ano de 2001, estendendo-se, posteriormente, aos demais cursos da área da saúde. As DCN, enquanto documento legal orientam a formação de profissionais a fim de capacitá-los para atuar no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e no enfrentamento das desigualdades sociais do país, ou seja, busca a formação de um agente de transformação social.

É, pois, neste cenário complexo e em crescente transformação que as diretrizes curriculares apontaram uma nova orientação para o ensino em saúde a partir da extinção do currículo mínimo, considerado demasiadamente teórico, rígido e inflexível, não atendendo às exigências particulares de cada região, instituição ou curso, bem como às demandas sociais. Representaram, também, o desejo de superação da hegemonia do modelo biomédico e do ensino centrado no professor e nas tecnologias educacionais (ABEn, 2004a).

Conforme Reibnitz e Prado (2006, p.196), as “Diretrizes Curriculares pressupõem uma liberdade maior para as escolas, no sentido de organizar seus currículos voltados para sua realidade, sem as amarras características dos currículos mínimos”.

Adicionalmente as DCN indicaram uma concepção mais ampla de saúde e estabeleceram como horizonte desejável currículos integrados, que possibilitassem a superação da organização disciplinar a partir da articulação de várias disciplinas em torno de temáticas relevantes e estimulantes (TSUJI; AGUILAR-DA-SILVA, 2006).

Entretanto, o discurso sobre a formação do profissional orientado aos princípios do SUS deu-se em um ambiente carregado de tensões e permeado por discussões referentes ao efetivo acesso da população à atenção de saúde de

qualidade, bem como às reais condições de trabalho dos profissionais da área (BAGNATO; RODRIGUES, 2007).

Estas tensões ainda hoje, ocorrem simultaneamente ao esforço de implantação de propostas curriculares que consigam atender a formação pretendida, conforme foi possível desvelar durante a coleta de nossos dados. Nesse sentido a necessária articulação entre o espaço da academia e o do serviço, muitas vezes, fica fragilizada diminuindo a interlocução entre estes saberes.

As DCN/ENF foram concretizadas com base nas propostas que emergiram da mobilização nos debates dos enfermeiros representados pelas entidades de classe, destacadamente da ABEn Nacional, das instituições de ensino e de diferentes setores da sociedade civil interessados nas mudanças da formação na área da saúde. Desta maneira a Diretriz expressa o desejo coletivo de mudanças na educação em enfermagem e se constituem 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 do enfermeiro (SILVA et al., 2010).

Assim, a formação geral, com base no perfil epidemiológico do país ou da região, como alguns dos princípios daquela reformulação, atendia ao movimento interno da categoria que indicava a necessidade de romper com a formação baseada apenas no modelo clínico e impunha a necessidade de formar para atender a saúde de forma integral (BAGNATO; RODRIGUES, 2007).

Abdalla et. al. (2009), ao indicarem em seu estudo as mudanças necessárias no processo de formação do médico, apontam que o alcance dos pressupostos da Diretriz depende da estruturação de um PPP capaz de contemplar o perfil preconizado e a formação de competências e habilidades preconizadas. Trazem consigo também o desafio de formar um profissional imbuído de uma prática ampliada e possuidor de uma visão mais integrada da saúde.

Espinoza (2007) afirma que esta formação implica em um projeto político-pedagógico que vislumbre uma educação transformadora aliada ao conceito de saúde e, que se desenvolva a ética da responsabilidade e da solidariedade na busca de formas alternativas de 'fazer saúde'.

Nesse sentido, atualmente, muitos Cursos de Enfermagem encontram-se em fase de adequação dos seus PPP e matrizes curriculares à DCN (SILVA et al., 2010).

No bojo destas mudanças, entretanto:

Muitos desafios estão sendo encontrados no processo de reorientação do **fazer e saber**, na implementação da mudança na formação do enfermeiro, pois esta implica mudar paradigmas, fazer rupturas em práticas e crenças internalizadas. O momento é, pois, de enfrentamento a esses desafios, em busca do fortalecimento da mudança no processo de formação da (o) enfermeira (o) e do SUS (SILVA et al., 2010, p.181).

O grande desafio é, pois, “formar profissionais que superem o domínio teórico-prático exigido pelo mercado de trabalho, enquanto agentes inovadores e transformadores da realidade, inseridos e valorizados no mundo do trabalho” (ITO et al., 2006, p. 572).

Espinoza (2007) alerta que há um ambiente de incerteza sobre como o currículo alicerçado sob este novo paradigma será construído. Para ela

[...] uma das tendências de mudança que se pode detectar com mais clareza é pensar no currículo como processo. Então, sendo o currículo um processo, ele é também dialógico e transformativo, enfatizando as interações próprias para cada situação (ESPINOZA, 2007, p. 159).

A formação do enfermeiro, a partir deste novo paradigma, depende de um processo de reflexão da comunidade acadêmica, ou seja, que envolva os diferentes atores neste processo – os docentes e os discentes – e, que culmine na mudança das propostas curriculares vigentes. Entretanto, Silva et al. (2010, p. 177) alertam que:

Considerando o quantitativo de, aproximadamente, 700 cursos de graduação em enfermagem, em funcionamento, no nosso país, percebe-se que essa não é a realidade da maioria desses cursos, nos quais ainda prevalece o enfoque do modelo clínico, em que a doença ainda é visualizada como um conjunto de sintomas que requerem intervenções para o alcance de um estado de equilíbrio. As escolas/cursos de enfermagem vêm, portanto, encontrando dificuldades na incorporação das propostas para incrementar as mudanças na formação dos futuros profissionais, estabelecidas pelas DCN/ENF.

Um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP), sobre a adequação dos Projetos Pedagógicos dos cursos de enfermagem às DCN/ENF, publicado no ano de 2006 amplia esta preocupação. Os dados do estudo indicam que, passados mais de cinco anos da publicação da Diretriz, apenas 72% dos cursos apresentavam adequação de seu PPP. Este fato toma maior proporção ao se considerar que um número significativo destes cursos foi implantado após 2001, provavelmente, decorrentes da expansão do Ensino Superior no Brasil observado a partir do final da década de 1990 (SILVA, et al., 2010).

Os dados aqui apresentados parecem não guardar similaridade aos apresentados pelos autores, uma vez que a maioria dos cursos investigados já realizou o processo de discussão e a formulação de um novo PPP e vem buscando desenvolver um processo de mudança de suas práticas pedagógicas, com o objetivo de formar o enfermeiro a partir dos pressupostos da DCN.

Há de se destacar, porém, o pouco domínio que muitos dos docentes têm sobre a própria DCN/ENF e seus princípios. Tal realidade segundo Ito et. al, (2006) é ainda muito presente nos cursos de graduação em enfermagem. A percepção dos autores se confirma também em nossa investigação.

Os dados investigativos ao mesmo tempo em que reafirmam que os novos currículos dos cursos guardam ampla coerência à DCN desvelam diferentes orientações teóricas e concepções pedagógico-filosóficas que direcionam as práticas curriculares e pedagógicas, e os diferenciam, fundamentalmente, na busca da formação de profissionais capazes de enfrentar as demandas de saúde de sua região de inserção. Nesse sentido confirma a possibilidade, expressa na DCN, que às IES cabe definir e adaptar suas propostas curriculares de modo a prepararem seus egressos para enfrentar às transformações e necessidades sociais, políticas, econômicas e culturais da sociedade.

### ***A formação por competências: alcances e limites desta proposta***

A noção de competência começou a ser utilizada na Europa a partir de 1980 tendo se originado das teorias advindas das Ciências da Organização. Desenvolveu-se como uma noção polissêmica envolvendo várias acepções e abordagens. No Brasil desde a promulgação da LDB observa-se a incorporação, nos modelos e discursos educacionais, do desenvolvimento de competências em detrimento da transmissão de conhecimentos/conteúdos que dominou o ensino no país e, especialmente, o Ensino Superior orientado pelos currículos mínimos vigentes anteriormente. A noção de competências profissionais, incorporada às DCN e, conseqüentemente, ao currículo dos cursos parece estar atrelada, especialmente, às concepções de Perrenoud.

