

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO

DA ÁREA DA SAÚDE: UM DESAFIO EDUCACIONAL

DENISE MARIA GASTALDO

034250

PORTO ALEGRE, 1990

A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO  
DA ÁREA DA SAÚDE: UM DESAFIO EDUCACIONAL

DENISE MARIA GASTALDO

Dissertação apresentada para a  
obtenção do título de Mestre em  
Educação no Curso de Pós-Gradua  
ção da Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul.

ORIENTADOR: PROF. DR. JUAN ANTONIO TIJIBOY, EdD

PORTO ALEGRE, 1990

G255f Gastaldo, Denise Maria.

A formação de profissionais de nível médio da área da saúde : um desafio educacional / Denise Maria Gastaldo. - Porto Alegre : Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, 1990.  
221 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CDU: 373.6:614.253.5  
614.253.5:373.6  
316.47:616-083  
616-083:316.47  
371.313:614.253.5-057.4:373.6:616-083  
614.253.5-057.4:373.6:616-083:371.313  
373.6:616-083:371.313:614.253.5-057.4  
616-083:373.6:614.253.5-057.4:371.313  
371.133.2:614.253.5-057.4:373.6:616-083  
614.253.5-057.4:373.6:616-083:371.133.2  
616-083:371.133.2:614.253.5-057.4:373.6

#### ÍNDICES ALFABÉTICOS PARA O CATÁLOGO SISTEMÁTICO

- Estudo participativo: Enfermeiros professores: Curso de nível médio: Enfermagem  
371.313:614.253.5-057.4:373.6:616-083
- Enfermeiros professores: Curso de nível médio: Enfermagem: Estudo participativo  
614.253.5-057.4:373.6:616-083:371.313
- Curso de nível médio: Enfermagem: Estudo participativo: Enfermeiros professores  
373.6:616-083:371.313:614.253.5-057.4
- Enfermagem: Curso de nível médio: Enfermeiros professores: Estudo participativo  
616-083:373.6:614.253.5-057.4:371.313
- Formação profissional: Nível médio: Auxiliar de enfermagem  
373.6:614.253.5
- Auxiliar de enfermagem: Formação profissional de nível médio  
614.253.5:373.6
- Ensino profissionalizante de 2º grau: Auxiliar de enfermagem  
373.6:614.253.5
- Prática de ensino: Enfermeiros professores: Curso de nível médio: Enfermagem  
371.133.2:614.253.5-057.4:373.6:616-083
- Enfermeiros professores: Curso de nível médio: Enfermagem: Prática de ensino  
614.253.5-057.4:373.6:616-083:371.133.2
- Enfermagem: Prática de ensino: Enfermeiros professores: Curso de nível médio  
616-083:371.133.2:614.253.5-057.4:373.6
- Relações sociais: Enfermagem  
316.47:616-083
- Enfermagem: Relações sociais  
616-083:316.47

#### Bibliotecárias responsáveis:

Maria Hedy Lubisco Pandolfi, CRB-10/130  
Neliana Schirmer A. Menezes, CRB-10/939

Este trabalho foi realizado como atividade relacionada ao Programa de Educação para o Meio Rural, desenvolvido pelo Curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



## AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Tijiboy, que foi para mim uma lição viva do que significa ser educador;
- Às Prof<sup>as</sup> Gessy Genz e Denise Leite, que de diferentes maneiras me estimularam a realizar o mestrado e em muito colaboram com minha vida profissional;
- Às colegas, enfermeiras docentes que participaram do estudo, por sua sinceridade, interesse em colaborar e desejo de avançar;
- Ao Dinho, pela disponibilidade para a revisão do texto.

## SUMÁRIO

	Página
LISTA DE FIGURAS E QUADROS .....	VIII
RESUMO .....	IX
APRESENTAÇÃO .....	XI
I — DA FORMAÇÃO DE NÍVEL MÉDIO DA ÁREA DA SAÚDE SURGE UMA QUESTÃO A SER INVESTIGADA .....	1
II — IMERGINDO NA PROBLEMÁTICA DO ESTUDO: A BUSCA DE COM- PREENSÃO HISTÓRICO-TEÓRICA .....	11
1 — A enfermagem pré-profissional e seus estigmas: <u>i</u> moralidade, desqualificação e submissão .....	11
2 — As primeiras escolas de qualificação no Brasil .	17
3 — A introdução da enfermagem profissional no país via sanitarismo .....	23
4 — A consolidação da enfermagem profissional: moral rígida, distanciamento dos práticos e rechaço à formação de nível médio .....	29
5 — O redimensionamento das políticas de saúde e as transformações na enfermagem .....	34
6 — A criação da profissão "auxiliar de enfermagem" e seus cursos preparatórios .....	37
7 — A formação do auxiliar de enfermagem prevista em lei .....	41

	Página
8 — A hospitalização da área da saúde: incremento aos cursos de nível médio e à divisão social do trabalho .....	45
9 — A consolidação do enfoque curativo na assistência à saúde .....	49
10 — A enfermagem como profissão de não-profissionais.	54
11 — As mudanças na formação em enfermagem por força da lei .....	58
12 — O desencadear de transformações na saúde e na enfermagem .....	70
13 — Trabalho e escola: uma aliança perquirida pelas teorias da reprodução .....	78
14 — O legal e o real nos cursos de auxiliar de enfermagem .....	83
15 — A forma/fôrma das consciências no cotidiano escolar .....	88
16 — Resistência como prática docente no espaço escolar .....	99
III — ESTUDANDO, DEFININDO E UTILIZANDO ESTRATÉGIAS PARA ABORDAR O PROBLEMA DE PESQUISA .....	103
1 — Instrumento de pesquisa .....	105
2 — Delimitação do campo e atores do estudo .....	106
3 — Procedimentos .....	107
IV — UMA ESCOLA DE FORMAÇÃO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM COMO AMBIENTE DO ESTUDO .....	111
1 — A escola .....	111
2 — A estrutura do curso de formação de auxiliar de enfermagem .....	114
3 — Os professores .....	116
4 — Os alunos .....	117

	Página
V — PARTICIPAÇÃO, CONSTRUÇÃO DE CONSCIÊNCIAS E TRANSFORMAÇÃO: OS RESULTADOS DO ESTUDO .....	123
1 — Conhecendo docentes que atuam na formação do auxiliar de enfermagem — uma introdução às suas percepções .....	124
2 — Um abismo entre a intenção e a ação: da inércia ao arrancar para uma ação-reflexão participativa .....	130
3 — A culpa é do aluno: contradições entre pensar-se crítico e uma prática docente crítica .....	132
4 — Ninguém dá o que não tem: os professores justificam a sua prática .....	136
5 — A formação dos professores e a reprodução do experienciado nela como elementos da prática docente .....	137
6 — Reflexão e crítica da realidade como condição para desencadear mudanças .....	139
7 — Auto-crítica, identificação e competência para mudança .....	142
8 — Aprendendo a fazer diferente: a reflexão descolada da ação como forma de resistência e a ação como condição para a transformação do grupo .....	150
9 — Participação como conquista de poder e agudização de consciências .....	158
10 — A participação e as transformações desencadeadas .....	163
VI — O DESAFIO CONTINUA .....	177
ANEXOS .....	185
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	215

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

	Página
QUADRO 1 — Situação da saúde no Brasil (1980) .....	72
QUADRO 2 — Realidade da dívida social do Brasil (1980) ..	72
QUADRO 3 — Distribuição do pessoal de enfermagem em hospi- tais brasileiros (1985) .....	75
QUADRO 4 — Quadro-resumo do desenvolvimento da pesquisa .	109
FIGURA 1 — Composição da enfermagem brasileira em 1956 e 1983 .....	75

## RESUMO

O estudo que aqui se apresenta trata da formação de profissionais de nível médio da área da saúde, mais especificamente do auxiliar de enfermagem. Compreendendo a enfermagem e a formação profissional como resultado de um processo histórico e palco dos mesmos conflitos que permeiam a sociedade, a autora aborda a reprodução das relações sociais de produção no trabalho e no ensino de enfermagem, retomando a história. Entendendo-se que este processo de manutenção do "status quo" pode ser contraposto por posicionamentos de resistência, desenvolveu-se um estudo participativo com um grupo de enfermeiros docentes da formação de nível médio em enfermagem. Paulatinamente, assumindo o estudo como seu, o grupo sofreu transformações que culminaram na mudança da prática docente por parte de alguns professores.

"Estou preso à vida e olho meus com-  
panheiros (...)  
Entre eles, considero a enorme rea-  
lidade.  
O presente é tão grande, não nos a-  
fastemos.  
Não nos afastemos muito, vamos de  
mãos dadas (...)  
O tempo é a minha matéria, o tempo  
presente,  
os homens presentes, a vida presen-  
te."

Carlos Drummond de Andrade

## APRESENTAÇÃO

O estudo que a seguir se apresenta é fruto das necessidades vivenciadas por uma profissional da área de saúde em seu trabalho de formação de outros trabalhadores para tal área. Enfermeira licenciada que atuou como professora na formação de auxiliares de enfermagem e em cursos de atualização para os mesmos, a autora recorreu ao mestrado no intuito de melhor elaborar questões que se formulavam ao longo do trabalho cotidiano, quiçá reformulá-las baseada em novos referenciais e ensaiar respostas.

Foi neste processo imanente de necessidades experimentadas que o tema do estudo, a formação do auxiliar de enfermagem, encontrou significado e motivação para ser investigado.

Uma primeira convicção da autora, reiterada no contato com outros docentes, era a de que a questão da formação dos profissionais de nível médio na enfermagem não poderia ser abordada de forma simplista, como apenas mais uma modalidade de ensino técnico.

A compreensão da amplitude da questão passaria



necessariamente pelo seu entendimento enquanto processo e du ca t i v o com profundas raízes na história da enfermagem que se misturam simbioticamente com aspectos políticos e ideológicos da trajetória social do país neste século.

A realização do estudo foi entendida como uma possibilidade de imergir na formação de nível médio em enfermagem, "encharcando-se" no contato com docentes e discentes até encontrar questões mais específicas, significativas deste contexto, para mergulhar com maior profundidade em busca de respostas através de uma pesquisa. Dentro desta perspectiva, a construção do problema a ser investi ga do, bem como a sua abordagem foi resultado de um proce so pa rt i c i p a t i v a t i v o entre a pesquisadora e professores de formação de auxiliar de enfermagem. É decorrência da forma participativa pela qual a investigação foi conduzida, a linguagem utilizada para apresentá-la neste relatório. A intensidade das vivências e as manifestações de seus participantes, próprias de um estudo qualitativo, conduzem a uma linguagem que tenta dar conta do experienciado não utilizando padrões pré-estabelecidos. Antes, recorre-se a alternativas, tais como a metáfora, no intuito de atender a riqueza das questões tratadas.

Outro aspecto experimentado ao longo da realização da pesquisa, foi a insignificante produção científica da enfermagem no que diz respeito à formação e ao trabalho dos profissionais de nível médio. Consistindo numa di fi cu ld a d e, a carência de estudos e pesquisas também foi

entendida como desafiadora, apontando para o potencial da investigação a que se propunha.

A sistematização do estudo que aqui se apresenta se deu a partir da elaboração de um relatório de pesquisa, academicamente denominado **dissertação**. Este está constituído de seis grandes partes. A primeira refere-se ao problema a ser investigado e às questões que o precedem, justificando sua escolha.

A seguir se encontra o referencial teórico e histórico que sustentam e ampliam o problema de pesquisa. Talvez se possa dizer que por si só a reconstituição, ainda que um pouco limitada em suas fontes, da história da formação do auxiliar de enfermagem no Brasil, significa uma contribuição deste estudo ao conhecimento já sistematizado. Dada a inexistência de material semelhante ao alcance da autora e a premência de compreensão de elementos do passado como forma de potencializar o entendimento do presente, optou-se pela produção de tal referencial histórico.

A terceira parte do estudo diz respeito à metodologia utilizada para investigar o problema de pesquisa. Apresentam-se ali considerações sobre a metodologia escolhida, os integrantes do estudo e procedimentos metodológicos vistos como os mais apropriados na condução do estudo.

Visando permitir uma melhor compreensão dos re-

sultados obtidos com o estudo, o capítulo que se sucede é o do contexto do estudo. Nele apresentam-se e caracterizam-se os participantes do estudo e o local onde o mesmo ocorreu.

Como quinto elemento componente do relatório de pesquisa, tem-se os resultados obtidos com a investigação e que tentam dar conta do problema de pesquisa.

Num esforço final de sistematização do aprendido com o estudo, passa-se às conclusões e recomendações que o mesmo possibilitou.

O conjunto do trabalho pretende contribuir com a produção científica em educação e enfermagem. Em suas limitações e virtudes busca contemplar uma temática relegada, ideologicamente, a um segundo plano, mas que na medida em que o estudo a penetrou mostrou-se grandiosa, digna de muitas teses e convidativa para muitas outras "imersões" da autora.

Fica, por fim, o registro do prazer e do trabalho que um estudo deste porte desencadeia. Ambos forjaram na autora novas posturas em relação à ciência, educação, enfermagem e participação.

## I — DA FORMAÇÃO DE NÍVEL MÉDIO DA ÁREA DA SAÚDE SURGE UMA QUESTÃO A SER INVESTIGADA

Este estudo aborda a problemática da formação de profissionais de nível médio na área da saúde, no Brasil, em especial a formação do auxiliar de enfermagem.

O auxiliar de enfermagem é o profissional que, segundo a Lei 7498/86, Lei do Exercício Profissional em Enfermagem, deve prestar todos os cuidados básicos e simples às pessoas que buscam tratamento no sistema de saúde, público ou privado, estando seu trabalho condicionado ao de outros profissionais. Na equipe de enfermagem, ele é subordinado à enfermeira\*, sendo que, segundo a Lei, o exercício de sua atividade profissional só é permitido sob supervisão e planejamento desta profissional. Na equipe multidisciplinar, ele é, geralmente, o profissional de menor grau de escolaridade, cabendo-lhe as tarefas predominantemente manuais.