No que se refere à organização curricular Perrenoud (1999, p. 10), enfatiza que os currículos voltados para a construção de competências devem promover uma



limitação “drástica da quantidade de conhecimentos ensinados e exigidos” dando prioridade a conteúdos que possam ser exercitados, no âmbito escolar, pela mobilização em situações complexas. Ou seja, segundo ele, não é possível formar competências por meio de um currículo que privilegie apenas a transmissão de conhecimento, sem permitir o exercício em situações em que esse conhecimento possa ser mobilizado. Coerente com esta proposta a primazia das competências sobre os conhecimentos/conteúdos, assume papel central nas orientações da DCN/ENF e, conseqüentemente, nas propostas e decisões curriculares implementadas desde então.

Nesse sentido os currículos por competências devem construir uma relação com o saber menos pautada em uma hierarquia baseada no saber erudito descontextualizado, visto que os conhecimentos sempre se ancoram, em última análise, na ação. Nesse sentido “a construção de competências, pois, é inseparável da formação de esquemas de mobilização dos conhecimentos com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma ação eficaz” (PERRENOUD, 1999, p. 10).

Entretanto, a abordagem por competências não rejeita as disciplinas e nem as renuncia, mas acentua a sua implementação no processo formativo escolar.

Alguns temem que desenvolver competências na escola levaria a renunciar às disciplinas de ensino e apostar tudo em competências transversais e em uma formação pluri, inter ou transdisciplinar. Este temor é infundado: a questão é saber qual concepção das disciplinas escolares adotar. Em toda hipótese, as competências mobilizam conhecimentos, dos quais grande parte é e continuará sendo de ordem disciplinar [...]. (Perrenoud, 1999, p. 40)

Para Perrenoud (1999), o fato de não existir um conceito claro e compartilhado do que sejam as competências profissionais, dificulta muito o entendimento do que é um currículo orientado por competências, sobretudo devido às confusões de terminologia do que sejam competências e habilidades, desempenho e objetivo, capacidade ou atributo, competência e desempenho.

Saupe et al. (2006) confirmam que a literatura existente sobre as concepções de competência é bastante limitada. Adicionalmente, reforçam que as pesquisas que possibilitem a avaliação de tais conceitos e contribuam para a sua compreensão, bem como para a inclusão de aspectos considerados importantes pelos sujeitos que devem ensinar e cuidar com competência são ainda quase inexistentes.

Buscando decodificar e validar os principais conceitos relacionados com as competências Saupe et al. (2006) realizaram um estudo junto a professores e profissionais do serviço. Para tanto denominaram de competência “o resultado de um conjunto de capacidades referidas aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes que conferem ao profissional as condições para desenvolver seu trabalho” (2006, p. 33). As habilidades foram definidas como sendo “o conjunto de práticas adquiridas, sobretudo por demonstração, repetição e reelaboração crítica que fornecem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um *saber fazer* e a capacidade de tomar decisões e resolver questões no seu campo de atuação/intervenção” (SAUPE et al., 2006, p.33).

Assim, assumir a formação por competências pressupõe a transferência da aprendizagem baseada na transmissão dos conteúdos para a integração teoria-prática, pois é na ação-reflexão sobre a prática profissional e nas situações concretas do trabalho que as capacidades são construídas pelos alunos e pelos professores. Nesse sentido “orientar o processo de ensino-aprendizagem por competência tem um caráter prático e social” (LIMA, 2005, p. 374).

O deslocamento da primazia dos conteúdos disciplinares para o desenvolvimento de competências é evidente no texto dos PPP, bem como nos relatos dos nossos entrevistados. Nesse sentido, enquanto posicionamento oficial, o desenvolvimento de competências e habilidades parece orientar a formação dos discentes e a prática dos professores nestas IES.

Por outro lado, mesmo que os PPP e as falas dos professores explicitem a centralidade no processo de formação por competências não é claro como estas são mobilizadas e concretizadas no cotidiano dos cursos.

Observamos nos discursos de nossos interlocutores, grande dificuldade na conceituação do conceito de competências e habilidades, bem como na explicitação de quais competências se busca mobilizar durante a formação dos alunos. Identificamos também a inversão entre o que é uma habilidade e como esta é desenvolvida durante o processo formativo. A falta de subsídios teóricos e científicos provavelmente amplia a dificuldade dos professores de reconhecer as concepções por trás desta denominação e, conseqüentemente, de operacionalizá-las.

Prado (2009) concorda que a falta de precisão conceitual leva a um grande número de educadores a desconhecer o que exatamente significa “competência”. Para ela, entretanto, o mais grave é que isto leva a não saber, concretamente, como

se transpor uma competência da esfera discursiva para a realidade das práticas pedagógicas.

Em nossa percepção a ausência de concepções claras sobre o que são competências e sobre como mobilizá-las pode acarretar um sério comprometimento na formação do enfermeiro. Ou seja, conceitos não podem ser tomados como referências neutras uma vez que têm implicações objetivas sobre as práticas pedagógicas e, conseqüentemente, sobre as práticas dos futuros enfermeiros.

Para superar esta situação é necessário refletir sobre o nosso fazer, construindo o conhecimento para a transformação das situações vivenciadas no dia-a-dia. Assim um dos grandes desafios dos professores consiste em fazer um exercício crítico-reflexivo sobre as práticas pedagógicas e o papel que assumem no processo de formação dos educandos (REIBNITZ; PRADO, 2006).

Freire afirma que “a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática ativismo” (2011, p. 24).

Assim nossos interlocutores ao assumirem necessariamente a importância das mudanças no processo de formação devem também assumir-se “curiosamente epistemológicos” na busca do conhecimento necessário à sua ação educativo-formativa. Devem, portanto, superar as lacunas provocadas pela pouca visão sobre o processo de ação e reflexão necessária à formação enfermeiro (SAUPE, 1998).

Outras dificuldades são apontadas e podem contribuir para esta indefinição no cenário, tais como: o modelo curricular adotado pela maioria dos cursos ainda fortemente organizado por disciplinas; e, a divisão dos currículos em ciclo básico e profissionalizante o que faz com que, muitas vezes, as disciplinas sejam ministradas por docentes de diferentes unidades ou departamentos das IES. Relembramos que, de nossa amostra, apenas o Curso2 possui modelo curricular por ciclos de aprendizagem.

Nossa impressão de que o modelo curricular adotado pela IES possa ser um fator que comprometa a apreensão desta concepção se alicerça nos resultados do estudo que Abreu (2009) desenvolveu em duas IES que possuem currículos integrados. O autor parece ter encontrado uma apropriação teórica maior por parte dos docentes naquelas IES. Registramos o depoimento de um dos entrevistados que afirma que “dentro da parte das habilidades inclui a semiologia, o exame físico,

a parte dos procedimentos”, ou seja, conforme definido por Saupe et al. (2006) ‘o saber fazer’.

As mudanças no modelo curricular adotado pelo curso ou IES demanda a participação dos professores e alunos. Assim quando da tomada de decisão de mudança na estrutura curricular da UEL os professores de todas as disciplinas foram abordados com a seguinte questão: “Nós vamos trabalhar não mais por disciplinas, mas em módulos interdisciplinares. Assim quais os conteúdos fundamentais da sua área que devam ser contemplados?” (ABREU, 2009, p. 54).

A influência da organização departamental no currículo também é referida por Oliveira et al. (2007, p. 824) em seu estudo. Segundo as autoras:

Muitas de nossas disciplinas *básicas* são ministradas por outras Unidades da USP, como o Instituto de Ciências Biomédicas, os Institutos de Química e de Psicologia, o Departamento de Sociologia, dentre outros. Dentro do espírito universitário, isso é altamente desejável, mas também traz dificuldades à reconfiguração do currículo.

A superação das dificuldades geradas pela estrutura das IES parece depender não apenas do compromisso dos professores, mas conjuntamente, exige a tomada de decisões dos gestores. Exemplificamos a importância das decisões institucionais na mudança das propostas curriculares a partir do depoimento de um dos professores entrevistados por Abreu (2009, p. 49): “Então, naquele momento, uma questão de compromisso da escola com o projeto, era uma mudança curricular [...]”. No relato outro professo afirma que: “eu acho que a disponibilidade humana e, o momento político que permitiu a mudança, foi fundamental”.