Ao observar-se a prática dos referidos profissionais no ambiente hospitalar, entretanto, surgem elementos contraditórios em relação ao proposto em lei, ao trabalho

\* Os profissionais de enfermagem serão frequentemente tratados no feminino por ser esta uma categoria predominantemente de mulheres.

que executam junto ao paciente e à formação que possuem. Usualmente, encontra-se a seguinte assistência ao paciente: o médico faz uma ou duas visitas diárias que não superam quinze minutos cada; suas determinações em relação ao tratamento ficam prescritas para serem cumpridas pela enfermagem; a enfermeira visita o paciente na mesma proporção que o médico, porém fica menos tempo com cada paciente, porque tem mais pacientes sob sua responsabilidade. O paciente confunde, por vezes, a enfermeira como médica, contudo, o mais comum é que ele confunda os trabalhadores da enfermagem entre si, denominando a todos como enfermeira. Da visita da enfermeira, na grande maioria dos casos, não resultam prescrições. Já existe na unidade hospitalar uma série de rotinas que se cumprem automaticamente. Encontra-se, por fim, o profissional executor de prescrições e rotinas: o auxiliar de enfermagem. É ele que atende o paciente em suas necessidades, torna concreto o tratamento proposto pelo médico e faz todas as suas atividades quase sem supervisão da enfermeira. Dentro do contexto atual, onde a supervisão não tem um caráter de apoio e constante aperfeiçoamento, senão que é a "supervisão do erro" para controlar os funcionários, não se pode dizer se sua ausência é onerosa ou benéfica.

Nesta relação de supervisão/controle, prevista inclusive em lei, há que se considerar a exploração a que estão submetidos os auxiliares, uma vez que a desproporção entre o número de enfermeiros e de auxiliares e a própria opção dos enfermeiros em priorizar os aspectos admi-

nistrativos e burocráticos que envolvem a assistência, levam à execução por parte do auxiliar de enfermagem de cuidados ditos em lei como sendo exclusivos do enfermeiro. Enfermeiro e médico, os dois profissionais com maior prestígio e preparo no processo de prestação da assistência à saúde, são os mais ausentes no contato direto com o paciente. Uma vez que os profissionais mais prestigiados são os mais distantes dos cuidados diretos e vitais ao assistido, pergunta-se da conveniência, para estes, da divisão do trabalho entre manual e intelectual na equipe de saúde e qual a origem desta estrutura, hoje aceita quase que como natural.

Outra questão que surge na relação superior-s subordinado, ou seja, enfermeiro-auxiliar é a da própria denominação do segundo. Questiona-se qual o propósito de denominar, ao longo da história da enfermagem brasileira, onde surgiu o nome dado ao profissional, um trabalhador que realizou um curso preparatório e tem seu exercício previsto em lei, como auxiliar? Auxiliar de enfermagem ou auxiliar da enfermeira? Supõe-se que um auxiliar seja um ajudante ou assistente. Conforme a própria semântica, quem assiste não participa, quem auxilia não cria, depende ou obedece. Pode questionar-se, então, que interesses estavam (ou estão?) permeando a enfermagem, quando se denomina seu principal profissional, no que se refere a atendimento aos pacientes, como auxiliar?

É preciso que se ressalte aqui o lado profissio-

nal do auxiliar, ou seja, o conjunto de atuações que ele cumpre com autonomia, conhecimento técnico e onde tem competência singular para atuar. No intuito de colaborar na compreensão do que significa ser "profissional-auxiliar", sugere-se, em alguns aspectos, a figura de um centauro: o paradoxo homem-animal desta criação da mitologia grega pode ser comparado ao paradoxo subordinação-autonomia numa profissão denominada auxiliar. O espaço de atuação do auxiliar de enfermagem é determinado, em parte, pelas prescrições médicas que são feitas ao paciente e também pelas prescrições de enfermagem, quando ocorrem. Este é o seu lado executor, "animal". Há, porém, entre o cuidado geral do paciente e o cumprimento das prescrições, uma larga faixa de atuação onde o profissional trabalha segundo suas concepções, baseado em experiências prévias, nos conhecimentos adquiridos na formação ou no trabalho. É o auxiliar quem decide sobre quanto e a quem especialmente estimular para a deambulação ou alimentação, qual vaso sanguíneo escolher para uma punção endovenosa, quando desprezar ou utilizar um material em questionável estado de esterilização em um curativo, ou ainda é ele quem avalia as manifestações de dor do paciente, aumentando a frequência ou dose de administração de fármacos nos limites previstos, atenta para sutis mudanças na sintomatologia apresentada pelo paciente ou identifica sinais precoces de depressão ou ideação suicida. É neste âmbito que ele mostra o seu lado "humano" de centauro, rompendo com a mera execução do prescrito e reeditando este espaço como seu.

Na busca de uma compreensão mais ampla sobre o que hoje se configura como trabalho na enfermagem, deve-se recorrer a historicidade deste processo. No que tange às relações de poder que vêm permeando o trabalho da categoria, ao que se sabe, muito pouco tem-se estudado. Há, porém, motivos para fazê-lo. Considerando-se que a enfermagem profissional nasceu sob a égide do capitalismo e que foi introduzida no Brasil, pelo governo, para atender a interesses políticos específicos, pode-se perguntar em que medida a não compreensão da enfermagem como sendo ela própria resultante de um jogo de forças que se constroem ao longo de um processo histórico, tem sido oportuna para a manutenção da divisão social do trabalho em quatro categorias?\* Quem são os intelectuais da enfermagem e porque não se posicionam abertamente contra o parcelamento do trabalho, propondo alternativas para tanto?

Estas questões apontam para muitas outras que trazem por detrás de si elementos que permitem a análise do trabalho em enfermagem sob perspectivas que superam a mera compreensão técnica do mesmo. Questiona-se, portanto: A que interesses sócio-econômicos tem estado atrelada a enfermagem, enquanto conjunto de trabalhadores, ao longo de sua história profissional no país? Que benefícios

---

\* Compõem a enfermagem brasileira hoje três categorias profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) que perfazem juntas menos de 50% de seus trabalhadores e uma categoria de ocupacionais (atendentes de enfermagem) que sozinha representa mais da metade dos trabalhadores, sendo que estes têm o prazo legal de 1996 para se profissionalizarem como auxiliares.



obteve, e para quais de seus trabalhadores, com as opções (mesmo representadas por não-posicionamentos) que assumiu ao longo de sua trajetória? Qual entendimento seus trabalhadores têm de si mesmos enquanto "praticantes" de uma profissão entendida socialmente como caridade de cunho religioso e extensão do espaço doméstico? Que aspectos ideológicos estão envolvidos na predominância de ocupacionais na composição de uma categoria que se diz profissional? Qual a concepção de cidadão que possui um país que permite que sua população chegue ao final do século XX tendo uma importante quantidade dos cuidados à saúde prestada por pessoas sem qualificação específica para fazê-lo?

Sabe-se que em torno de 70% de todos os cuidados à saúde prestados atualmente no Brasil, o são pela enfermagem. A partir desta referência, vê-se tanto a necessidade quanto o potencial de se trabalhar com este segmento profissional com vistas à prática de uma assistência que venha ao encontro dos anseios da população, onde esta tenha seu espaço decisório.

A partir destas considerações, resta questionar onde e como atuar com vistas à promoção de uma visão mais esclarecida da enfermagem sobre suas próprias relações de poder, sobre suas interrelações com outras profissões e sobre seu comprometimento com a comunidade. Seriam muitas as alternativas, porém a predominância de trabalhadores de nível médio entre os profissionais da enfermagem, seu contato direto com o paciente, sua condição ideológica de

"profissional-auxiliar", apontam para a possível riqueza de contato com o auxiliar de enfermagem. O local onde isto se daria seria a escola. Ao entendermos o espaço escolar como palco dos conflitos sociais e dos mecanismos que perpetuam as relações sociais tal como são desejados ideologicamente, vê-se a importância da escola. Segundo as teorias da reprodução, as experiências oportunizadas aos alunos ao longo de seu processo de escolarização trazem em si uma determinada visão de mundo, uma proposta implícita de papel a cumprir na sociedade, sendo este determinado inclusive pelos diferentes contingentes de alunos que vão sendo excluídos da escola em suas várias etapas. Apesar das possibilidades que a formação profissional traz em si como **locus** de reflexão, ampliação da consciência e exercício político, tem-se constatado o usual atrelamento da educação à ideologia dominante. No caso específico da formação de auxiliares, pode-se perceber uma determinada tendência que permeia desde leis e pareceres específicos até as práticas docentes mais usuais. Que visão de homem e de mundo corrobora a crença de que o ensino técnico é neutro? Que interesses contempla um ensino voltado para a área curativa e que tem no professor um agente de transmissão de um conhecimento pronto, onde cabe ao aluno apenas a memorização e execução?

É preciso que se aponte aqui para uma peculiaridade da formação do auxiliar de enfermagem. Nela o professor é o futuro "chefe" do aluno, ou seja, o enfermeiro é o professor do auxiliar que, antes de seu futuro colega,

será seu futuro subordinado. É neste contexto que já se estruturam as aprendizagens das relações de poder vigentes na equipe de enfermagem. Tal como na maioria das escolas, a formação do auxiliar de enfermagem está centrada num modelo tradicional de ensino, o da aula expositiva que respalda em sua dinâmica o poder do professor como detentor do saber. Neste sentido, para que se possa utilizar o potencial transformativo que as contradições que permeiam a educação contêm, passa-se inegavelmente por um primeiro trabalho com os docentes.

Obviamente, a viabilidade de tal estratégia está posta na receptividade que a concepção de educação crítica ou libertadora venha a ter entre docentes da formação de auxiliar de enfermagem. Respaldam esta idéia de educação noções já referidas previamente, quais sejam de que os processos educativos são permeados pelos mesmos conflitos sociais que perpassam a sociedade e de que ao ensino cabe um determinado papel neste contexto, o de selecionar os indivíduos segundo sua classe social, raça e gênero e o de habituá-los à disciplina e à autoridade sobre seu processo de estudo/trabalho como propriedade alheia, do professor na escola e do supervisor no trabalho.

Cabendo ao professor um papel tão decisivo neste processo, deve-se procurar mecanismos que lhe permitam refletir sobre sua prática para que, a partir dela, este amplie sua consciência sobre o seu real compromisso como educador. Superando a consciência ingênua de um ensino téc

nico e, por isso, neutro, o professor pode passar a se compreender como engajado em uma proposta sócio-político-econômica mesmo sem ter optado conscientemente por ela. Supõe-se que ao atingir tal estado de consciência, poderá optar com maior clareza por um ensino que promova a formação de um auxiliar de enfermagem consciente de seus compromissos como **profissional** da área da saúde e não apenas como um técnico apto a cumprir prescrições e rotinas.

Para manter a coerência entre o que se rechaça na prática docente tradicional e o que se propõe para um trabalho com professores, as opções circundam a valorização dos desejos do grupo e dos direcionamentos escolhidos por este para que o processo que os envolve se torne legítimo, fruto da reflexão de seus integrantes e desencadeante de descobertas que levem à tomada de consciência. Um processo com tais características denomina-se **participativo**. A participação pode significar "fazer parte de" ou "tomar parte em". No estudo que aqui se propõe, a idéia é de que os professores dos cursos de formação de auxiliar devem passar de participantes que "fazem parte" de uma escola a participantes que "tomam parte", no sentido de posicionarem-se em relação à proposta educativa da escola como um todo, não apenas propondo-se a mudar "as suas" aulas. A participação exige que os integrantes do grupo se posicionem e se comprometam com tais posturas, mostrando-se com mais clareza aos seus pares.

Tendo em vista a complexidade de tal alternativa,

pergunta-se por suas dificuldades e potencialidades. Se por um lado aponta-se a transformação, de outro resiste a reprodução. Considerando-se, pois, a relevância do trabalho do auxiliar de enfermagem para a sociedade brasileira, o papel decisivo do docente-enfermeiro na sua formação e as possibilidades de superação de um modelo tradicional de ensino, questiona-se: Transforma-se a prática docente na formação do auxiliar de enfermagem através de um processo participativo?

Esta foi a grande questão que orientou o desenvolvimento do estudo que aqui se apresenta.

## II — IMERGINDO NA PROBLEMÁTICA DO ESTUDO: A BUSCA DE COMPREENSÃO HISTÓRICO-TEÓRICA

### 1 — A ENFERMAGEM PRÉ-PROFISSIONAL E SEUS ESTIGMAS: IMORALIDADE, DESQUALIFICAÇÃO E SUBMISSÃO

A história da enfermagem é contada como se todo e qualquer cuidado prestado a um doente, desde os períodos mais remotos da humanidade, constituísse uma ação de enfermagem propriamente dita. Lê-se a história da enfermagem como se a mesma tivesse surgido com o homem e suas enfermidades. Por conseguinte, os cuidados prestados pelas mães, esposas, pessoas caridosas ou movidas por sentimentos religiosos a crianças, velhos ou doentes têm sido tratados como sendo a origem da enfermagem. Percebe-se que já nesta leitura há uma distinção entre o **cuidar**-enfermagem do **tratar**-medicina, sendo o segundo atribuído geralmente a homens na qualidade de pajés, curandeiros, feiticeiros, monges, barbeiros, etc.

No Brasil colonial, a assistência aos doentes esteve por conta dos religiosos auxiliados por índios, na esfera pública. A primeira instituição hospitalar surge por volta de 1543. Fruto da mentalidade européia vigente,

a Santa Casa de Santos, como as demais Santas Casas que a sucederam ainda no século XVI, tinha por finalidade precíua o recolhimento de pobres e órfãos (Germano, 1985, p. 22). É preciso compreender que neste período o hospital não tinha objetivos curativos, senão assistenciais.

Segundo Jamieson (1968, p.129) o período entre 1500 e 1860, especialmente a segunda metade dele, pode ser compreendido como o período obscuro da enfermagem. Foram muitas as epidemias na Europa e a expectativa de vida ficava em torno de 18 anos. Foucault (1988, p.101-3) resalta que

*"o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres (...). O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna".*

O hospital caracterizava-se como um local de exclusão, um morredouro. Não se destinava à cura do doente, mas à "cura" da alma deste e das pessoas religiosas ou leigas que lá estavam para fazer caridade. Neste período não havia nada na organização hospitalar que permitisse a intervenção da medicina.

Respalda estas afirmações de Foucault, a descrição que Jamieson (1968, p.129-30) faz dos hospitais europeus em funcionamento até o início do século XIX.

"Os pobres, como se chamavam aqueles para quem as pessoas proporcionavam grandes edifícios sombrios e sujos, eram associados com o extremo da miséria. Dentro daqueles muros tristes, quase sem janelas, havia grandes salas com capacidade para uma centena de pacientes cada uma. As mulheres e os homens nem sempre estavam separados e as doenças só raramente. Não era infreqüente que o enfermo fosse posto numa cama ocupada já por outros, estando talvez os mortos e os que deliravam lado a lado, junto aos que ainda viviam e conservavam o uso da razão. (...). Em salas deste tipo, as camas estavam tão próximas umas das outras que, mesmo se houvesse pessoal para efetua-lo, o asseio era praticamente impossível. (...) Os pés e o rosto, que anteriormente eram lavados (...), se deixavam agora sem lavar. Os banhos de leito nem eram tentados."

Dentro deste "ambiente de trabalho" não se poderia esperar reconhecimento ou prestígio pelo trabalho. Às irmãs de caridade, em menor número desde o século XIII e especialmente após a reforma protestante, restava o ideal de sacrifício e a recompensa eterna. Porém, nas vagas deixadas por elas encontravam-se mulheres contratadas mediante alguma remuneração (Silva, 1986, p.47). Sobre elas Jamieson (1968, p.130) afirma que seu trabalho poderia variar de 12 a 48 horas consecutivas, sendo o pagamento e a comida exíguos. As mulheres que trabalhavam nos hospitais eram consideradas bêbadas, sem piedade e imorais. Este fato não chega a surpreender. Que outra denominação se poderia esperar para **mulheres** que tratavam de **infectos** e **pobres**, enfim, daqueles a quem se desejava excluir? Segundo Silva (1986, p.47) tais características passaram a compor o estereótipo da enfermagem, marcando-a indelévelmente.



No Brasil do século XVIII, mais permanentes que os médicos eram os capelões nos hospitais. "Até aqui o médico não conjuga sua prática à prática hospitalar, entregue ao pessoal religioso e administrativo" (Loyola, 1987, p.28). A presença permanente dos religiosos nos hospitais, pode ser apontada como uma diferença dos hospitais europeus: aqui, até o século XIX, predominaram homens e religiosos no atendimento hospitalar, apesar dele ter a mesma finalidade assistencial e más condições de atendimento. A Santa Casa do Rio de Janeiro, por exemplo, contava com uma equipe de um cirurgião, um enfermeiro, um ajudante e dois escravos para atender, aproximadamente, 250 doentes (Loyola, 1987, p.27).

Durante todo este período a atenção à "saúde" da população se dava em âmbito domiciliar: partos, sangrias e infusões eram realizados sem a necessidade de internação. A população contava com curandeiros, parteiras, cirurgiões-barbeiros e médicos para intervenções terapêuticas. Esta situação, contudo, começou a tomar novo contorno no início do século XIX. A unificação dos cursos de medicina e cirurgia e o controle sobre a expedição de diplomas feitos pelos próprios docentes, deu força à organização médica. A Lei de 3 de outubro de 1832 determinava que a formação de médicos, farmacêuticos e parteiras ficaria sob os auspícios das faculdades médico-cirúrgicas (Pires, 1989, p.91). Segundo Pires (idem, p.96)

*"as primeiras medidas das escolas foram para legalizar o ensino e a profissão (médica), buscando impor um reconhecimento social e uma valorização do seu saber às custas da perseguição dos demais exercentes das ações de saúde considerados charlatões, indignos e incapazes de exercer adequadamente a arte de curar."*

No caso das parteiras, por exemplo, que podem ser consideradas como mulheres da comunidade, respeitadas e valorizadas pelo oportuno atendimento que prestavam à parturiente e recém-nascido, na medida em que a medicina se estrutura academicamente, vai havendo uma perda de sua autonomia e prestígio. Ao longo do século XIX,

*"o que fica claro é que, de ofício independente, a arte de partejar passou a ser uma atividade subordinada e controlada pela medicina. Às parteiras coube atividades de cunho manual e devidamente delimitadas (...) aparecendo então com características de divisão parcelar do trabalho, sem controle da decisão terapêutica, da avaliação clínica e da prescrição da assistência." (Pires, 1989, p.109)*

É curioso observar como o saber formal, obtido na **escola** superior adquire respeitabilidade. Médicos que acreditam em **miasmas e emanações fétidas** como causadores de patologias, criticam abertamente condutas em nada mais metafísicas que as suas, porém adotadas por parteiras (Pires, 1989, p.113).

O século XIX é, indubitavelmente, um período de grandes transformações para o trabalho em saúde. A revolução industrial desencadeada na Inglaterra traz consigo a

concepção de que cada profissional representa um **investimento** a ser preservado. A morte significa uma perda econômica que deve ser adiada ou evitada e os hospitais tornam-se um espaço para tanto. No caso brasileiro, esta manifestação da necessidade de hospitais tal como os concebemos hoje, se deu primeiro pela Coroa. "*Visto como um local de propagação da Morte o hospital ameaça a conservação da tropa e da defesa do Rio de Janeiro*" (Loyola, 1987, p.28).

Dentro deste novo modelo, paulatinamente as religiosas passam a assumir o trabalho hospitalar, substituindo os religiosos. Seu trabalho contava então com relativa autonomia e, ao final do século XIX, elas já formavam um importante contingente entre os prestadores de assistência nos hospitais brasileiros (Bernardes, 1952, p.105 e Pires, 1989, p.56).

Corresponde à diminuição do poder decisório dos religiosos pela entrada dos médicos no recinto hospitalar, o aumento de religiosas para esta função. Na medida em que a terapêutica passa a ser de competência do médico e a prestação de cuidados dos religiosos, ampliam-se os quadros de mulheres-religiosas. Há também o reverso, analisado por Apple (1986, p.60), ou seja, que quando um trabalho se torna feminino seu prestígio diminui, havendo tentativas de proletarizá-lo, de tirá-lo do controle das pessoas que o executam e de racionalizá-lo. Feminino porque desprestigiado ou desprestigiado porque feminino, o trabalho assumido pelas mulheres na enfermagem não pode ser a-

nalizado como pura resignação, conformismo ou submissão. Ao contrário, cabe salientar a questão do mito da mulher trabalhadora passiva. Homens e mulheres apresentam uma capacidade ativa de se oporem às estruturas que os oprimem. Tal capacidade pode ser informal e desorganizada e por isso não existir no nível político, porém ainda assim será manifestada (Apple, 1989, p.96). Vejamos, dentro desta perspectiva, o caso das religiosas.

O poder médico não foi aceito do forma tácita pelas irmãs de caridade. Exemplo disto, foi o ocorrido no Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro. Quando o Hospício Pedro II deixou de ser dirigido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e foi incorporado ao Hospício Nacional, muitas reformulações foram propostas pelo novo diretor-médico. Entre elas, a decisão de dispensar irmãs de postos de mando, terminou acarretando na saída de todo o grupo de religiosas que levaram consigo as serventes do sexo feminino. Segundo Costa (apud Pires, 1989, p.123-4) as irmãs sentiram-se diminuídas em sua autoridade e, em função do novo sistema, resolveram abandonar o hospício, deixando os pacientes aos cuidados de pouquíssimos funcionários.

## **2 — AS PRIMEIRAS ESCOLAS DE QUALIFICAÇÃO NO BRASIL**

À carência de pessoal para o atendimento do Hospício Nacional, sugeriu-se a criação de uma escola forma-

dora de pessoal de enfermagem. Foi com o objetivo de suprir emergencialmente as necessidades do atendimento que nasceu, em 1890, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. O ensino ficava a cargo dos médicos e a direção da Escola cabia ao diretor geral. O curso, proposto a partir do modelo francês da Escola Salpêtière, tinha duração de 2 anos e como qualificação prévia bastava que o aluno soubesse ler e escrever e conhecesse aritmética elementar. (Germano, 1985, p.33 e Pinheiro, 1962, p.432-3)

Pinheiro (1962, p.433), ao comentar o tipo de formação desenvolvida pela Escola de Enfermeiros e Enfermeiras, posteriormente denominada Escola Alfredo Pinto, refere: "*os alunos não passam de empregados do hospital, recebendo uma gratificação mensal para 'coadjuvar os empregados do estabelecimento ...'*". Já Paixão (1969, p.102), atribui o baixo nível do preparo oferecido por esta escola às concepções que os médicos, ali professores, tinham sobre enfermagem. "*Relegadas às funções de enfermeira a plano doméstico ou religioso, sem nenhum caráter técnico ou científico, não se cogitava entre nós, do preparo de profissionais*" (grifo da autora\*).

Percebe-se na primeira escola de enfermagem brasileira duas características que permeariam a formação ao

---

\* As transcrições com palavras em **negrito** que se encontram neste trabalho foram todas grifadas intencionalmente pela autora como forma de ressaltar algum elemento oportuno no texto e não serão, a partir daqui, referidas cada vez que ocorrerem.

longo deste século: a classe social que pretende atender e o caráter subsidiário da profissão. Conforme coloca Kuenzer (s.d, p.6), desde o momento em que surge a educação diretamente articulada ao trabalho no Brasil, esta se constitui de uma finalidade bem específica: a preparação dos pobres e marginalizados para atuarem no sistema produtivo nas funções técnicas localizadas nos níveis baixo e médio da hierarquia ocupacional. Sem condições de acesso ao sistema regular de ensino, esses futuros trabalhadores seriam a clientela, por excelência, de cursos de qualificação profissional. A "adequação" deste esquema (trabalhadores da enfermagem oriundos dos extratos mais baixos da sociedade) está no baixo prestígio que o **cuidar corpos**, historicamente acarreta e no subsidiarismo da profissão "não profissional", — sem autonomia — que não forma seus trabalhadores, senão que tem nos médicos seus mestres e mentores. A enfermagem tal como se dava neste período não passava de uma auxiliar de medicina, cumprindo as tarefas "menos nobres" que lhe foram delegadas pela primeira.

A Escola Alfredo Pinto persistiu por cinquenta anos (até 1939) sem a direção de uma enfermeira, enfrentando entre outros problemas, a escassez de alunos. Segundo Ribeiro (1954, p.46) a mulher

*"continuava aniquilada pela falta de instrução (...). Tal fato, por certo prejudicou a criação de escolas de enfermagem e desenvolvimento regular da profissão. Tanto é assim que uma Escola de Enfermagem criada a esse tempo (1890) não teve o progresso desejado,*

*nem mereceu a atenção das suas possíveis candidatas."*

Se considerarmos quem eram as mulheres alfabetizadas e instruídas do final do século XIX, qual o conceito de enfermagem da época e o trabalho a que se propunha, percebe-se que seria impossível haver um grande número de candidatas. O mesmo autor dá respostas a estas questões quando refere que *"ademais havia uma pretensa inferioridade anatomo-fisiológica com que justificava a incapacidade e o atraso mental da mulher (...), que até 1906 era mantida separada nas reuniões e nas mesas de refeições."* Em consequência destas idéias vigentes, *"a instrução feminina era um privilégio de poucas. Era privilégio das mais severas, das ricas, daquelas que não necessitavam trabalhar"* (idem, p.43-5).

Percebe-se assim que patriarcado e capitalismo podem valer-se reciprocamente das realções de poder que viabilizam. As mulheres escolarizadas que poderiam compor um grupo de profissionais próprio para enfermagem enquanto ciência aplicada, não viam nenhum atrativo neste trabalho dado seu baixo prestígio. As instituições de saúde, valendo-se da concepção de mulher como ser-inferior e sem candidatos melhores, dado o status da enfermagem, podiam recrutar livremente mulheres das classes subalternas, com ou sem instrução mínima, a serem comandadas "naturalmente" por médicos ou supervisores e a serem treinadas pelas próprias instituições. No entanto,

esta situação premedita uma dúvida. Considerando-se a existência de um exército de reserva, porque no início do século começam a surgir cursos profissionalizantes? Kuenzer (s.d., p.7) responde esta questão, comentando que este foi um fenômeno mais amplo que atingiu várias áreas ocupacionais.

*"Mais do que a preocupação com as necessidades da economia, parece que a motivação que justificou a criação dessas escolas foi a preocupação do Estado em oferecer alguma alternativa de inserção no mercado de trabalho aos jovens oriundos das camadas mais pobres da população."*

Tomando em conta a situação da mulher e da enfermagem no início do século, entende-se porque durante muitas décadas ainda as escolas de enfermagem, mesmo em sua concepção moderna, teriam dificuldade em selecionar candidatas.

*"Os enfermeiros, na opinião pública, pertenciam todos a uma só classe — a de humildes servidores. Somente gozavam de consideração especial as religiosas que cuidavam dos doentes, embora não tivessem curso de enfermagem. (...) Como não houvesse um código de ética e leis reguladoras da profissão, os servidores agiam de acordo com a formação, tendência e interesse de cada um. Essa liberdade desavisou a maioria dos profissionais, cujas atitudes morais e técnicas levaram o público a generalizar um conceito **desprimoroso** sobre a moral social de **todos** os que trabalhavam na enfermagem" (Ribeiro, 1954, p.42-6).*



Tendo em vista que "todos" os servidores de hospitais que trabalhavam na prestação de assistência a doentes tinham uma moral questionável, a profissionalização, em grande escala, passaria pela redenção desta imagem. No caso da Cruz Vermelha Brasileira, criada em 1908, a opção foi a de relacionar a enfermagem ao patriotismo, à nobreza do voluntariado em prol de doentes e desamparados.

Com o advento da I Guerra Mundial, a Cruz Vermelha Brasileira mobiliza-se para o preparo de socorristas voluntárias. Dentro desta linha de atuação cria, em 1916, a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, subordinada ao Ministério da Guerra. Organizou um curso de 2 anos que passou posteriormente por reformulações. Em 1920, ele funcionava no Rio de Janeiro para preparar enfermeiras para o trabalho em hospital. A direção técnica estava a cargo de um médico e o curso passou para três anos de duração nos anos subseqüentes. Os diplomas expedidos pela escola eram registrados no Ministério da Guerra, o que consistiu em privilégio futuro (Paixão, 1969, p.102-17).

Esta formação dada no Brasil até os anos 20, não estava em sintonia com o que se entende por Enfermagem Moderna ou Enfermagem Profissional. Os currículos eram elaborados e as aulas ministradas por médicos que genericamente entendiam a enfermagem como auxiliar da medicina. As idéias de um saber próprio e autonomia decisória em relação a assistência a ser prestada não eram cogitadas.