Abreu (2009, p. 53) reitera que mudanças institucionais requerem gestores que as instrumentalizem, entretanto, alerta que uma mudança mais ampla – pedagógica ou de currículo – transcende o exercício de uma só pessoa. Para o autor estas mudanças exigem, também, mudanças externas envolvendo parcerias com os serviços de saúde uma vez que é neste meio que o aluno desenvolverá suas práticas profissionais.

A importância da articulação com os serviços de saúde na formação dos acadêmicos também é uma preocupação dos docentes da EEUSP ao repensar seu currículo:

Estamos propondo reestruturar o currículo em função da forma de organização dos serviços de saúde. Queremos propiciar o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a implementação dos processos de cuidado e de gerenciamento do cuidado em diferentes cenários de prática, em especial, mas não exclusivamente, em serviços que integram a rede própria do SUS por (OLIVEIRA et al., 2007, p. 824).

As autoras afirmam que as transformações que buscam encerram possibilidades e limites. Limites estes relacionados à estrutura burocrática da própria Universidade, a efetiva articulação com o serviço a partir da formalização das parcerias, a falta de acúmulo/registro de experiências de mudanças que possam contribuir com o processo de reflexão dos professores, entre outras.

Reiteramos, portanto, que as mudanças no processo de formação do enfermeiro dependem do compromisso dos docentes e gestores acadêmicos. Necessitam, também, da efetiva articulação entre a academia e os serviços de saúde. Em outras palavras, necessita de projeto e capacidade de governo<sup>8</sup> (OLIVEIRA et al., 2007).

### ***Estratégias pedagógicas: espaços de ensino e de aprendizagem***

A formação dos enfermeiros em consonância com a DCN/ENF, publicada em 2001, tem gerado muito debate. Tem gerado, também, muitos estudos e teorizações especialmente quando se considera a complexidade, as implicações políticas e os desafios acadêmicos que envolvem a transformação do sistema educacional dominante para a concretização do perfil profissional desejado (SOARES; AGUIAR, 2010).

No bojo destas discussões e teorizações a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a diversificação dos cenários de ensino e, a inserção precoce do aluno na realidade profissional, emergem como estratégias primordiais para esta superação.

Assim, suplantando o discurso teórico e o modelo tradicional de formação, demandará modificações nas orientações curriculares e na utilização de métodos e estratégias pedagógicas inovadoras que, efetivamente, possibilitem a construção de conhecimentos significativos. Necessitará, também, a estreita articulação entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, ou seja, o diálogo efetivo entre

---

<sup>8</sup> As autoras ao se referirem ao termo “projeto e capacidade de governo” utilizam a noção do Triângulo de Governo desenvolvida por Carlos Matus. Para o autor o projeto de governo, consiste na proposta de meios e objetivos para a mudança e, a capacidade de governo, expressa a perícia para conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta.

professores, estudantes e os enfermeiros do serviço uma vez que é nas situações da prática que se desenvolvem as habilidades e as competências profissionais.

Reibnitz e Prado (2006) destacam que na Pedagogia Ativa o estudante é o protagonista central, corresponsável pela sua trajetória, o que lhe incita a uma participação ativa. O professor por outro lado passa a ser um facilitador das experiências de 'aprendência', assumindo um papel de coadjuvante, em que oferece oportunidades significativas para consentir e potencializar a capacidade do estudante reinserir na realidade.

Para tanto é necessário, conforme Freire (2011, p. 16), que o professor tome consciência que "formar é muito mais que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas". Deve também repensar sua prática educativa e conscientizar-se que ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar possibilidades 'nos' e 'com' os educandos para a sua construção.

Assim é que pautados na teoria crítico-social, ainda que não de forma explícita nos PPP, a maioria dos cursos investigados assume a utilização de metodologias ativas, com ênfase na problematização, como estratégia pedagógica prioritária para a formação dos discentes. Esta opção reforça a concepção do educando como sujeito ativo do seu processo de ensino-aprendizagem enquanto o professor desloca-se do papel de transmissor de conhecimentos para ser o mediador do processo de construção-reconstrução a partir da realidade social, priorizando as condições para a construção do conhecimento do aluno.

A alusão à utilização da problematização nas práticas pedagógicas e curriculares, contudo, não permitiu perceber se há uma real apropriação da operacionalização e complexidade desta metodologia pelos professores. Não se evidenciou, por exemplo, em nenhum depoimento a necessidade de estrutura física adequada ao desenvolvimento desta metodologia. Da mesma forma a necessidade de recursos humanos preparados e o trabalho dos alunos em pequenos grupos sob a orientação de tutores parece não ser prática comum nas instituições.

Abreu (2009, p. 54) ao apontar as condições básicas para a utilização de Metodologias Ativas afirma que:

A instituição necessita disponibilizar um conjunto de recursos que são indispensáveis ao desenvolvimento das Metodologias Ativas. Na medida em que os alunos são incentivados a buscar ativamente o conhecimento, a instituição deve favorecer o acesso dos alunos aos recursos didáticos e de pessoal.

Adicionalmente a necessidade de grande investimento na capacitação pedagógica dos docentes é manifestada pelos professores da FAMEMA e da UEL, entrevistados por Abreu (2009, p. 49). Apresentamos suas contribuições, respectivamente, a seguir.

*Vários docentes nossos foram para MacMaster, Maastricht, conheceram lá o método e trouxeram. [...] Então em um primeiro momento nós fizemos uma discussão interna e começamos a trabalhar em alguns focos [...]. Nós organizamos um núcleo de educação continuada com o curso básico de capacitação de tutores.*

*As pessoas foram para fora, já deixando uma ideia de que se precisava mudar. Com fóruns de debates, com participação de alunos, docentes, comunidade, funcionários do hospital e debates a respeito. Não foi nada de cima para baixo, as pessoas puderam participar e dar sua opinião livremente.*

Nossos interlocutores citam diferentes etapas da metodologia da Problematização, entretanto, não há precisão em suas falas da sequência das etapas não possibilitando identificar a aderência à orientação teórica de Bordenave e Pereira ou Berbel que apresentamos anteriormente neste estudo. Registramos, porém que esta nossa percepção carece de um maior aprofundamento na sua análise uma vez que este não era o objeto central desta investigação.

Concernente à dificuldade dos discentes em aderir a este tipo de metodologia parece estar relacionada às dificuldades de construir seus próprios conhecimentos, ou seja, de assumir o papel autônomo e proativo necessário a este tipo de enfoque metodológico.

As dificuldades dos alunos de compreender e interagir nesta metodologia também foram identificadas no estudo de Abreu (2009). Para o autor isto, provavelmente, está relacionado ao fato de que, tendo sido submetidos, durante toda a educação Básica, a um método tradicional de ensino os alunos podem não suportar a metodologia ativa. Como estratégia de superação destas dificuldades os professores da IES investigada por ele estabeleceram discussões sobre como sensibilizar os alunos. Também, decidiram que durante o primeiro módulo do Curso de medicina, a metodologia deveria ser contextualizada bem como sua forma de operacionalização seria explicitada (ABREU, 2009).

Uma experiência na utilização de Metodologias Ativas na disciplina de Fundamentos do Cuidado Profissional, no curso de Enfermagem, foi relatada no sentido de socializar as vivências dos alunos e professores. Conforme as autoras a implementação desta metodologia exigiu muitas discussões e ajustes ao longo do

período. Ao final ficou evidenciada a participação ativa dos alunos neste processo. Reforçou-se, também, o papel que o professor assume na mediação do processo de formação dos educandos (SEBOLD et al., 2010).

Assim entendemos que a utilização efetiva de Metodologias Ativas requer um processo de apropriação teórica e discussão coletiva dos docentes, além de mudanças estruturais nos cursos/IES de maneira a disponibilizar recursos físicos e humanos adequados ao seu desenvolvimento. Requer, também, a sensibilização e o preparo dos alunos para assumirem um papel ativo no processo de construção de conhecimento.

Em síntese, requer o esforço conjunto dos professores, alunos e dos gestores acadêmicos na construção de novos caminhos de ensino-aprendizagem para a formação do enfermeiro (SEBOLD et al., 2010).