### 3 — A INTRODUÇÃO DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL NO PAÍS VIA SANITARISMO

Para que se compreenda porque a enfermagem brasileira surge voltada para a saúde pública, contrariando todos os indicativos de que o faria com ênfase no atendimento curativo, é preciso compreender o contexto sócio-brasileiro de início do século XX.

Os portos do Rio de Janeiro e Santos enfrentavam graves surtos de cólera, peste bubônica, febre amarela e varíola, prejudicando a exportação cafeeira. Alguns países ameaçavam sanções caso não houvesse melhoria das condições de saúde, pois os marinheiros passavam a servir de vetor para a disseminação de epidemias. Muitos morriam em função da precária assistência oferecida. *"Era imprescindível, então, o saneamento dos portos e núcleos urbanos — como Rio, São Paulo e Santos — vinculados ao segmento comercial-financeiro do complexo exportador e ao capital nascente"*. (Braga apud Silva, 1986, p.73)

Nos primeiros anos do século *"a revolução sanitária se arrastava lenta e descolorida ..."* (Ribeiro, 1954, p.47). O termo revolução está bem empregado, pois para mudar a realidade caótica daqueles dias fez-se necessário divulgar novos conceitos, segregar abertamente enormes contingentes populacionais, inspecionar e condenar moradias à demolição (a modernização portuária no Rio de Janeiro acarretou na demolição de inúmeras casas de cômodos

na então Avenida Central, atingindo 10% da população), tornar a vacinação e a notificação de casos obrigatória, chegando-se com isto a uma rebelião de uma semana no Rio de Janeiro. Barricadas foram construídas na região portuária, sendo a mais famosa delas a denominada Porto Arthur da Saúde que possuía, inclusive, um canhão improvisado. Em resposta, o governo decretou estado de sítio e efetuou mais de mil prisões. Este motim popular era sobretudo uma resposta a vacinação obrigatória (Estação Ciência, 1990\*).

Importado da Europa, especialmente das práticas sanitárias inglesas, o sanitarismo estava a serviço da higienização das massas. Isto significa dizer que os limpos — elites escolarizadas com poder aquisitivo para implementar medidas preconizadas — deveriam ser separados dos sujos — operários com péssimas condições habitacionais e desprovidos de informações.

*"As epidemias (...) que tinham como ponto de partida os bairros operários, atingiam também os bairros onde habitavam os capitalistas. 'Estes não podem permitir impunemente a criação de condições epidêmicas na classe operária; o anjo exterminador é tão implacável com eles como com os trabalhadores'" (Engels apud Costa, 1987, p.9).*

Em publicação de 1906 sobre as habitações populares, diz-se que *"a casa de cômodos é a mais anti-higiêni-*

---

\* Informações transmitidas no programa de televisão "Estação Ciência" do dia 13 de maio de 1990 pela Rede Manchete.

ca, a mais detestável das habitações coletivas." Ora, é preciso lembrar que era justamente nestes "espaços detestáveis" — os únicos que a remuneração do proletariado lhe permitia obter — que se davam encontros de trabalhadores, desencadeavam-se greves e haviam enfrentamentos com a polícia. Para terminar com "as zonas mais sórdidas ou mais perigosas da cidade, dos morros, dos cortiços e das pocilgas urbanas", foram feitas leis municipais em São Paulo, por exemplo, em 1897, 1900 e 1908 que incentivaram a construção de "vilas operárias, baratas e saudáveis em áreas pouco povoadas..." (Costa, 1987, p.13-5).

A tutela do sanitarismo se justificava, pois os habitantes destes ambientes considerados focos de desordem — higiênica ou social? —, de epidemias — por bactérias ou idéias? —, eram considerados incapazes de reger suas próprias vidas de modo saudável. Atribuía-se ao indivíduo o que era resultado de uma estruturação social e econômica de vários séculos. A saúde jamais havia sido prioritária; no entanto, os "não-asseados" foram considerados, em 2 décadas como "criminosos em potencial" por serem possíveis portadores de "germes perigosos".

*"E assim reunida, aglomerada, essa gente — trabalhadores, carroceiros, (...) caixeiros de bodegas, lavadeiras entopem 'as casas' de cômodos, velhos casarões de muitos andares, divididos e subdivididos por um sem-número de tapumes de madeira (...). Italianos vadios ressonam dias a fio nesses ambientes nauseabundos; negras cheias de óleo na cara pinha descantam modinhas, lavando roupa ali mesmo nas alcovas (...) os aposentos adquirem uma atmosfera quente e úmida, impossível*

*vel de respirar; crianças nuas e sujas esfregam-se no chão imundo, sujando-o mais"* (Backheuser, E., 1906, apud Costa, 1987, p. 14).

A leitura deste trecho explicita a tendenciosidade do autor que pensa ser possível que uma criança suje com o seu corpo o chão de um ambiente descrito como imundo. É demonstrativo das concepções sanitárias esta idéia. São os indivíduos os responsáveis pelas epidemias. O governo, a má distribuição de renda, a falta de planejamento urbano, os poucos recursos para a área da saúde são fatores entendidos como coadjuvantes neste sistema onde o corpo do pobre suja o chão.

Para encaminhar estas questões de saúde pública, o governo optou por medidas centralizadoras. Criou em 2 de janeiro de 1920 o Departamento Nacional de Saúde Pública. Seu primeiro diretor, Carlos Chagas, após visita aos Estados Unidos onde conheceu o sistema de enfermagem lá implantado nos moldes preconizados por Florence Nightingale\*, decidiu fazer um convênio com a Fundação Rockefeller

\* Florence Nightingale (1820-1910) foi a criadora da enfermagem moderna ou enfermagem profissional, tal como é conhecida hoje no Brasil. Após participação na Guerra da Criméia (1854-1856), com a colaboração de 38 voluntárias, onde organizou a assistência a soldados ingleses, foi reconhecida publicamente por ter diminuído as mortes entre os soldados de 40 para 2%. Como recompensa de sua atuação, baseada sobretudo nos princípios de higiene, recebeu uma quantia em dinheiro do Ministro da Guerra, a qual foi utilizada para a abertura de uma escola em 1860. Nela as alunas estavam diferenciadas em duas categorias: "nurses" — que prestavam a assistência direta ao doente e provinham das classes populares — e "ladies-nurses" — que eram preparadas para a administração, supervisão e ensino, sendo oriundas de classe social mais elevada. A partir das primeiras egressas da escola, difundiu-se esta concepção de enfermagem profissional na Europa e Estados Unidos (Silva, 1986, p.52 e Jamieson, 1968, p.164-77).

para implantação de um serviço de visitação domiciliar. A Fundação Rockefeller enviou uma enfermeira que estudou a situação brasileira e recomendou a criação de uma escola de enfermagem. Dando continuidade ao projeto de criação do serviço de visitadoras sanitárias, em 1921, um grupo de enfermeiras americanas iniciou um curso intensivo. O primeiro foi de 6 meses, mas o seguinte já foi ministrado em 10 meses. (Paixão, 1969, p.109 e Pinheiro, 1962, p.433)

Esta iniciativa estava latente, pois já em 1919 o Dr. Fontenelle havia escrito um artigo publicado em "O Jornal", sugerindo a criação de um serviço de visitadoras sanitárias e os meios para organizá-lo e, em 1920, foi criado um curso de visitadoras sanitárias pela Escola da Cruz Vermelha. (Loyola, 1987, p.30 e Paixão, 1969, p.109)

A necessidade de visitadoras sanitárias era premente para a efetivação das políticas sanitaristas. Esta ocupação era própria para mulheres, uma vez que, dentro da proposta sanitarista em vigor, cabia à mulher um papel definido e valorizado: seria ela a rainha do lar (como ambiente limpo e agradável), a administradora da saúde do marido e dos filhos, a educadora para a saúde doméstica, etc. Este papel doméstico poderia ser facilmente transposto à esfera pública, pois sua nobreza estava em auxiliar a pátria a ter filhos sãos. Não consistia no atendimento hospitalar, que há tanto tempo contava com o estigma de imoral.

Dentro deste processo de implantação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) tem origem a enfer

magem moderna no Brasil. Em 1920 foi aprovado o DNSP e, em 1922, seu Regulamento, que previa no artigo 379 o Serviço de Enfermeiras e no artigo 385 que este Serviço teria a seu cargo uma escola para instruir e diplomar enfermeiras. Estava criada, assim, a Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública. A primeira turma teve 13 alunas e o curso durou 28 meses, tendo iniciado em 19 de fevereiro de 1923. O terceiro grupo de alunos já frequentou o curso em sua duração prevista em lei: 36 meses. No intuito de congregar as profissionais de enfermagem formadas, ainda em 1926, surge a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas (Ribeiro, 1954, p.49 e Paixão, 1969, p.109).

Um dos objetivos claros da escola era o de formar enfermeiras que aos poucos fossem substituindo as visitadoras sanitárias ou visitadoras de higiene. Estaria, desta forma, o "staff" do DNSP composto em alguns anos exclusivamente por enfermeiras.

Percebe-se, pelo exposto, o atrelamento da enfermagem brasileira às propostas do governo, durante sua fase de implantação. As enfermeiras vieram e foram formadas como elementos que respaldavam o movimento sanitarista, sem que se encontre uma leitura de contexto deste movimento. A higiene, que surge como prioridade do trabalho em saúde pública, é "científica", portanto aplicável a qualquer grupo, em qualquer país. Não se contextualiza o caráter ideológico de sua aplicação. Este estar a mercê das políticas governamentais que marcaram a entrada da enfer-

magem no Brasil ainda acompanharia a profissão por décadas, sem que a mesma formulasse seu próprio destino nas áreas de atuação e formação, mesmo sendo composta a partir de então também por mulheres mais instruídas e melhor situadas socialmente.

#### 4 — A CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL: MORAL RÍGIDA, DISTANCIAMENTO DOS PRÁTICOS E RECHAÇO À FORMAÇÃO DE NÍVEL MÉDIO

As dificuldades para a enfermagem estavam justamente em sensibilizar candidatas para ingresso no curso dentre aquelas que tinham o curso secundário. Uma das estratégias utilizadas foi assegurar bons salários às enfermeiras do DNSP. Pinheiro (1962, p.453) cita que "*foi fixada uma importância que poucas mulheres conseguiam atingir naquela época: 700\$000*". Isto, contudo, não foi suficiente, "*pois ainda sob a impressão injustificada de que o ingresso no Serviço de Enfermagem seria tergiversar, abandonar a moral familiar e social, muitas moças deixavam de matricular-se nas escolas de enfermeiras. Disso resultou, a escassez de alunas nos primeiros tempos*" (Ribeiro, 1954, p. 49).

Esbarrando constantemente na questão da imoralidade da enfermagem, as primeiras enfermeiras-professoras optaram por um modelo rígido de conduta moral, baseado no



internato. Dourado (1950, p.5) comenta que *"no seu primeiro decênio de existência, a escola afirmou-se tomando uma configuração rígida, modelada (...) à maneira de castelo forte em meio dos escolhos do ambiente inacostumado à participação da mulher nas profissões."*

Existe uma importante lacuna deixada pelos autores que se referem a este período. Ao falar em "escolhos do ambiente" não deixam claro quem ou quais seriam eles. Há que se contemplar que a referida imoralidade deveria ser atribuída aos práticos em enfermagem em exercício e, por isso, as enfermeiras fizeram importantes esforços para diferenciarem-se deles. Dois tipos de esforços podem ser percebidos desde os anos 20. Ao referirem-se às enfermeiras oriundas da Escola Ana Néri — denominação dada à escola do DNSP em 1926 —, a expressão utilizada é invariavelmente **enfermeiras diplomadas**, uma vez que até aquele período todos os trabalhadores de hospital denominavam-se enfermeiros. Uma outra estratégia utilizada era a aparência pessoal da enfermeira. A primeira diretora do Serviço de Enfermagem chega a justificar os bons salários pela necessidade das enfermeiras estarem sempre bem uniformizadas (Ribeiro, 1954, p.50).

O desencadear de conflitos entre enfermeiras diplomadas e enfermeiras práticas era inevitável. As primeiras colaboravam neste sentido pelo esforço que faziam em não ser confundidas com as práticas. Estas por sua vez, passaram a ter chefes com autoridade respaldada em lei, me

lhor remuneradas, colocando-as num plano inferior. Por de trás da conflitiva entre práticas e enfermeiras encontramos a questão da classe social, o modelo burguês de enfermeira que valorizava a elegância e a educação próprias da elite e a luta incisiva das diplomadas em obter reconhecimento social como forma de manter o interesse na profissão por mulheres da elite. Em função disto, as tarefas que se destinam às práticas diferem muito das que são próprias para as diplomadas: a supervisão e educação, suficientemente distante do cuidado manual para não "sujar" o requerido prestígio das diplomadas (Gastaldo, 1989, p.10-1).

Foi para tentar organizar a enfermagem no Brasil que o governo lançou na década de 30 uma série de decretos que regularizavam o exercício de práticos e de diplomados (ver anexo A). Em 1931, através do Decreto 20.109, fica regulamentado o exercício da enfermagem no Brasil, a revalidação de diplomas e criação de escolas. O Decreto 20.931 de 11/1/32 veio para regular a fiscalização e o exercício da medicina, odontologia, veterinária, e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira no Brasil. O Decreto 22.257 de 6/12/1932 conferiu às irmãs de caridade com prática de enfermagem ou de farmácia direitos iguais às enfermeiras de Saúde Pública ou práticos de farmácia para o fim de exercerem suas funções em hospital. As enfermeiras militares e as da Cruz Vermelha Brasileira conferiu-se os direitos de enfermeiro diplomado pelo Decreto 21.141 de 1/3/32.

Dando seqüência a estas promoções que não requereiam exame ou estudos complementares, em 1934, pelo Decreto 23.774 os enfermeiros práticos passam a gozar dos mesmos direitos dos farmacêuticos e dentistas práticos, mediante comprovação de cinco anos de prática em enfermagem (Dourado, 1954, p.171).

Se por um lado as alternativas de reconhecimento dos práticos e a autorização para execução das mesmas atividades que as diplomadas serviram para iniciar uma organização da enfermagem e contemporizar conflitos, por outro isto não formava nenhum novo profissional.

O que havia durante os anos 30 era uma insatisfação por parte das autoridades sanitárias com a lentidão na abertura de novos cursos. Dourado (1950, p.5-7) diz que era *"notável a resistência das enfermeiras contra a criação de escolas sem recursos suficientes"*, ao ponto de reconhecer que injustiças foram cometidas. Justifica este posicionamento como forma de *"evitar a criação de estabelecimentos, ditos de ensino, mas na realidade, criados por hospitais privados, com o propósito de obter trabalho gratuito das alunas."*

Foi em função da morosidade na formação de enfermeiras que, segundo Dourado (idem, p.6) *"mais de uma autoridade sanitária inquietou-se"*. Tendo em vista as necessidades dos serviços de saúde do país, sugeriram que *"os membros da profissão desistissem do curso superior e criassem técnicos em cursos de grau médio"*. Frente a esta

situação as enfermeiras optavam por manter o curso superior e criar ou ampliar os cursos de grau médio para prover as necessidades dos serviços.

É dentro deste contexto que surge o primeiro curso de nível médio em enfermagem. Inovadora em vários aspectos, a Escola Carlos Chagas foi criada em Belo Horizonte, em 1933. Como uma de suas iniciativas consta a criação de um curso de Auxiliar de Enfermagem, em 1936, que tinha duração de um ano e caráter permanente. Como esta, houveram outras tentativas de cursos: desde os de 3 meses, dados nos próprios hospitais, até os anexos às escolas de enfermagem a exemplo deste primeiro (Paixão, 1969, p.119).

A iniciativa que se seguiu para encaminhar a formação do auxiliar de enfermagem foi o curso desenvolvido na Escola Ana Néri com duração de 18 meses (idem, p.119).

Com a criação da Escola Carlos Chagas outra questão até então não resolvida, começa a encaminhar-se: a profissionalização das religiosas. Nas três primeiras turmas cinco religiosas diplomaram-se, sendo que a primeira delas fundou, em 1939, a primeira escola de religiosas, Escola de Enfermagem Luiza de Marillac. Aceitando também alunas leigas, a Escola anexa à Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro significou um espaço importante para a profissionalização das religiosas.

Ainda nos anos 30, a Escola Ana Néri amplia seu vínculo com a universidade. Em 1937, passa a ser instituí

ção complementar da Universidade do Brasil e, em 1938, passa a ser escola padrão de enfermagem, modelo para outras escolas que viessem a ser criadas (ver decretos no anexo A).

## 5 — O REDIMENSIONAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E AS TRANSFORMAÇÕES DECORRENTES NA ENFERMAGEM

Sob o prisma das políticas de saúde, viveu-se simultaneamente na década de 30 o ápice das ações de saúde pública, como por exemplo a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937, sendo o primeiro serviço de saúde pública de âmbito nacional e, por outro lado, visando atender a industrialização e urbanização nascentes, a valorização da saúde previdenciária, uma medicina curativa e individual que tem por alvo especialmente os assalariados urbanos (Silva, 1986, p.74). Dentro deste contexto a enfermagem começa a se reestruturar, também porque passou a perder espaços já conquistados na saúde pública. Em 1939, há uma reorganização do Departamento Nacional de Saúde. O Serviço de Enfermagem perdeu sua autonomia, passando à **seção** da Divisão de Organização Sanitária. Os Centros de Saúde do Rio de Janeiro foram transferidos para a Prefeitura do Distrito Federal. A enfermeira-chefe de cada Centro ficou subordinada ao diretor-médico do mesmo. Segundo Pinheiro (1962, p.454), o resultado foi o mesmo em

todo o país: "criaram-se escolas de enfermagem (...), mas não havia campo adequado para as estudantes praticarem. O estágio obrigatório de 3 meses (em saúde pública) pôde, em muitos lugares, ser considerado tempo perdido."

Segundo Almeida (apud Germano, 1985, p.37) na década de 40 o mercado de trabalho já apontava forte tendência para a área hospitalar. "Enquanto em 1943, de 334 enfermeiras em serviço ativo, 66% trabalhavam na saúde pública e 9,5% em hospitais, em 1950, 49,4% das enfermeiras encontravam-se no campo hospitalar e 17,2% na saúde pública."

Outro elemento que vem reiterar a idéia de estruturação e fortalecimento das instituições para assistência curativa e de cunho privado é a criação, em 1947, da Associação Brasileira dos Hospitais. Esta entidade passaria a lutar pelos interesses dos hospitais privados, inclusive através de "lobbies" contra futuras reivindicações da enfermagem.

Na década de 40, apesar da mudança que vai se dando no enfoque do trabalho das enfermeiras, alguns elementos permanecem comuns. Há um incremento na formação de auxiliares de enfermagem, porém a ênfase continua sendo na formação de enfermeiras. Persistem a dificuldade das escolas de enfermagem em ter candidatas, os conflitos entre ocupacionais, auxiliares (só em 1946 reconhecidos como profissionais) e enfermeiras, buscando estas últimas

diferenciarem-se dos demais trabalhadores da enfermagem. O cuidado ao doente segue como atribuição dos ocupacionais que prestam todo tipo de assistência, apesar da maior complexidade que o trabalho hospitalar vai assumir desde então.

A divisão da atenção de saúde entre preventiva e curativa é sentida, por exemplo, em 1942 quando é criado, por um convênio Brasil-Estados Unidos, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Mediante convênios com vários estados, o SESP instalou tanto hospitais como unidades sanitárias e investiu na formação e aperfeiçoamento de profissionais da área da saúde, sendo beneficiados especialmente os estados do norte e nordeste. Em relatório de atividades de 1961, referem a preparação de 687 visitantes sanitários (preventivo), 476 auxiliares de enfermagem (curativo), auxílio financeiro para fundação ou manutenção de sete escolas de enfermagem e três escolas de auxiliar de enfermagem (Paixão, 1969, p.122).

Uma derrota importante para as enfermeiras na década de 40, foi a ocorrida em 1943. O Ministério do Trabalho retirou o enfermeiro do grupo de profissionais liberais e o incluiu no de empregados de turismo e hospitalidade (Pinheiro, 1962, p.466). A Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas iria lutar durante muitos anos ainda para reverter este quadro. Esta atitude veio a reforçar "os fantasmas" do pouco status que acompanhavam as diplomadas. Tal preocupação pode ser percebida nas palavras

de Pinheiro (idem, ibidem): *"Para o nosso público, enfermeira é aquela que, à falta de outra profissão melhor, põe uma touca, cuida de doentes e recebe gorjetas; ele não conhece outra, pois mais de 50% da enfermagem no Brasil é exercida por pessoas assim."* Queixa-se a autora do círculo vicioso que se formou em torno da enfermagem nos países latino-americanos: porque existe o preconceito, as jovens não querem ser enfermeiras e porque há poucas enfermeiras, o público as desconhece e por isso tem preconceito.

## 6 — A CRIAÇÃO DA PROFISSÃO "AUXILIAR DE ENFERMAGEM" E SEUS CURSOS PREPARATÓRIOS

No intuito de regularizar o exercício profissional na enfermagem, visto predominarem os ocupacionais, foi aprovado em 1946 o Decreto-Lei 8778. Foi através dele que se lançou oficialmente a profissão de auxiliar de enfermagem, apesar de que por muitos anos ainda as enfermeiras assegurariam que apenas elas eram profissionais, sendo os demais trabalhadores da enfermagem ocupacionais. Embora propondo exames de habilitação para auxiliar de enfermagem e parteira prática, o Decreto previa expedição de certificado, após aprovação em exame escrito e prático-oral, de prático de enfermagem para os auxiliares. As exigências mínimas para prestar o exame eram: dois anos de exercício comprovado em estabelecimento **hospitalar**, idade su-



perior a 18 anos e, como já era de costume desde o século XIX exigir-se das parteiras, provas de idoneidade moral e de boa conduta social.

Tornando-se inevitável a discussão sobre a formação de auxiliar de enfermagem por ser esta prevista em lei, percebe-se nos anos subsequentes um interesse em tratar do tema através da criação da Seção de Cursos para Auxiliar de Enfermagem na Revista Anais de Enfermagem.

Em 1947, a presidente da ABED - Seção Distrito Federal registra em artigo o inevitável que seria a formação de auxiliares de enfermagem em grande escala. Segundo Taborda (1947, p.48) *"a formação de auxiliares de enfermagem (...) parece uma solução de emergência, porém, a única viável"*. Tendo em consideração *"a situação lastimável dos hospitais e casas de saúde"* e *"o número irrisório (de enfermeiras diplomadas) para as necessidades de assistência e educação sanitária do povo brasileiro"* referidos pela autora, a opção pela formação de auxiliares de enfermagem impõe-se neste momento com mais força. Na sua opinião, os cursos de formação ligados às escolas de enfermagem de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, além de formarem poucos alunos, tinham programas heterogêneos e insuficientes para a formação desejada.

Tal como Paixão (1969, p.115) atribui à Enfª Lais Netto dos Reys a iniciativa do primeiro curso, porém refere-se à turma de 4 ou 5 alunos que concluiu, em 1941, o

curso ligado à Escola Ana Néri. Ressalta que *"a experiência demonstrou que os conhecimentos teóricos do curso eram insuficientes para o bom desempenho dos trabalhos de enfermagem no hospital"* (Taborda, 1947, p.48).

Ao referir-se à formação do auxiliar de enfermagem, Taborda (idem, ibidem) contradiz a colação já exposta anteriormente de que escolas ligadas a hospitais teriam interesse nos alunos por sua mão-de-obra. Para prevenir que enfermeiras sejam confundidas ou conflituem com auxiliares de enfermagem, sugere a formação destes últimos em hospitais. Diz ser a formação feita nos hospitais uma oportunidade de melhor compreensão, por parte das auxiliares, do papel que lhes compete e uma forma de prevenir *"os complexos que a maioria adquire quando priva a mesma escola das alunas de enfermagem"*. Outro problema reside, segundo a autora, no fato de quase todas as auxiliares se dizerem enfermeiras diplomadas ao pleitearem emprego, uma vez que sua formação se deu na mesma instituição. Por vezes, a convivência da aluna-enfermeira e da aluna-auxiliar permite que se evidenciem deficiências na primeira, sentindo-se a aluna-auxiliar superior; *"daí nascem os desajustamentos (...). Além disso, há tendências das alunas de sobrecarregar as auxiliares de serviço, fato que revolta as últimas e que prejudica muito a formação profissional da futura enfermeira."* (idem, p.49). Percebe-se que a fórmula encontrada para "prevenir ou superar" conflitos foi a de remetê-los para fora do recinto das Esco-

las de Enfermagem. A contradição que permeia estas experiências, no entanto, não é verbalizada. Opta-se pela exclusão dos auxiliares. O que está velado é que os saberes diferentemente valorizados de enfermeira e auxiliar pela ideologia dominante remeterão uma ao controle da outra, mesmo que as funções tidas como específicas da enfermagem — aquelas ligadas ao cuidado direto ao paciente — sejam executadas pelas auxiliares e com maior habilidade do que a enfermeira o faria (Silva, 1986, p.117). Compreende-se assim porque as auxiliares se denominavam enfermeiras: resistiam ao controle e poder não justificado das enfermeiras. Por que deveriam ser elas, sendo as prestadoras da maioria dos cuidados de enfermagem, as **auxiliares**? Por que não denominá-las enfermeiras e às enfermeiras, por se dedicarem especialmente a administração, chamar supervisoras?

Quem responde a estas questões é a lógica capitalista. A divisão social do trabalho na enfermagem supera a própria divisão técnica. Ela não é apenas uma divisão de tarefas manuais e intelectuais entre pessoas de classes sociais diferentes, mas a manifestação da existência de diferentes formas de propriedade e de desigualdade social (Melo, 1986, p.54-5). O enfermeiro com seu diploma foi paulatinamente solidificando o seu papel de trabalhador intelectual da enfermagem e como professor nos cursos de auxiliar reproduziu a divisão do trabalho em enfermagem entre concepção e execução, trabalho mental e manual.

Tamanha era a impregnação ideológica de algumas enfermeiras, que para atenuar os conflitos auxiliar x enfermeira, Berlinck (1947, p.51) por exemplo, diz ser necessário sistematizar os esforços das enfermeiras numa mesma direção, evitando que cursos com diferentes graus de exigência permitam "*interpretações variadas do verdadeiro lugar que devem ocupar no esquema da organização que as coloca como auxiliares*". Para um efetivo controle dos auxiliares em exercício, sugere que se adote um sistema semelhante ao da Inglaterra, que possui um conselho que "*mantém um controle absoluto sobre as auxiliares de enfermagem*".

## 7 — A FORMAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM PREVISTA EM LEI

O ano de 1949 ficou marcado na história da enfermagem pela aprovação da Lei 775, que alinhou claramente a formação do auxiliar de enfermagem com as necessidades governamentais.

Apesar da discordância das enfermeiras com abertura de cursos de auxiliares junto às Escolas de Enfermagem, a Lei 775/49 foi aprovada com esta entre outras regulamentações no ensino de enfermagem. Pode-se dizer que sua tônica foi a necessidade de expansão dos cursos de enfermagem em seus dois níveis. No artigo 20 determina que em cada centro universitário ou faculdade de medicina de-

verá haver escola de enfermagem com os dois cursos — de auxiliar e enfermeiro; pelo artigo 23, o poder executivo fica responsabilizado em subvencionar todas as escolas que viessem a ser fundadas e ampliar o amparo financeiro às escolas já existentes; outra forma de estimular a abertura de cursos é a formulação apresentada no artigo 21, que diz que após sete anos as instituições hospitalares não poderiam contratar para a direção do serviço de saúde, se não enfermeiros diplomados.

Para realizar o curso de enfermagem, fixado em 36 meses de duração, o candidato deveria ter o curso secundário completo. Porém, o artigo 5 abriu um precedente por sete anos que, renovados, duraram até 1962, aceitando alunos que tivessem concluído o curso ginásial, comercial ou normal\*.

---

\* Em 1956, no momento em que expirava o primeiro prazo, a enfermagem foi consultada, através de sua associação, sobre a conveniência de prolongar o período de ingresso de alunos com apenas o ginásio. Mediante informações colhidas por um questionário, a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn (que desde 1954 havia substituído a Associação Brasileira de Enfermeiros Diplomados) obteve que professores não-enfermeiros e alunos eram favoráveis à exigência do secundário completo, porém as enfermeiras-professoras acharam a exigência prematura. Tentou-se, então criar dois cursos de enfermagem um para quem tivesse secundário completo e outro para os do ginásio. Esta iniciativa, contudo, foi derrubada por um parecer que simplesmente postergava à 1962 a exigência de secundário completo. Neste intervalo, o curso de normal foi equiparado ao ginásial e, quando em 1962, a enfermagem não podia passar para o nível universitário e perderia sua classificação de nível técnico-científico na Federação caso não houvesse a exigência do curso secundário, foi unânime a aprovação da exigência (Pinheiro, 1962, p.438-9).