Schmidt (2008) complementa que o compromisso com o processo de formação dos futuros profissionais de saúde exige atenção tanto das instituições formadoras quanto dos serviços de saúde e de sua gestão, pois se quisermos formar profissionais comprometidos com a saúde da população, com um novo perfil, é preciso que o mundo da escola e o mundo do trabalho dialoguem e assumam responsabilidades com a formação e com a assistência oferecida à população.

Oliveira et al. (2007, p. 823) ao apresentarem o processo de formulação do novo currículo da EEUSP assumem que “tomar como fundante a relação entre educação e trabalho equivale a dizer que é pelo trabalho que se dá a constituição deste sujeito social que recebe a delegação social para realizar o cuidado - a enfermeira”. Acrescentam ainda que:

[...] é o trabalho, e não o currículo, o definidor da formação profissional. É somente quando o estudante adentra no mundo do trabalho, na condição de trabalhador da enfermagem que, de fato, a formação profissional completa-se. Por essa razão, consideramos a prática como um *lócus* de geração de questões de aprendizagem. Isto quer dizer que, ao olharmos para a realidade social e para o trabalho dos profissionais de saúde nesta realidade, é que podemos pensar questões de aprendizagem (OLIVEIRA et al., 2007, p. 823).

Para Lima (2005), entretanto, ainda que a relação academia-serviço tradicionalmente ocorra na realização das práticas dos acadêmicos há uma dicotomia entre a teoria e a prática. Nesse modelo os professores são responsáveis pela teorização, enquanto os enfermeiros do serviço pelo conhecimento prático. Para a autora em um currículo orientado por competências a articulação efetiva entre estes saberes resignifica o processo de ensino-aprendizagem.



Seguindo nessa perspectiva, podemos afirmar que a construção do conhecimento se dá no interior da práxis, definida como reflexão e ação sobre o mundo para transformá-lo e, portanto, é na relação dialógica, na troca, que nasce o verdadeiro ato do conhecimento. Para tanto, as escolas devem cumprir o seu papel de oportunizar a aproximação do estudante com os cenários de prática de saúde, estimulando o exercício da ação reflexiva.

Os dados confirmam que os cursos investigados assumem a importância da interlocução dos saberes da academia com os saberes do mundo do trabalho na formação do enfermeiro. Interlocução esta que permite a efetiva relação teoria-prática. Permite também a co-responsabilização dos diferentes atores com a formação de agentes capazes de atender às demandas de saúde da população e constituir-se como copartícipe da sociedade brasileira. Indicam também que muitas vezes as relações entre a academia e o serviço sofrem as influências e tensões do próprio meio político e social onde estão inseridos. É no cotejamento destas experiências que a formação do enfermeiro ocorre.

É no interior da práxis, definida como reflexão e ação sobre o mundo na tentativa de transformá-lo e, portanto, na relação dialógica, na troca, que nasce o verdadeiro ato do conhecimento. Cabe refletir, porém, se essa é uma atitude presente no cotidiano da formação dos enfermeiros ou, ainda, uma utopia a alcançar.

## **Categoria 2 – A consciência da práxis educativa na formação dos enfermeiros:** *desafios e perspectivas dos docentes*

A educação em saúde vem recebendo, ao longo das décadas, diferentes denominações e concepções. Desta maneira ao analisar os dados empíricos neste estudo assumimos como referência o conceito explicitado por Candeias (1997, p. 210) de que “a educação em saúde pode ser compreendida como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”.

Assumimos, pois, a ES como um processo que envolve a educação e a saúde como duas facetas indissociáveis, porém, marcadas por diferentes

compreensões de mundo e por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (BAPTISTA, 2004).

Concordamos com Espinoza (2007, p. 87) de que “a práxis educativa é uma prática social transformadora, que corresponde a necessidades práticas e implica em certo grau de conhecimento da realidade que transforma e das necessidades que satisfaz”. Assim, resgatar a dimensão da educação em saúde na formação e ação profissional pressupõe compreendê-la como prática social e indissociada do compromisso do enfermeiro enquanto agente de transformação social.

Para Saupe (1992) a ‘educação em saúde’ inclui todas as tarefas e práticas educativas desenvolvidas junto à clientela, seja em ações pontuais durante o processo de cuidado, ou em programas permanentes realizados no ambiente hospitalar e na comunidade. Para a autora, entretanto, estes últimos, levam a resultados mais consistentes.

Os relatos das professoras confirmam que o enfermeiro tem diferentes momentos e oportunidades para desenvolver a ES – educação para a alta hospitalar, educação em saúde na comunidade, educação continuada da equipe de enfermagem e de saúde – entre outras. Estas atividades apesar de se apresentarem, muitas vezes, de modo informal, requerem um processo de planejamento formal com definição de objetivos, organização de conteúdos ou temas a serem desenvolvidos. Requer, portanto, um educador conhecedor de como se ensina e de como se aprende e, dotado de uma postura pedagógica que possibilite a autonomia do educando.

A Saúde Coletiva é apontada por nossos interlocutores como o espaço prioritário para o desenvolvimento das competências educativas do enfermeiro. Esta área parece ser assumida como possibilidade de superação da fragmentação entre a atenção hospitalar e a atenção primária, ou seja, entre o curativo e o preventivo, prevalente nas propostas curriculares anteriores.

Nesse sentido a busca pela superação desta dicotomia parece ter determinado a antecipação das disciplinas de saúde coletiva nos currículos. Esta inversão acentuada, por um lado representa um esforço coletivo de reorientar o processo formativo e, por outro, evidencia a enorme dificuldade vivenciada ao longo das últimas décadas de se formar um enfermeiro capaz de enfrentar as diferentes demandas de saúde da população.

Carvalho, Clementino e Pinho (2008) fizeram uma revisão dos artigos, publicados da Revista Brasileira de Enfermagem, num intervalo de 10 anos. O objetivo das autoras era descrever as práticas de ES desenvolvidas por enfermeiros. As autoras identificaram 39 artigos relacionados com esta temática. Segundo as autoras (2008, p. 245):

Foi uma surpresa constatar que tais práticas educativas acontecem com maior frequência na atenção terciária (unidade hospitalar) e não na atenção primária (unidades de atenção básica a saúde da família, centros de saúde, escolas, universidades e comunidade), como esperávamos, em função dos programas de prevenção e, em especial, pela criação do Programa de Saúde da Família, que tem como objetivo reorganizar a atenção básica e o modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

Espinoza (2007), ao estudar o cuidado hospitalar como espaço para ações de educação em saúde registra que “as enfermeiras manifestam os déficits na formação acadêmica como um dos determinantes que dificultam o desenvolvimento das ações educativas da enfermeira no cuidado durante a internação”.

Adicionalmente a falta de preparo pedagógico dos docentes, conforme identificamos as falas das professoras, pode dificultar ao aluno compreender a abrangência do processo educativo na sua prática profissional.

Assim é que o enfermeiro-educador vai se forjando na prática enquanto esta o (re)forma e (trans)forma. Desta maneira o enfermeiro-educador, parafraseando Freire (2011, p. 67), “precisa se mover com clareza na sua prática. Precisa conhecer as diferentes dimensões que caracterizam a essência da prática, o que podem torná-lo mais seguro de meu próprio desempenho”.

Exige do educador respeito à pessoa que queira mudar ou que recuse a mudança. Dessa maneira o educador não deve negar ou omitir sua posição, entretanto, deve ser capaz de reconhecer o direito do outro de recusá-la (FREIRE, 2011).

Nas palavras de Freire (2011):

Não seria possível à educação problematizadora, que rompe com os esquemas verticais característicos da educação bancária, realizar-se como prática da liberdade, sem superar a contradição entre o educador e os educandos. [...] Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem. (p. 68).

A educação para a libertação deve privilegiar o exercício da compreensão crítica da realidade e possibilitar não só a leitura da palavra, a leitura do texto, mas também a leitura do contexto, a leitura do mundo:

A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres “vazios” a quem o mundo “encha” de conteúdos; não pode basear-se numa consciência especializada, mecanicistamente compartimentada, mas nos homens como “corpos conscientes” e na consciência como consciência intencionada ao mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo. (FREIRE, 2004, p.67).

Um dos principais desafios para desencadear as transformações necessárias na formação dos enfermeiros, diz respeito aos docentes. As resistências às mudanças, a pouca reflexão sobre a docência, o distanciamento dos serviços de saúde com o reforço à clássica dicotomia entre o pensar e o fazer e, a fragmentação do conhecimento, presentes em boa parte da prática dos docentes, constituem algumas das contradições que necessitam de enfrentamento e superação.

Portanto, além de projetos pedagógicos alinhados à nova DCN/ENF as mudanças demandam

Educadores que tenham a clareza de que os processos de mudança em educação necessitam primeiramente passar pelo educador e que este assuma o seu processo de mudança que através de sua prática pedagógica, da relação pesquisa e trabalho, passe a vivenciar os desafios que as realidades práticas impõem. (ABEn, 2004b)

A sugestão, verbalizada por uma das professoras, da reinserção da disciplina de Didática no currículo do curso, evidencia a compreensão as necessidade de qualificar a formação do enfermeiro-educador a partir da interlocução efetiva com os conhecimentos da área da Educação. A valorização da disciplina de didática revela, também, um reconhecimento desse campo de estudo para a formação do enfermeiro-educador.

Reforçam, portanto, a ideia de Rios (2003) de que:

É importante considerar o ensino como uma prática social específica, que se dá no interior de um processo de educação que ocorre informalmente, de maneira espontânea, ou formalmente, de maneira sistemática, intencional e organizada. É a este último que nos referimos, quando o mencionamos como objeto da Didática. Ela se volta para o ensino que se desenvolve na instituição escolar, realizado a partir da definição de objetivos, da organização de conteúdos a serem explorados, da proposição de uma avaliação do processo (p. 52).

A Didática, portanto, quer como ciência ou disciplina a ser oferecida no currículo, provavelmente, possibilitará operacionalizar a interligação entre a teoria e

a prática de maneira que se possa agrupar, organicamente, os conteúdos das demais disciplinas (LIBÂNEO, 1994). Deste modo a Didática proporciona o espaço de diálogo com os diversos saberes que estão a sua volta.

Para tal, segundo Rios (2003, p. 57), a Didática:

Enfrenta o desafio de buscar alternativas para pensar o ensino – ele também ameaçado de fragmentação – de modo crítico e ampliado. Isto implica uma provocação à revisão de conteúdos, de métodos, de processos avaliativos, de currículo, enfim.

Entretanto Reibnitz (2004, p. 24) reforça que:

Não basta a inclusão de disciplinas com abordagens epistemológicas para atingir o perfil do profissional crítico-criativo. É necessário que o corpo docente convencido da inseparável abordagem epistemológica também esteja motivado e disposto a provocar a crítica para a mudança. Tem sido ilusório tentar mudar a formação somente com um processo paralelo, desprovido de uma reflexão da prática pedagógica.

Freire (2004) ressalta que toda a prática educativa implica uma teoria educativa, já que para ele não pode haver a separação entre teoria e prática. Assim, para ele, a práxis educativa se dá na ação-reflexão. Em outras palavras o professor deve ter consciência de que sem a curiosidade epistemológica que o move e inquieta “não aprende nem ensina” (FREIRE, 2011, p. 83).

A nova proposta de formação de enfermeiros guarda, portanto, a necessidade de se assumir uma postura crítica e criativa que se efetiva na articulação entre a educação, a saúde e o campo da prática profissional. Requer, também, o compromisso das entidades de classe e dos educadores para a construção dos caminhos possíveis e da superação das dificuldades durante esta trajetória.

### **Categoria 3 – Reflexões e contribuições de um grupo de professores para a qualificação da formação dos enfermeiros: *O Fórum das Escolas***

A enfermagem nacional<sup>9</sup>, ao longo dos anos, tem participado da caminhada de construção e reconstrução do currículo de formação dos enfermeiros, especialmente, através da mediação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) que, desde a sua fundação em 1923, tem conduzido as discussões em

---

<sup>9</sup> Quando me refiro à Enfermagem Nacional neste texto, estou me referindo à toda a comunidade de Enfermeiros, dentro do território Nacional, que vem se organizando e participando nos diversos espaços culturais, sociais e políticos.

busca da articulação nacional do processo de construção coletiva das políticas e propostas que dizem respeito à educação em enfermagem (BAPTISTA, 2004).

Conforme Alves (2000, p. 26) as atividades mediadas pela ABEn Nacional e de suas regionais busca fazer com que:

[...] os segmentos representativos da categoria de enfermagem ao se posicionarem, analisem, discutam, definam e assumam o compromisso com a categoria, para que as mudanças venham a ocorrer em favor do profissional e da qualidade de assistência a ser prestada.

Assim é que a formação de profissionais capazes de atuar frente às demandas de atenção à saúde tem mobilizado profissionais, educadores e entidades de classe.

Um espaço potencial de articulação da categoria tem sido os Congressos Nacionais e os Seminários Nacionais de Diretrizes de Educação em Enfermagem (SENADENs). Estes últimos dedicados a debater o ensino da enfermagem brasileira na busca de alternativas de qualificação para a formação.

Bagnato e Rodrigues (2007) afirmam que é possível identificar uma postura política da ABEn, ao tomar para si a responsabilidade de mediar as discussões sobre a formação do enfermeiro consonante a DCN/ENF, sob pena de, caso se eximisse do processo, correr o risco de perder a centralidade histórica que a entidade sempre teve na formulação de propostas para a educação em enfermagem.

Este compromisso é reiterado durante o 8º. SENADEN na cidade de Vitória, no ano de 2004:

Educação em Enfermagem é um tema historicamente debatido pela ABEn, que desde cedo reivindicou para si, como uma entidade civil, a responsabilidade e o compromisso de coletivamente construir as bases ético-filosóficas, técnico-científicas e sócio-políticas da formação em enfermagem, compreendendo também ser a educação um processo de eterno vir a ser, ou seja, um movimento de mudanças. Mudanças essas, promovidas pelos processos de transformações que as questões políticas e sociais impõem, mas, sobretudo aquelas determinadas pelos novos olhares das visões de mundo, isto é, a consciência crítica que de forma sutil e progressiva vamos nos apropriando (ABEn, 2004b, p. 10).

Assim a necessária qualidade do ensino desafia os profissionais e educadores a buscar a atualização contínua do seu conhecimento e das suas práticas pedagógicas e profissionais.

Nesse contexto o Fórum das Escolas mantido pela ABEn-RS tem um importante papel na articulação entre os saberes dos diferentes cursos de graduação em enfermagem, ajudando-os a compartilhar experiências, desejos e

propostas pedagógicas objetivando construir alternativas para a formação dos enfermeiros em suas regiões de inserção. Deve procurar também propiciar a análise crítica da realidade atual da educação em enfermagem considerando o compromisso de toda a categoria profissional com o direito da população a uma saúde de qualidade.

Inclui-se aqui o compromisso de formar profissionais política e socialmente engajados com a construção do SUS, fazendo com que as mudanças efetivamente se concretizem. Assim reafirmamos que essas transformações precisam ultrapassar os discursos, recomendações ou intenções político-governamentais, caso contrário seria um marcar passos nas coisas que já aí estão (ALVES, 2000).

Nessa direção, entretanto, necessita superar as dificuldades apontadas pelos nossos interlocutores tornando-se um espaço mais proativo e próximo dos seus integrantes. Precisa encontrar formas de ampliar a inserção das demais instituições que por diferentes razões não tem participado de suas atividades.