Para auxiliares, a exigência era de curso primário, aprovação no exame de admissão ao primeiro ano ginasial e na prova de admissão da própria escola que constava de noções de português, aritmética, geografia e história do Brasil. O curso previsto tinha duração de 18 meses. A organização do curso estava contida no Regulamento, publicado em 14/11/49 (vide anexo B).

Os elementos comuns aos dois cursos, no que diz respeito à seleção, eram a idade mínima de 16 anos e máxima de 38 anos, atestado de saúde de física e mental e vacinação e atestado de idoneidade moral. Só haveria exame vestibular para a graduação em caso de excesso de candidatos.

Pelas características descritas, como idade máxima, escolaridade e exame de seleção, percebe-se que muitos ocupacionais em exercício não preencheriam tais requisitos. O que veio comprovar que a lei destinava-se a ampliação da enfermagem e não a profissionalização dos ocupacionais, foi a carga horária determinada no Regulamento: 44 horas semanais. Tornava-se, assim, impossível para qualquer trabalhadora que pretendesse ampliar seus conhecimentos profissionalizando-se, realizar o curso sem abandonar seu emprego. A profissionalização dos ocupacionais não era uma preocupação então.

Ainda segundo a Lei 775, a regularização das escolas em funcionamento deveria dar-se em 60 dias, terminando a equiparação à Escola Ana Néri, e o acompanhamento

de novas escolas e das recém-reconhecidas estava a cargo de um órgão a ser criado pelo Ministério de Educação e Saúde com inspetores-enfermeiros concursados.

Como tantas outras leis brasileiras, esta não foi cumprida em vários aspectos, alguns dos quais permanecem muito atuais. A determinação de que todo hospital deva ter um enfermeiro coordenando o serviço de enfermagem, por exemplo, não foi cumprida até hoje no estado do Rio Grande do Sul. Também um órgão ou um grupo de profissionais de enfermagem especialmente preparados para a supervisão das escolas de nível médio existentes foi uma reivindicação manifestada por duas vezes no ano de 1989 pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN-RS) e Associação Brasileira de Enfermagem-RS (ABEN-RS) à Secretaria de Educação, que considera desnecessária a presença de um enfermeiro para trabalhar junto às escolas de auxiliar.

Segundo o Regulamento da Lei 775, o objetivo do Curso de Auxiliar de Enfermagem era o "*adestramento de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa.*" (Art. 29, Decreto 27.426). Uma justificativa para o preparo **exclusivo** em assistência curativa é apontada por Pinheiro (1962, p.437), quando se refere à presença das visitadoras sanitárias em saúde pública. Não obstante, a própria autora em parágrafo subsequente, diz que a formação das visitadoras foi sendo substituída pela formação de auxiliares com treinamento poste

rior em saúde pública. Está claro que a opção por um currículo de enfoque curativo (vide anexo B) foi feita neste momento por corresponder especificamente à nova ordem social: a industrialização e ampliação dos centros urbanos.

#### 8 — A HOSPITALIZAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE: INCREMENTO AOS CURSOS DE NÍVEL MÉDIO E À DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO

A análise das pesquisas sobre educação em enfermagem publicadas na Revista Anais de Enfermagem (posteriormente, Revista Brasileira de Enfermagem) demonstra que já no início dos anos 50 acentua-se o enfoque curativo. (Ruffino, 1985, p.253) A saúde pública cede lugar à atenção médica privatizante, cresce a população previdenciária e o complexo médico industrial influencia a área da saúde, diz a autora.

Com o crescimento industrial e o aumento dos centros urbanos, há uma opção pelo hospital para atender as questões de saúde/doença em geral, por ser ele local de concentração de recursos físicos e humanos. Os hospitais passam a ser construídos nos grandes centros urbanos e com grandes áreas físicas, dispostos a abrigar do ambulatório ao centro cirúrgico, passando pela UTI, maternidade, emergência, entre outros. Pode-se citar como exemplo desta concepção, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que ainda hoje recebe pacientes de todo o Rio Grande do Sul e



de Santa Catarina. É este um momento de centralização de recursos na área da saúde. Como consequência natural deste processo, tem-se a predominância das escolas formadoras de pessoal de nível médio, nas capitais brasileiras, durante os anos subsequentes, muitas das quais anexas aos hospitais públicos a privados que por sua concentração de recursos eram tidos como aptos para a formação de nível médio em enfermagem.

Do ponto de vista quantitativo, a partir de 1949, as escolas de auxiliar de enfermagem proliferaram. Pinheiro (1962, p.438) comenta que o ritmo em que foram criadas as escolas de nível médio nos anos 50 demonstra o interesse despertado: 1942 a 1948 foram criados 3 cursos; de 1949 (data da legalização do curso) a 1956 foram fundados 40 e de 1956 a 1962, aproximadamente, mais 20. A autora atribui este crescimento ao desejo de muitas instituições de abrirem cursos de enfermagem, porém sem as condições exigidas, encontraram na formação de nível médio uma alternativa. *"A criação deste curso veio talvez salvar as escolas de enfermagem de uma baixa de padrão maior que a existente."*

Pode-se atribuir o crescimento do número de escolas de auxiliares à consolidação de um modelo gerencial para o trabalho da enfermagem nas décadas de 50 e 60, onde o discurso vigente a apresentava como líder apta a ocupar os cargos de chefia nos serviços de saúde, treinamento e supervisão do pessoal auxiliar (Almeida, 1986, p.73).

Para estas funções apenas um pequeno contingente se fazia necessário, enquanto optava-se pelo auxiliar como prestador da assistência de enfermagem aos pacientes. Dada a complexidade crescente do manuseio com aparelhos e materiais específicos e as exigências da lei, passa-se a formar auxiliares como a alternativa mais eficiente e barata para a área da enfermagem.

Não obstante, esta iniciativa pode ser entendida como tardia e a obtenção dos resultados desejados diluía-se na composição da equipe de enfermagem (vide anexo C). A carência de pessoal persistia mesmo com um incremento à formação. Não raro, os práticos desconheciam a área de atuação da enfermeira, o que desencadeava conflitos.

Voltadas para a administração, as enfermeiras intermediavam as decisões das chefias junto aos auxiliares e ocupacionais. Com o papel de supervisoras, ficavam numa posição de destaque e estavam, em geral, à mercê do cumprimento de ordens de quem lhes admitia com aquele status. Se considerarmos que muitas vezes as suas obrigações e ordens a cumprir compreendiam a escolha de funcionários para demissão, críticas a procedimentos mal executados, "avisos" de organização de movimentos reivindicatórios à chefia — "tudo pelo bem dos pacientes, é claro" —, pode se perceber que, não podendo elas dar uma supervisão constante e intensa por seu reduzido número, muitos eram os flancos para resistir a estas chefias que há 20 anos não existiam na quase totalidade dos hospitais e nos anos 50

estavam ausentes ainda de muitos hospitais, constituindo-se em novidade para os ocupacionais.

Pouco se encontra nas revistas de Enfermagem que descreva o relacionamento de ambos os grupos, tanto nos cursos de auxiliar como no trabalho hospitalar. Sabe-se apenas da não concordância de um grande número de enfermeiras com o ensino, em escolas de enfermagem, de cursos de auxiliar. A partir desta postura, não se poderia inferir que o estigma de imoralidade e despreparo que acompanhava o cuidar de doentes passou a ser visto pelas enfermeiras como um componente do trabalho das auxiliares de enfermagem? Como mulheres oriundas, sobretudo, da elite não veriam uma condição de inferioridade nas práticas de auxiliares? Quem melhor responde estas questões é o medo das "diplomadas" em serem confundidas com as auxiliares. Por que este temor se não fossem as auxiliares, consideradas por elas próprias como mulheres desqualificadas, imorais ou sem educação? O que parece permear a valorização das desigualdades são as diferenças de classe social entre auxiliar e enfermeira. As enfermeiras, ademais, não se consideravam invasoras de um espaço tradicionalmente ocupado pelas ocupacionais e ainda ao fazê-lo, tinham um padrão imaginário de mulher culta e educada pela burguesia para as trabalhadoras de nível médio da enfermagem. Este padrão estava distanciado do real também pela forma como a realidade era lida. Enquanto Candau (1948, p.162) considerava as auxiliares como "*subprofissionais quase analfabetas*", Pinheiro (1962, p.437-8), referindo-se às moças que

procuravam o curso de auxiliar desde sua criação (1949), diz que era grande o número com alguns anos de ginásio, ginásio completo, escola normal ou curso colegial. Dentro desta mesma perspectiva, um dos poucos relatos encontrados sobre a relação auxiliar-enfermeira é feito por um médico. Segundo Ribeiro (1954, p.53),

*"a auxiliar de enfermagem é uma inquieta, não se sente à vontade na profissão. Está em permanente conflito consigo mesma e com as enfermeiras, por que se considera frustrada e considera a enfermeira a maior causa dessa frustração. Desamando a profissão, por que não pode atingir o seu acme, raramente imprime no seu trabalho o idealismo e o amor ao próximo e à instituição. Raramente colabora no triunfo das enfermeiras por que vê nelas o maior obstáculo à ascensão na sua carreira. Sob essas influências, essa insatisfação quase sempre injusta, as leva a emigrar, a fugir em busca de conquistas de situações em outros grupos profissionais".*

Vê-se, assim, que o conflito latente ou presente na relação enfermeira x auxiliar é o conflito enfermeira/ chefe x auxiliar/serviçal e, ainda, enfermeira/intelectual/prestigiada x auxiliar/manual/desconsiderada.

## 9 — A CONSOLIDAÇÃO DO ENFOQUE CURATIVO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A década de 60 veio para estabelecer políticas que perdurariam por muitos anos. O golpe de 1964, a censu

ra e a perseguição política seriam constantes por duas décadas, deixando marcas indelévels nas práticas individuais e sociais. O direcionamento da Lei 4024/61, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, lançando a perspectiva do ensino profissionalizante, foi acolhido pela enfermagem que nestes tempos de repressão, voltou-se para estudos técnicos, para a instrução programada e para especializações dentro da própria enfermagem. Os créditos da passagem da enfermagem para o grau de ensino universitário e o retorno das enfermeiras ao grupo de profissionais liberais no Ministério do Trabalho, em 1962, vieram acompanhados de medidas que ajustavam ainda mais a profissão ao modelo de assistência hospitalar centralizada. O Parecer 271/62 do Conselho Federal de Educação acrescentou ao currículo mínimo a disciplina de administração, aproximando a formação da prática das graduadas. Por outro lado, excluiu-se a disciplina de ciências sociais e se remeteu a disciplina de saúde pública para a especialização, permitindo que enfermeiras **brasileiras** não tivessem contato com a principal necessidade em termos de saúde de um país terceiro mundista, durante os anos de graduação (Ruffino, 1985, p.253 e Germano, 1985, p.39).

Este intencional direcionamento do ensino superior de enfermagem para um modelo burocrático-curativo teve reflexos na formação do auxiliar de enfermagem. O primeiro deles é a presença, nas salas de aula, de professores preparados por este currículo e, "a posteriori", a opção por um modelo semelhante para o curso de auxiliar de

enfermagem.

De uma forma geral, todos os profissionais da área da saúde tiveram seu trabalho e formação atingidas em alguma medida pelo modelo curativo e centralizado que na década de 60, pela maior abertura ao capital estrangeiro, estava mais atrelado às empresas multinacionais de equipamentos médico e odontológico, à indústria farmacêutica e alimentar. No caso da enfermagem, as propagandas variadas encontradas nos Anais de Enfermagem dos anos 40, são retiradas das revistas dos anos 50, mas retornam nos anos 60 na Revista Brasileira de Enfermagem veiculando exclusivamente materiais de uso hospitalar na quarta capa da revista. Eram divulgadas então as compressas de gaze Johnson *"que não têm fios soltos"* e *"custam 10% menos que as feitas a mão nos hospitais"*, o esparadrapo *"impermeável, flexível e que não desfia"* da mesma companhia e o fio de sutura catgut *"de diâmetro uniforme"* de uma das divisões desta multinacional. Ao longo desta década pode-se encontrar vários outros exemplos (automedicação "autorizada" pela falta de controle das farmácias que atualmente mais parecem supermercados; uso de medicação ainda não aprovada em outros países; denominação de fármacos, antissépticos e desinfectantes pelo nome comercial ao nível hospitalar), porém um dos mais ilustrativos talvez seja o do incentivo à substituição do aleitamento natural pelo artificial — leite em pó. Por anos viu-se médicos, enfermeiras, auxiliares e, por conseguinte, a população crerem na pra-

ticidade, valor nutricional e higiene dos leites artificiais. Foi-nos impingido, por empresas como a Nestlé, Mead Johnson ou Fontoura-Wyeths, um padrão norte-americano de beleza, onde uma criança gorda e flácida (e freqüentemente loira) era apresentada por um forte esquema de "marketing" como padrão brasileiro de saúde. Este projeto foi tão efetivo pela participação dos profissionais da saúde que tinham convicção de estarem agindo segundo princípios científicos, que nas décadas seguintes, com o agravamento da mortalidade infantil, seria preciso recrutar todos para uma campanha de divulgação da importância do aleitamento materno. Panfletos, fotos, cartazes e propagandas na televisão se fizeram necessários para esclarecer à população o óbvio: o melhor leite para a criança é o de sua mãe.

O povo passou a experimentar uma nova realidade nos anos 60 também em relação a assistência de saúde e aposentadoria.

A desigualdade de benefícios entre os diversos institutos (IAPI, IAPC, IAPM, IAPFESP, IAPTEC) deu lugar a um sistema unificado de assistência e aposentadoria ainda em 1960, coordenado pelo Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.

Da mesma forma, este início da década deve ser lembrado pela aprovação, em 1961, do Decreto 50387/61 que regulamentou a Lei 2.604/55 que tratava do exercício profissional em enfermagem.