## 7 CONCLUSÕES

1) As propostas curriculares, expressas nos PPP dos Cursos investigados, possuem estreita aderência ao perfil proposto na DCN/ENF e preveem o desenvolvimento das competências profissionais conforme estabelecido naquele documento;

2) Ainda que os PPP apontem para a formação por competências há uma grande dificuldade dos docentes e acadêmicos no entendimento e operacionalização desta proposta formativa;

3) A utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem está prevista na maioria dos PPP e parece incorporada na prática dos docentes. A Problematização é apontada, prioritariamente, nos PPP e nas entrevistas, entretanto afirmar que há o efetivo entendimento da aplicabilidade da metodologia demanda uma investigação mais aprofundada;

4) A inserção precoce dos acadêmicos no cenário de saúde é utilizada como estratégia para o desenvolvimento de competências e da consciência cidadã pelos Cursos;

5) A totalidade dos PPP prevê a inclusão de conhecimentos sobre Educação em Saúde, quer como conteúdos curriculares obrigatórios ou eletivos. Entretanto, observa-se uma carga-horária bastante reduzida destas disciplinas;

6) Evidencia-se uma preocupação da maioria dos docentes em estabelecer espaços de formação aliados à pesquisa e a Extensão de modo a assegurar a formação integral dos acadêmicos;

7) O Fórum das Escolas organizado pela ABEn-RS é considerado pelos docentes como um espaço qualificado de discussão sobre a formação do enfermeiro. Entretanto, segundo eles a participação das Escolas ainda é bastante pequena de modo que as reflexões não atingem a um número significativo de Cursos de Enfermagem.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse estudo está baseado na *curiosidade epistemológica* da pesquisadora construída ao longo de sua trajetória docente. Curiosidade esta que nasce da sua prática como professora de um curso de graduação em enfermagem há mais de dez anos. Prática esta, totalmente atravessada pelas subjetividades da professora-enfermeira.

O objetivo principal desta tese era analisar a coerência entre o que está proposto na DCN e as propostas pedagógicas e curriculares dos cursos de graduação em enfermagem, nas Instituições de Ensino Superior (IES), com ênfase no desenvolvimento da competência para a atuação do enfermeiro como educador em saúde.

Ao colocar estas questões, encaminhamos uma discussão sobre como tem se dado o processo de formação dos enfermeiros em tempos pós DCN? Quais aproximações e quais distanciamentos desta orientação legal se evidenciam nos cursos investigados? Quais estratégias pedagógicas estão sendo utilizadas pelos docentes? E, principalmente, como o enfermeiro-educador se constitui ao longo de seu percurso formativo.

Ao definir investigar os cursos de Enfermagem que participam do Fórum das Escolas da ABEn-RS fizemos uma escolha também por compreender como os espaços coletivos influenciam ou influenciaram as propostas curriculares em curso nas IES.

Os currículos oficiais para a formação de enfermeiros foram inspirados, historicamente, por uma perspectiva positivista de ciência. Nesse modelo o conhecimento está, prioritariamente, organizado em disciplinas isoladas, em que se verifica o aumento da especialização à medida que o aluno vai avançando na sua formação. Também na realidade investigada, ainda que se reconheça um grande movimento dos cursos e de seus docentes, no sentido de superar este modelo curricular observamos que a maioria deles mantém um modelo organizado em disciplinas e dividido em ciclo básico e profissionalizante.

A estrutura “departamental” da Universidade é apontada também pelos docentes como um fator que dificulta uma visão mais integrada da formação. Também destacam as possibilidades de qualificar a formação ao se assumir,

efetivamente, uma cultura universitária baseada na indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão.

No que se refere às propostas curriculares e pedagógicas percebemos que ainda persiste grande indefinição entre as concepções e o modo de operacionalizar a formação por competências, consistindo, portanto, na nossa ótica como o ponto de maior distanciamento da DCN/ENF.

O predomínio das concepções de ensino e práticas pedagógicas ativas de ensino-aprendizagem ficou evidenciado nos PPP e falas dos docentes da maioria dos cursos. Entretanto, não pudemos perceber se há uma efetiva compreensão dos docentes da complexidade destas metodologias bem como da necessidade de investimentos das IES em estrutura e capacitação pedagógica. Talvez não estejam certas de que a ruptura com os modelos tradicionais de ensino exige uma intencionalidade e uma reflexão sistematizada, em especial, em relação aos saberes que são necessários a essa 'nova prática'. A primazia da atenção curativa sobre a preventiva e das experiências hospitalares na formação dos alunos, ao longo da história favoreceu o desenvolvimento de uma visão 'dicotomizada' que não favorece que os discentes apreendam o fenômeno saúde-doença nas suas múltiplas facetas e condicionantes.

Os dados investigativos evidenciaram a percepção dos docentes de que os discentes somente se sentem "Enfermeiros" quando associam sua atividade aos procedimentos técnicos da profissão. Esse desejo manifesto pode contribuir para que eles não percebam a importância da dimensão educativa na sua formação, uma vez que os aspectos técnicos marcaram e ainda hoje marcam o imaginário sobre a profissão.

A totalidade dos PPP prevê a inclusão de conhecimentos sobre educação em saúde, quer como conteúdos curriculares obrigatórios ou eletivos. Entretanto, a carga-horária reduzida e a baixa qualificação dos docentes sobre as questões pedagógicas pode fragilizar o desenvolvimento das competências e habilidades requeridas a esta prática, uma vez que a formação do enfermeiro-educador supõe uma prática pedagógica que fundamente a teoria, a qual, por sua vez, sustenta a atividade prática do ato de educar.

Nossas interlocutoras entendem a superação desta realidade depende do compromisso dos docentes e dos discentes na busca de recursos que subsidiem a formação do enfermeiro-educador. A inserção da disciplina de Didática nos

currículos pode ser um recurso valioso e parte essencial da formação e mobilização de saberes da prática docente. Essa condição, entretanto, não deve desresponsabilizar os demais professores, uma vez que estas são iniciativas que se complementam.

Acreditar que mudanças são possíveis, ainda que isso ocorra em meio a contradições, é contribuir para a legitimação de uma nova cultura, alicerçada no diálogo constante entre os pares e na reflexão das suas práticas. Desse modo, a participação dos coordenadores e docentes no Fórum das Escolas é reconhecida como condição para a construção de uma proposta coletiva para a educação em enfermagem e para a própria profissão.

Ao finalizar acreditamos que, ao centralizar nos cursos e nos docentes o nosso interesse de interlocução, contribuimos para desencadear um processo de reflexão sobre a formação dos enfermeiros e sobre as práticas pedagógicas de nossos interlocutores. Nesse sentido cremos que atribuímos à pesquisa um papel formador que complementa sua dimensão informativa. Nosso intuito principal, pois, foi atingido. Com ele pensamos contribuir para uma reflexão permanente, estimuladora de novas pesquisas e de práticas comprometidas com a qualidade da formação e, conseqüentemente, da atenção à saúde.

## REFERENCIAS

ABDALLA, IG; STELLA, RCR; PERIM, GL; AGUILAR-DA-SILVA, RH; LAMPERT, JB; COSTA, NMSC. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. **Rev. bras. educ. med.** [online]. vol.33, suppl.1, pp. 44-52, 2009.

ABEN. Associação Brasileira de Enfermagem. A construção coletiva de um ator no movimento das transformações da educação em saúde no Brasil FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde. **Jornal da ABEn**, Brasília, ano 46, n. 4, out/nov./dez. 2004a.

\_\_\_\_\_. 8º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem .

**Anais.** Vitória, ES, 2004b. Disponível em:

[www.abennacional.org.br/download/8\\_senaden.pdf](http://www.abennacional.org.br/download/8_senaden.pdf). Acesso em: 25 mar. 2012.

ABREU, JRP. **Contexto atual do ensino médico:** metodologias tradicionais e ativas: necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas. 2009, 105f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA J.S.Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática.** 2. ed. São Paulo: Cortez; 1989.

ALMEIDA, AH; SOARES, CB. Ensino de educação nos cursos de graduação em enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online] vol. 63, n.1, p. 111-16, 2010,

ALVES, ED. **O agir comunicativo e as propostas curriculares da enfermagem brasileira.** 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n.16, p. 39-52, set.2004/fev. 2005.

BAGNATO MHS, RODRIGUES RM. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Rev Bras Enferm.** v. 60, n. 5.p. 507-12, 2007.

BAPTISTA, GL. **A dimensão educativa nos cursos de Graduação em Enfermagem:** um estudo sobre a formação inicial. 2004, p. 121. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-graduação em Educação, UNISINOS, São Leopoldo, 2004.

BASTABLE, SB. **O enfermeiro como educador:** princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3 ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Ed Rev. E Ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERBEL, NAN. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. *Sêmia*, Londrina, v. 16, n.2, Ed Esp., p. 9-19, out, 1995.

\_\_\_\_\_. A Problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BISPO, JPJ. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**, 2009, vol.16, n.3, p. 655-668. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/05.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2011.

BORDENAVE, JD; PEREIRA, AM. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 12. ed., Petrópolis, Vozes, 1991.

BORDENAVE, JD. **Alguns fatores pedagógicos**. Texto traduzido e adaptado por Maria Thereza Grandi do artigo 'La Transferencia de Tecnología Apropriada al Pequeño Agricultor (Bordenave, JED, Revista Interamericana de Educación de Adultos, v. 3, n. 1-2 – PRDE-OEA), OPAS, Brasília, 1983. Disponível em: [http://www.ufpe.br/medicina/images/Textos\\_recomendados/alguns\\_fatores\\_pedagogicos.pdf](http://www.ufpe.br/medicina/images/Textos_recomendados/alguns_fatores_pedagogicos.pdf)

BOURDIEU, P. Estrutura, *Habitus* e Prática. In: BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. Trad. Sérgio Miceli. São Paulo: Perspectiva, 1994.

BRASIL. **Lei nº 8.080**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde On-line** [Página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm> Acesso em 14 set. 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Pareceres CNE/CES nº 213/2008. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de março de 2009.

BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 1º e 2º sem . 2000.

CANDEIAS, NMF. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: Mudanças Individuais e Mudanças Organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-13, mai/Set. 1997.

CARRARO, TE; PRADO ML; SILVA DGV, RADÜNZ, V, KEMPFER, SS; SEBOLD LF. Socialização como processo dinâmico de aprendizagem na enfermagem: uma proposta na metodologia ativa. **Invest Educ Enferm**, Colômbia, v. 29, n.2, p. 248-254. 2011.

CARVALHO VLS; CLEMENTINO, VQ; PINHO, LMO. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 243-8, mar/abr. 2008.

CUNHA, MI; LEITE, DBC. **Decisões pedagógicas e estruturas de poder na universidade**. Campinas: Papirus, 1996.

CUNHA, RR. **Educação libertadora como possibilidade de empowerment de pessoas estomizadas**: desafio ao cuidado de enfermagem. 2010. 234f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

DILLY, CML; JESUS, MCP. **Processo Educativo em Enfermagem**: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

ESPINOZA, LMM. **A Práxis Educativa de Enfermagem no Cuidado Hospitalar**: discursos de enfermeiras. 2007. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FEUERWERKER, LC M.; SENA, RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface Botucatu** [online]. v.6, n.10, p. 37-49, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: UNESP, 2001.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GADOTTI, M. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. São Paulo: Cortez, 1991.

GALLEGUILLOS, TGB; OLIVEIRA, MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 35, n.1, p. 80-87, mar. 2001.

GERMANO, RM. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1993.

GIMENO SACRISTÁN, J; PÉREZ GOMÉZ, AI. **Compreender e transformar o ensino**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

GIMENO SACRISTÁN, J. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

GOLDIM, JR. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. [2. ed. rev., ampl.] Porto Alegre, RS: Dacasa, 2000.

GOMES, AP. (Trans) **Formação da educação médica: é possível mudar o perfil do egresso com base em modificações no método de ensino-aprendizagem?** 2011. 135 f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

ITO, EE; PERES, AM; TAKAHASHI, RT; LEITE, MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. v. 40, n.4, p. 570-575, 2007.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, vol. 10, n. 4, p. 481-490, Oct/Dec, 1994.

LIBÂNEO, JC. **Democratização da Escola Pública**. São Paulo: Loyola, 1990.

\_\_\_\_\_. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

LIMA, VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n.17, p. 369-79, mar/ago, 2005.

LOPES, MMB. **Educação em enfermagem e praxis da enfermeira na atenção básica de saúde**. 2009. 270 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

LUCKESI, CC. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUNELLI, T. **Equipes de saúde da família: concepções e práticas de educação em saúde** [dissertação de mestrado]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí; 2006.

MANFROI, WC; MACHADO, CLB; DORNELES, MA; RIBEIRO, EC; BORDIN, R. Estratégias para a implementação de um projeto de pós-graduação em Educação e saúde na faculdade de medicina da universidade federal do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 12, n. 1, p. 127-132, 2007.

MELO, JAC. Educação Sanitária: uma visão crítica. **Cadernos do Cedes-educação e saúde**. São Paulo, n. 4, p.28-43, 1987.

MELO, G; SANTOS, RM; TREZZA MCSF. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 58 n. 3, p. 290-5, maio/jun. 2005.

MEYER, DE. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio histórica. IN: WALDOW, VR; LOPES, MJ M.; MEYER, DE. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MEYER, DE. Espaços de Sombra e Luz: reflexões em torno da dimensão educativa da enfermagem. IN: MEYER, DE; WALDOW, VR; LOPES, MJ. (org.). **Marcas da Diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MITRE, SM; SIQUEIRA-BATISTA, R; MENDONÇA, JMG; PINTO, NMM; MEIRELLES, CAB; PORTO, CP; MOREIRA, T; HOFFMANN, LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & saúde Coletiva** [online]. v. 13, (supl. 2), p. 2133-2144, 2008.

MORAES, MCM. "A teoria tem consequências": indagações sobre o conhecimento no campo da educação. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 30, n. 107, p. 585-607, maio/ago. 2009.

MOREIRA, AFB; SILVA, TT. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In. MOREIRA, AFB; SILVA, TT (org). **Currículo, Cultura e Sociedade**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2002, cap. 1, p. 7-38.

MOREIRA, AFB; CANDAU, VM. Currículo, conhecimento e cultura. In: BRASIL. Ministério da Educação. **Indagações sobre currículo**. Organização do documento Jeanete Beauchamp, Sandra Denise Pagel, Aricélia Ribeiro do Nascimento. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Ensfund/indag3.pdf>

MOURA, ERF; SOUSA, RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1809-1811, nov/dez. 2002.

NAKAMAE, D. **Novos caminhos da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987.



NIETSCH, EA. As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. IN: SAUPE, R (org) **Educação em enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Ed. da UFSC. 1998.

ORGANIZAÇÃO Internacional do Trabalho (OIT). **Certificação de Competências Profissionais**. Análise Qualitativa do Trabalho, Avaliação e Certificação de Competências: referenciais metodológicos. Brasília: OIT; 2002.

OLIVEIRA, MAC; VERISSIMO, MLOR; PÜSCHEL, VA; RIESCO, MLG. Desafios da formação em enfermagem no Brasil: proposta curricular da EEUSP para o bacharelado em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. esp, p. 820-825, 2007.

PARANHOS, VD; MENDES, MMR. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.18, n.1, pp. 109-115, jan-fev. 2010.

PINAFO, Elisangela. **Educação em saúde**: o cotidiano da equipe de saúde da família. 210. 131 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2010.

PERRENOUD, P. **Construir competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

\_\_\_\_\_. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PERRENOUD, P. et al. **Formando Professores Profissionais**: Quais estratégias? Quais competências? 2. ed. rev. Porto Alegre: ArtMed, 2001.

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.

PRADO, E. Da formação por competências à pedagogia competente. **Revista Múltiplas Leituras**, v.2, n. 1, p. 115-130, jan- jun. 2009.

REIBNITZ, KS. **Profissional crítico-criativa em enfermagem**: a construção do espaço interseçor na relação pedagógica. 2004, 147p. Tese [Doutorado em Enfermagem] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

REIBNITZ, KS. PRADO, ML. **Inovação e Educação em Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006. 239p

RODRIGUES MLV; FIGUEIREDO JFC. Aprendizado centrado em problemas. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 29: p. 396-402, out./dez. 1996.

RIOS, TA. **Ética e Competência**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

\_\_\_\_\_. **Compreender e ensinar**: Por uma docência de melhor qualidade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, MP et al. A Educação em Saúde no Currículo de um Curso de Enfermagem: O Aprender Para Educar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 2, n. 27, p. 92-185, junho. 2006.