Ficou estabelecido no Decreto que são profissionais da enfermagem enfermeira, obstetriz, auxiliar de enfermagem e parteira. Os práticos de enfermagem e enfermeiros práticos têm seu exercício previsto, porém não há mais decreto ou exame que os habilite a partir de 1964 (Lei 3640/59). No artigo 9º, itens b, c, d do Decreto fica previsto que o ensino para auxiliar de enfermagem, a direção e a inspeção dos cursos seria feita por enfermeiras. No que tange a equipe de enfermagem como um todo, o primeiro item do artigo 14, diz que é dever de todos "*respeitar fielmente as determinações prescritas pelo médico*" e nos artigos 15 e 16 listam-se proibições, que nada mais são do que cuidados que se desejava exclusivamente ao médico ou ao hospital. Ainda de acordo com o Decreto, ao auxiliar de enfermagem cabiam as mesmas funções que aos enfermeiros práticos e práticos de enfermagem, quais sejam "*as atividades da profissão*" (artigo 10). Tais atividades deveriam ser supervisionadas por médico **ou** enfermeira. Subentende-se que ao auxiliar de enfermagem competia toda a prestação de cuidados, independentemente da supervisão da enfermeira, uma vez que o médico poderia substituí-la nisto. Vê-se assim como a Lei 2604/55 veio para atender o enfoque curativo e a instituição de saúde prevista nela é o hospital.



## 10 — ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO DE NÃO-PROFISSIONAIS

Os anos 60 vieram a comprovar que todos os esforços para a profissionalização da enfermagem haviam sido equivocados num ponto: não se planejou uma profissionalização para os atendentes em exercício. Sua presença foi por muitas vezes ignorada pelas enfermeiras, porém nos locais de trabalho as conflitivas existentes demonstravam dificuldades no trabalho conjunto. Pinheiro (1962, p.40) ilustra tal situação sob o prisma da enfermeira recém-formada. A jovem profissional tinha de enfrentar enfermeiros práticos ou atendentes, com longos anos de experiência, *"hostis porque ela lhes 'roubou' a posição, que não aceitam a sua direção e fazem tudo para solapar a sua autoridade."*

As dificuldades citadas já eram conhecidas de outros relatos. O fato inovador neste caso é a não referência ao auxiliar de enfermagem como "boicotador" do trabalho da enfermeira. Uma explicação para este fato talvez seja a não generalização de ocupacionais e profissionais sob o nome "auxiliar". Outra seria que a formação do auxiliar de enfermagem feita por professoras-enfermeiras, as reformulações e aprimoramentos curriculares ou alterações nas leis que regulavam a formação, não atingiam práticos e atendentes, sendo restrito seu contato com enfermeiras e suas propostas. Estes estiveram a parte de todos os processos referentes ao ensino formal e, especialmente os atendentes, não tinham sequer respaldo legal para o trabalho, enquanto a enfermeira, muitas vezes inexperiente, tinha e-

xercício legal e poder para chefiá-los.

Utilizando a leitura de Giroux (1986, p.146) sobre os movimentos de resistência, temos aí um exemplo da não linearidade das relações de poder na enfermagem. Por vezes, a enfermagem nos é apresentada como ahistórica e a conflitiva, mas ao contrário vemos na oposição dos atendentes às enfermeiras que a dominação é um processo não-estático e que nunca se completa. Os atendentes encontram formas, em nada passivas, de responderem as intersecções de dominação em suas experiências de vida, resultando no que se entende por noção dialética da ação humana.

Não é difícil compreender porque houve a necessidade de se criar uma Comissão Especial de Estudo da Situação do Atendente na ABEn, uma vez que estes trabalhadores, tal como foram caracterizados, compunham em torno de 70% da enfermagem brasileira. A presidente da Comissão assina um relatório que faz uma panorâmica da situação nacional (Borges, 1966, p.620-40). Nele, a questão do atendente é apontada como uma prioridade que deve ter o engajamento de todos os enfermeiros, "*sem barreiras regionais ou pessoais*". Chama a atenção que o motivo apresentado para o envolvimento na questão é o de não se desejar "*ver prejudicado o 'status' da enfermagem pela participação de pessoas sem as condições mínimas para exercê-la*" (idem, p. 620). Apesar disto, os atendentes são referidos como "*elementos que realmente praticam a enfermagem entre nós*" (idem, p.620). Vê-se assim que apenas nos anos 60 as enfer-

meiras se rendem às evidências de que uma profissão desenvolvida por 70% de ocupacionais não pode gozar de grande prestígio por mais que façam suas "diplomadas". Desfaz-se parcialmente o "sonho separatista" das enfermeiras que buscavam ser reconhecidas também por serem **muito diferentes** de auxiliares, práticos e atendentes. Concluem as autoras do relatório que não havia como eliminar o atendente da equipe de enfermagem e que sua utilização era uma rotina e não uma medida de emergência. Esta conduta não é rechaçada, mas é justificada pelas mesmas porque não se deveria utilizar pessoal mais qualificado em tarefas simples. Como já era de se esperar, as enfermeiras analisam este fato sob o prisma econômico, de quem está vinculado à administração do hospital. Por vezes tem-se a impressão que são elas as responsáveis pelos salários. A ótica do paciente, multimanuseado se seus cuidados são de simples, média e alta complexidade, não prevalece. Corroboram com esta análise as seguintes colocações de Almeida (1986, p.72):

*"A enfermeira apesar de ser assalariada e não participar dos lucros da empresa, toma a posição de gerente da assistência de enfermagem e, até certo ponto, da organização institucional. É isso que a instituição espera dela porque precisa de alguém que conheça a essência do trabalho de enfermagem e não para executá-lo, pois desta forma haveria a necessidade de muitas enfermeiras, o que não convém, pois torna-se oneroso, ameaçando o lucro. Portanto, o atendente, que cuida do paciente, desconhece, na maioria das vezes, o plano assistencial de enfermagem que aquele paciente requer — que é domínio da enfermeira — e a qualidade da assistência nem sempre pode ser garantida."*

Questiona-se, entretanto: Quem estaria comprometido com tal qualidade? O Atendente, que tem uma experiência alienada de trabalho? A enfermeira, que gerencia para potencializar a extração da mais-valia? O proprietário da instituição, que lucra inclusive com as péssimas condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores de enfermagem?

Sendo a presença do atendente uma realidade incontestável para a equipe de enfermagem, os enfermeiros que estudavam a questão decidiram que deveria haver, exigido por lei, um curso preparatório com programa mínimo para que se formassem novos atendentes, por não ser acessível aos atendentes o curso regular de formação de auxiliar de enfermagem pela carga horária semanal ou escolaridade exigida. Outra proposta levantada foi a de regulamentação do exercício ocupacional do atendente, prevendo-se atribuições, salário, direitos trabalhistas e outros.

O que ocorria **exatamente** no cotidiano das instituições que utilizavam o atendente — pode-se dizer todas — não está suficientemente registrado. O número de Escolas de Formação de Atendentes que surgiram com a nova demanda dos hospitais é incalculável, pois não havia registro legal das mesmas, um currículo mínimo que as organizasse ou um órgão que as controlasse. Pelos baixos salários, os treinamentos para as funções desejadas pelo hospital, a não-previsão de tarefas em lei, entre outros, este ocupacional tornava-se muito mais atrativo, sobretudo

para o setor privado. Não se pode pensar que foi simplesmente a carência de profissionais de enfermagem que perpetuou a não-profissionalização. Prova disto é a total desconsideração que as propostas da comissão que estudava a situação do atendente obteve.

Os anos seguintes indicariam quão longe se está de solucionar a problemática de profissionalização do atendente e o pouco poder da enfermagem, mesmo lutando pela melhoria da assistência à população, junto a legisladores. As propostas de legalização do exercício de atendentes e criação de cursos de aprimoramento obrigatórios para todos os atendentes em exercício podem ser encontradas nas Revistas Brasileiras de Enfermagem (RBEEn), mas não em leis porque a mobilização das enfermeiras para lidar com as questões de nível médio era pequena e esbarrava, muitas vezes, nos interesses bem representados da iniciativa privada ao nível das esferas federais.

## 11 — AS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM POR FORÇA DA LEI

Em termos de legislação o que se obteve em 1965, foi a Portaria 277/65 da Diretoria de Ensino Secundário e a Portaria 106/65 do Ministério de Educação e Cultura. A primeira dispõe sobre as exigências para autorização de escolas de auxiliar de enfermagem e, apesar de não ser vi

gente, é muito semelhante à legislação atual. A segunda Portaria traça o currículo mínimo do curso de auxiliar de enfermagem, desta vez já estando a lei desvinculada do ensino de graduação, como desejavam as enfermeiras. De forma sucinta, trata quase que exclusivamente do elenco de disciplinas e estágios. Os pré-requisitos ao curso são agora idade mínima de 16 anos e exame de admissão ao ginásial, que fica implícito. É a primeira vez que os atestados de boa moral são preteridos. O curso tem duração prevista de dois anos com cinco disciplinas gerais do curso ginásial, quatro disciplinas de enfermagem e seus estágios. A escola estava livre para escolher outras disciplinas que julgasse adequadas. Elevou-se, assim, o nível do curso de auxiliar, de primário para segunda série ginásial. Persiste, porém, um nítido enfoque para técnicas em todas as áreas da enfermagem, na listagem de estágios não consta a saúde pública e o estágio de obstetrícia era opcional para homens e o de clínica urológica para mulheres.

Foi a partir do ano letivo de 1966 que as escolas passaram a cumprir o novo Parecer. O descompasso entre a legislação e as aspirações da enfermagem fica mais uma vez evidente. Enquanto no Projeto-Formação de Auxiliar de Enfermagem, ao qual estava conveniado também o Ministério de Educação, já se estudava a formação de auxiliares de forma intensiva no intuito de ampliar a formação, o Parecer 106/65 prevê o curso em dois anos. No ano de 1966 foi criado o Curso de Técnico de Enfermagem, muito polêmico até sua aprovação, pois muitos preferiam con-

centrar esforços na formação de auxiliares. Conforme um editorial da RBen (XIX (2 e 3), 1966), o XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1965, recomendou à ABEn que solicitasse ao Conselho Federal de Educação o currículo do curso de técnico. Percebe-se por esta recomendação que pouco consultou-se a enfermagem enquanto categoria para a criação de tal curso. Paixão (1969, p.120) esclarece que o curso foi resultado do interesse de algumas escolas, baseadas na Lei de Diretrizes e Bases 4024/61 que abriu a perspectiva de formação em nível técnico. Em especial, promoveram estudos preliminares e obtiveram aprovação para funcionamento duas escolas de enfermagem do Estado da Guanabara, a da Universidade Federal e a Escola Luiza de Marillac - PUC. Do mesmo período é o curso da Escola Catarina Labouré de Curitiba, aprovada em 1966 em caráter experimental, mesmo sem ser ligada a uma escola de nível superior. O Curso Colegial Técnico foi aprovado pelo Parecer 171/66 de Conselho Federal de Educação. A justificativa apresentada pela mesma autora para a criação do curso era *"uma larga faixa de atribuições que não eram atendidas satisfatoriamente (...) entre os cuidados de enfermagem mais elementares e as funções de magistério, supervisão e chefia de serviços."* Novamente evidencia-se o atrelamento da enfermagem à divisão social do trabalho, na qual se pensa ser possível dividir o ser humano em graus de intensidade de doença para que diferentes profissionais de forma eficiente e econômica possam atendê-lo. Há um aspecto que chega a surpreender no que diz respeito ao técnico: lhe é

atribuída a possibilidade de chefiar unidades em hospitais com até 250 leitos e prestar assistência a pacientes em estado grave. Amplia-se, assim, o distanciamento da enfermeira em relação ao paciente, percebendo-se direcionamento mais exclusivo para a administração, uma vez que tal decisão veio reforçar o trabalho de supervisão e gerenciamento para as mesmas. Para auxiliares e atendentes houve uma mais correta distribuição do trabalho em alguns hospitais, todavia o pequeno número de técnicos formados, se comparado ao contingente de atendentes, não chegou a significar uma real mudança. Foram promovidos a técnico os assistentes de enfermagem, assim denominados pela Lei 3.780/60. Os demais trabalhadores quase não tiveram chance de ascensão pela forma como o curso foi proposto. Teria duração de três anos com validade de 2º ciclo médio: para tanto, 50% da carga horária estaria reservada às disciplinas de formação geral. Dentre as disciplinas específicas estavam elencadas todas as áreas assistenciais da enfermagem, inclusive enfermagem psiquiátrica. Os estágios obrigatórios eram ainda mais amplos, compreendendo 11 áreas entre saúde pública, nutrição e dietética e enfermagem médico-cirúrgica. Não estava presente a administração em enfermagem enquanto disciplina, função para a qual o profissional também se destinava (ABEn, 1966, p. 165).

A adequação da criação do curso de técnico neste momento é de difícil avaliação. O contexto da formação de



profissionais de nível médio permanecia carente de impulsos, com um déficit entre necessidades e profissionais formados especialmente fora do âmbito das capitais dos estados, conforme demonstra o anexo D. Neste sentido, a tímida formação de técnicos durante o final dos anos 60 não pôde contribuir. As críticas ao curso de técnico vinham ao encontro desta consideração, ou seja, não formaria grande quantidade de novos profissionais e dividia esforços na formação de auxiliares. Sob o prisma qualitativo há que se reconhecer que os cursos desenvolvidos com seriedade deveriam formar profissionais de um ótimo padrão para a assistência de enfermagem. Acrescenta Silva (1986, p.86) que o curso de técnico poderia significar uma possibilidade de ascensão social para os trabalhadores de nível médio e elementar. Ressalta, porém, como ênfase de sua análise, que o novo profissional tinha o caráter de redivisor do espaço de atuação dos profissionais e ocupacionais, acarretando a curto prazo a agudização de conflitos latentes e manifestos.