ROSSO, CFW; COLLET, N. - Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista> acessado em 15/11/2002

SAKAI, MH; LIMA, GZ de. PBL uma visão geral do método. **Olho Mágico**, Londrina, v. 2, n. 5/6 (Especial), nov. 1996.

SAUPE, R. **Ensinando e aprendendo enfermagem**: a transformação possível. São Paulo: USP, 1992, 200 p. TESE (Doutorado em Enfermagem): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1992.

SAUPE, R (org.). **Educação em enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Ed. da UFSC. 1998.

\_\_\_\_\_. (org.). **Preparo do enfermeiro para ser educador**: realidade e possibilidades. Florianópolis, 1999. Disponível em: [http://www.ccs.ufsc.br/enfermagem/educacao/livro\\_virtual/resultados.htm](http://www.ccs.ufsc.br/enfermagem/educacao/livro_virtual/resultados.htm). acessado em 13 set. 2011.

SAUPE, R.; BENITO, GAV; WENDHAUSEN, ALP; CUTOLO, LRA. Conceito de Competência: validação por profissionais de saúde. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v. 8, n.18 pp. 31-37, 2006.

SAVIANI, N. **Saber escolar, currículo e didática**: problemas da unidade conteúdo/método no processo escolar. 4. ed. Campinas: Autores Associados, 2003.

SCHMIDT, SMS. **O processo de formação dos cursos de graduação em medicina e odontologia, nos serviços de atenção básica**. 2008. 181 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SEBOLD, LF; MARTINS, FE; ROSA, R; CARRARO, TE; MARTINI JG, KEMPFER, SS. Metodologias Ativas: uma inovação na disciplina de Fundamentos PARA O Cuidado Profissional de Enfermagem. **Cogitare Enferm.** v.15 n.4, p. 753-6 Out/Dez, 2010

SILVA, TT. Os novos mapas culturais e o lugar do currículo numa paisagem pós-moderna. IN: **Identidades terminais**: as transformações na política da pedagogia e na pedagogia da política. Petrópolis: Vozes, 1996.

SILVA, TT. **Documentos de Identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte. Autêntica, 1999.

SILVA, MG; FERNANDES, JD; TEIXEIRA, GAS; SILVA, RMO. Processo de formação do(a) enfermeiro(a) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. v. 19, n.1, p. 176-84. Jan-Mar, 2010

SOARES, NT; AGUIAR AC. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 5, p. 895-905, set./out., 2010.

TERRA, FS; SECCO, IAO; ROBAZZI, MLC. Perfil dos docentes de cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas e privadas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 26-33, jan./mar. 2011.

TERRIEN, J; LOIOLA, FA. Experiência e competência no ensino: pistas de reflexões sobre a natureza do saber-ensinar na perspectiva da ergonomia do trabalho docente. **Educação & Sociedade**, 2001, vol.22, n.74, p.143-160. abr.

TSUJI, H; AGUILAR-DA-SILVA, RH. **Currículo integrado por Competências** Profissionais: reflexão sobre o trabalho desenvolvido na Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA. 2006. [online]. Acesso em: 20 jan. 2012. Disponível em: [www.gestaouniversitaria.com.br](http://www.gestaouniversitaria.com.br).

TRAPE, CA. **A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria praxis**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

UNIKOVSKY, M, A.; LAUTERT, L. A formação profissional do Enfermeiro: reflexão, ação e estratégias. IN: SAUPE, R. (org.). **Educação em enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Ed. da UFSC. 1998.

VÍCTORA, CG; KNAUTH, DR; HASSEN, MNA. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

XAVIER, IM. O currículo como expressão do projeto pedagógico: um processo flexível. Texto elaborado a partir da Oficina de Trabalho de Niterói-RJ. **FORGRAD**. Niterói, 2000.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Brokman, 2005.

## APÊNDICES



## **APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com coordenadores de curso**

Coordenador(a):

Instituição:

1. Na tua concepção o currículo do curso de Graduação em Enfermagem da Instituição em que atuas está alinhado aos pressupostos da DCN? Quais fatores consideras como pontos de maior aproximação e/ou distanciamento?
2. Como o colegiado docente compreende as competências requeridas ao Enfermeiro? Há um espaço de discussão permanente sobre a formação definida pela DCN?
3. Quais as principais competências e habilidades definidas na proposta de formação em tua instituição?
4. Que estratégias de ensino-aprendizagem são utilizadas, prioritariamente, pelos professores para o desenvolvimento das habilidades e competências definidas no PPP?
5. Consideras que há um espaço prioritário no currículo para a competência necessária à atuação na educação em saúde dos indivíduos e coletividades? Como se concretiza esta possibilidade?
6. Como avalia a contribuição do Fórum das Escolas promovido pela ABEN-RS para as discussões e implementação da proposta curricular na Instituição em que atuas?

## **APÊNDICE C – Roteiro para entrevista com os docentes da disciplina de Educação em Saúde**

Professor(a):

Instituição:

1. Na tua percepção como os docentes e discentes compreendem as habilidades e competências necessárias ao Enfermeiro para atuar frente às demandas de educação em saúde dos indivíduos e coletividades?
2. Há um espaço permanente de discussão sobre a formação necessária?
3. Quais as principais habilidades e/ou competências que se busca desenvolver durante o percurso formativo oferecido pela Universidade a fim de preparar o acadêmico para atuar frente às demandas de educação em saúde?
4. Que estratégias de ensino-aprendizagem são utilizadas, prioritariamente, na disciplina que ministras, para o desenvolvimento das habilidades e competências pretendidas?
5. Na tua percepção como estas habilidades e competências se materializam nas diferentes atividades desenvolvidas pelos acadêmicos ao longo de sua formação?
6. Consideras que o enfermeiro formado pelo curso percebe seu papel como educador em saúde e o desenvolve durante sua atividade profissional?

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da tese de doutorado (ou pós-graduação, dissertação, tese, projeto institucional) intitulado: DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PARA AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DE ENFERMEIRO. O trabalho será realizado pelo acadêmico GLADIS LUISA BAPTISTA do curso de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas da UFRGS, orientado pelo, professor Dr. José da Silva Moreira. Os objetivos deste estudo são analisar a coerência do que está proposto na DCN e os currículos de graduação em enfermagem, em curso nas IES, com ênfase no desenvolvimento da competência para a atuação do enfermeiro como educador em saúde; identificar a influência, da participação dos docentes no Fórum das Escolas promovido pela ABEn – RS, na concepção das propostas curriculares; verificar qual o espaço e quais estratégias são utilizadas, no processo de formação dos enfermeiros, para o desenvolvimento da competência para atuar na educação em saúde.

Sua participação nesta pesquisa será voluntária e consistirá em responder uma entrevista que será realizada pela pesquisadora. Esta entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita para a análise dos dados.

A sua participação nesse estudo não apresenta riscos diretos e/ou indiretos.

A sua participação nesta pesquisa estará contribuindo para que se possa avaliar o processo de formação dos enfermeiros no sentido de contribuir para a reflexão e mudanças neste cenário.

Garantimos o sigilo de seus dados de identificação primando pela privacidade e por seu anonimato. Manteremos em arquivo, sob nossa guarda, por 5 anos, todos os dados e documentos da pesquisa. Após transcorrido esse período, os mesmos serão destruídos.

Você tem a liberdade de optar pela participação na pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem a necessidade de comunicar-se com o(s) pesquisador(es).

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será rubricado em todas as folhas e assinado em duas vias, permanecendo uma com você e a outra deverá retornar ao pesquisador. Abaixo, você tem acesso ao telefone e ao endereço eletrônico institucional do pesquisador responsável, podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, em qualquer momento no decorrer da pesquisa.

Telefone institucional do pesquisador responsável: 35868800 ramal 8805

E-mail institucional do pesquisador responsável: gladisb@feevale.br

Nome do pesquisador responsável: GLADIS LUISA BAPTISTA

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Declaro que li o TCLE: concordo com o que me foi exposto e acei pesquisa proposta.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa



## APÊNDICE E – Termo de Compromisso de uso de dados

Título do Projeto

DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PARA AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS	Cadastro no CEP
--	-----------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima.

Novo Hamburgo, 19 de outubro de 2011.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Gladis Luisa Baptista	
José da Silva Moreira	