Concomitantemente, os grupos envolvidos com a proposta ministerial de ampliação da formação de auxiliar de enfermagem procuravam formas legais de fazê-lo. Relata Risi (1970, preâmbulo) que o grupo de profissionais envolvidos com o Projeto - Formação de Auxiliar de Enfermagem reuniu-se em 1967 para avaliar o projeto e deste encontro surgiram propostas de elaboração de um currículo intensivo. Ao diagnosticar a situação alarmante dos recursos humanos na área da saúde, o autor credita a uma visão equi-

vocada, mas constante de que é a carência numérica de médicos que determina a má qualidade da assistência, o descaso que a formação em enfermagem vem sofrendo. Acrescenta que *"este aspecto mais facilmente polariza a preocupação e é causa de maior impacto. Não se atenta, como se deve, para as demais qualificações do pessoal integrante da equipe da saúde (...)"*. A proporcionalidade entre enfermeira e auxiliar de 1:3, as 72 formandas em enfermagem em todo o Brasil em 1968, os 3799 alunos dos cursos de auxiliar de enfermagem, em 1969, para todo o país, eram indicativos da pouca atenção que era dispensada à formação em enfermagem. Buscando superar as deficiências da enfermagem, o grupo de enfermeiras das instituições envolvidas e professoras de cursos de auxiliar reunidas em Recife criou as bases do que se constituiria em parecer em 1970. Em um documento enviado ao Ministério de Educação e Cultura, elaborado pela Comissão de Assessoria Técnica do Projeto (Brasil, 1975, p.11)

*"justificava-se a necessidade de preparar o Auxiliar de Enfermagem utilizando-se apenas a carga horária específica para as disciplinas de Enfermagem, e se solicitava que fosse facultado a esses cursos funcionarem em regime supletivo."*

A premência da formação justificava-se além da carência numérica de profissionais. Se por um lado a predominância de atendentes dificultava uma organização voltada para a qualidade, por outro as diferenças entre formação e exigências do mercado de trabalho, sem um claro

posicionamento da enfermagem enquanto profissão de várias categorias, permitia uma utilização equivocada dos diferentes profissionais, o que não era menos grave para a qualidade da assistência dos anos 60. O cuidado ao doente, enquanto objeto de trabalho do conjunto das categorias, manteve-se prejudicado pela indefinição de papéis. O maior número de auxiliares, os primeiros técnicos e a tentativa de redimensionar a formação de nível médio esbarravam na tradicional organização hospitalar brasileira do século XX, calcada na divisão social do trabalho e justificada na carência de profissionais. Assim, conforme demonstram Souza et alii (1968, p.443-57), o cuidado ao paciente poderia estar fragmentado entre vários trabalhadores em função da complexidade ou, o que era mais comum, quase que exclusivamente a cargo do trabalhador menos preparado e menos remunerado: o atendente de enfermagem. Para que se possa avaliar o que isto significa em termos de assistência em 1968, contemplemos os achados da pesquisa: as enfermeiras têm 40% de suas atividades **indiretamente** ligadas ao paciente e 30% delas **não estão** ligadas à enfermagem. A prestação de cuidados diretos equivale a 11,84% de seu trabalho. Há uma utilização de "*grande número de horas-enfermeira, empregado em tarefas burocráticas*" (idem, p.453). Tomando em consideração uma listagem de atribuições de cada profissional/ocupacional, as autoras concluem que as enfermeiras cumprem apenas a metade de suas atribuições, 7% das dos auxiliares e 1,07% dos atendentes e que "*os cuidados de enfermagem não guardam relação nem*

quanto aos diagnósticos, nem quanto às condições dos pacientes" (idem, p.455). Não havendo prescrição de cuidados pelas enfermeiras, a qualidade do atendimento ficava à mercê de iniciativas pessoais. O que se observava era que "o tipo de cuidado de enfermagem, em todos os serviços e especialidades é similar, fazendo supor que obedece puramente a uma rotina tradicional" (idem, p.452).

Entre os auxiliares, 63,24% de suas atribuições eram desenvolvidas por atendentes, porém realizavam 5,38% do trabalho dos atendentes. Esta desorganização do serviço de enfermagem terminava sendo, sobretudo, pior do ponto de vista de qualidade. Ressalta-se que mesmo num serviço desestruturado prevalece a sobrecarga sobre o menos qualificado e remunerado, reproduzindo-se a divisão social do trabalho. Comprova isto a seguinte referência das autoras (idem, p.453):

*"merece especial destaque a verificação de que os atendentes, no mesmo horário de trabalho, executam cuidados diretos com o paciente, que exigem rigorosa assepsia, como transfusão, lavagem vesical, injeções venosas, curativos e realizam limpeza de banheiros e de piso."*

Algumas de suas conclusões permitem uma clara compreensão da enfermagem na troca de décadas 60/70.

*"As enfermeiras, os auxiliares e os atendentes estão realizando as mesmas atividades, o que evidencia a falta de definição de atribuições e de atividades (...) A quase totalidade dos cuidados de enfermagem presta-*

*dos são de nível elementar (...) A organização técnico-administrativa dos serviços de enfermagem é deficiente, refletindo a situação administrativa geral das Instituições (...) Grande número de atividades, indiretamente relacionadas ao paciente, que a enfermeira efetua, podem ser executadas por uma secretária de clínica (...) Não foram observadas atividades relativas à reunião de pessoal de enfermagem, à educação em serviço e a outras relacionadas com o aperfeiçoamento do pessoal." (idem, p.455).*

No intuito de levantar propostas para esta situação, Souza et alii (idem, ibidem), entre outras, sugerem algumas semelhantes às encaminhadas pelo Projeto — Formação de Auxiliar de Enfermagem. São elas, a redução da duração do curso de auxiliar de enfermagem para um ano e mudanças no currículo. Uma diferença importante, porém, é a de que as autoras propõem uma formação de acordo com as exigências dos serviços de saúde. Sabe-se pelo quadro apresentado que as exigências eram a prestação de todos os procedimentos, como ainda hoje, em 1990, em muitos hospitais se dá. Esta postura das autoras foi e continua sendo motivo de polêmica entre as pessoas envolvidas com a formação de nível médio. Muitos defendem que todos os procedimentos, dos simples aos complexos, devem ser ensinados ao auxiliar, uma vez que no exercício profissional tudo lhe será exigido. Este enfoque considera a escola como mera servidora do mercado de trabalho, sem possibilidade de tornar a profissionalização uma experiência que permita uma leitura crítica do mesmo. Por este motivo, outro contingente de profissionais, respaldado na postura oficial do COREN, afirma que a formação deve estar de acordo com

o previsto em lei (a partir de 1986). As críticas feitas em relação ao descompasso entre o aluno formado e a expectativa do mercado, são respondidas por este segundo grupo com a assertiva de que toda tarefa imposta ao auxiliar em função de suas más condições de trabalho e que não lhe compete, deve ser reconhecida pelo profissional como exploração de seu trabalho, deve ser ensinada por alguém da instituição que a exige que, em tese, ao delegá-la ao auxiliar, responsabiliza-se por seus erros. Ressalta-se que o ignorar da tarefa pelo profissional caracteriza a inadequação da exigência, sendo sempre a mesma um risco potencial para o paciente. Também é importante lembrar que se em um hospital de pouquíssimas condições alguns auxiliares são treinados pela chefia para algumas tarefas específicas, isto não quer dizer que todo e qualquer auxiliar possa cumpri-las, ficando sob responsabilidade da enfermeira a seleção de algum auxiliar mais capacitado, reduzindo-se assim riscos. Desta forma, desfaz-se o argumento de ensinar "tudo" a todos. Outro problema inerente a esta questão é que todas atribuições dos auxiliares passavam automaticamente a também ser dos atendentes, o que significa um risco ainda maior ao paciente.

Como resultado dos encaminhamentos ao Conselho Federal de Educação de reivindicação de mudanças na formação dos auxiliares, resultou a aprovação do Parecer 75/70 pela Câmara de Ensino Primário e Médio e posteriormente pelo Conselho. Como resultado do Parecer obteve-se o curso em nível supletivo, com duração aproximada de onze

meses, para candidatos com no mínimo a conclusão do ginasial. Criados como solução de emergência, tais cursos intensivos passaram a ser oferecidos paralelamente aos regulares. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 5692/71, veio facilitar a consolidação desta iniciativa, uma vez que propugnava a formação de profissionais de nível técnico em diferentes áreas para atender as necessidades desenvolvimentistas do país. O enquadramento do curso de técnico foi automático, porém a LDB previa a formação de técnicos apenas com 2º grau completo, o que deixava os cursos de auxiliar em situação especial.

O encaminhamento desta questão veio de forma legal, pela exceção que o Conselho Federal de Educação abriu com o Parecer 2713/74. Silva (apud Brasil - Ministério da Saúde, 1975, apresentação) refere que foi "em boa hora" que houve a promulgação do Parecer. Diz isto representando a Divisão Nacional de Organização Sanitária que através do Projeto — Formação de Auxiliar de Enfermagem solicitou a formação em nível supletivo e de 1º grau. Acrescenta o autor que este Parecer

*"veio representar o instrumento legal de que se necessitava para desencadear um processo gerador do incremento de auxiliares de enfermagem, pela adoção, em ampla escala, da seguinte alternativa apresentada no supracitado Parecer:*

*'c) ... podem os sistemas de ensino, a título transitório e emergencial, face às condições sócio-econômicas regionais ou locais, e para atender as exigências do mercado de trabalho, continuar a promover a formação do referido profissional (auxiliar de enfermagem), a nível de 1º grau.*

*d) essa formação — tanto em nível de 2º quanto 1º grau — deverá utilizar-se das fórmulas e soluções oferecidas seja pelo supletivo, seja pelo ensino regular, seja por ambos conjugadamente'."*

Percebe-se claramente os interesses que buscava atender tal decisão uma vez que se abria um precedente justamente para a formação do maior contingente de profissionais da enfermagem. A própria formação de auxiliares já se transformara numa "indústria", predominando escolas particulares. Sobre a desqualificação da escola, neste caso menos escolaridade do aluno e divisão entre formação geral e profissionalizante, Frigotto (1989, p.224) coloca que a ineficiência escolar é uma função mediadora desta instituição no processo de acumulação capitalista. Sua improdutividade torna-se produtiva pela dupla função que exerce na reprodução das relações capitalistas de produção: justifica a situação de explorador dos menos instruídos, auxiliares por exemplo, e limita a classe trabalhadora na sua luta contra o capital ao impedir o acesso ao saber elaborado. *"A escola serve ao capital tanto por negar o acesso ao saber elaborado e historicamente acumulado, quanto por negar o saber social produzido coletivamente pela classe trabalhadora no trabalho e na vida."*

Dentro desta perspectiva foram aprovados os Pareceres que ainda hoje regem a formação de nível médio em enfermagem, em 1977.

O Conselho Federal de Enfermagem aprovou os Pare



ceres 07/77 e 08/77 (vide anexo B) com um claro alinhamento dos mesmos aos interesses de uma minoria hegemônica que lucrava com o atendimento curativo à população. Através do Parecer 07/77 elencavam-se as disciplinas de Enfermagem Materno-Infantil e Enfermagem em Saúde Pública como opcionais e através do 08/77 reiterou-se o precedente da realização do curso de auxiliar de enfermagem por pessoas com apenas o 1º grau. Estes dois Pareceres merecerão uma análise mais detida posteriormente.

## 12 — O DESENCADEAR DE TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM

Prosseguindo a política de ênfase na atenção secundária e terciária à saúde, descentralização dos atendimentos, o Brasil vivenciou, na década de 70 (e segue com esta realidade), altos índices de mortalidade e morbidade infantil, doenças infecto-parasitárias, êxodo rural, bem como precariedade de recursos para o saneamento básico. A crise financeira do Estado se reflete na Previdência Social. Em 1977, a Lei nº 6.439/77 cria o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social — INAMPS. A concentração de verbas neste instituto, e o seu papel de pagador dos serviços da rede privada e das aposentadorias, colaboraram para que ele suplantasse o Ministério da Saúde. Sob sua coordenação, a assistência médica tornou-se cada vez mais especializada.

É nesta década que a enfermagem, através de seu Conselho Federal (COFEN), tenta viabilizar soluções para a questão da profissionalização. Em 1973 é encaminhado o projeto de lei de exercício profissional em enfermagem. Nele, estava previsto um prazo para a profissionalização do atendente e a revisão do exercício profissional de auxiliares, técnicos e enfermeiros.

No fim da década, começaram a surgir alguns sinais de busca de superação do modelo assistencial-curativo da área da saúde. O II Plano Nacional de Saúde das Américas, em 1977, preconizava a intensificação das políticas de extensão de cobertura, e a Conferência de Alma-Ata, em 1978, recomendava um modelo de saúde comunitária, denunciando os equívocos da medicina tradicional. A respeito deste enfoque, propugnado pela conferência, disse Barton (1979, p.12) que

*"evidencia-se cada vez mais que a verdadeira saúde comunitária não pode ser proporcionada por um método baseado em linhas individuais; uma comunidade doente não chega a conquistar os padrões de saúde comunitária simplesmente com a remoção de uma doença; a medicina não substitui a saúde; os serviços de saúde têm tido pouco a ver com a saúde do povo."*

Dentro deste novo paradigma, a enfermagem tenta definir seu papel na atenção primária de saúde.

Este tom mais crítico em relação à saúde pôde ser também sentido em outros segmentos sociais. A abertura de

mocrática e a consolidação de núcleos de resistência ao regime ditatorial fazem-se sentir em muitas áreas, no trânsito dos anos 70 para os 80. Não obstante, as marcas da dura ditadura militar, que contraiu uma enorme dívida monetária sem com isto amainar os problemas da maioria da população, ficaram de herança para os novos dias dos anos 80. Os dados dos quadros 1 e 2 mostram que todas as iniciativas dos últimos anos para resolver a dívida social que recebemos do período ditatorial são poucas e paliativas.

Quadro 1

Situação da Saúde no Brasil - IBGE 1980	
Verminose.....	70 milhões
Tuberculose.....	40 milhões
Esquistossomose.....	12 milhões
Doença de Chagas.....	10 milhões
Bócio endêmico.....	6 milhões
Mortalidade Infantil.....	87,9/1.000

Quadro 2

Realidade da Dívida Social do Brasil - 1980	
Miséria absoluta .....	40 milhões
Desempregados .....	6 milhões
Sub-empregados .....	11 milhões
Crianças sem educação primária ...	22 milhões
Sem luz elétrica .....	40 milhões
Sem água encanada .....	65 milhões
Sem instalações sanitárias .....	32 milhões
Menores em total abandono .....	25 milhões
Analfabetos (acima de 10 anos) ...	25,5 %

\* Adaptado de Carriconde, C. (1984, p. 229)  
IBGE. Anuário Estatístico, 1980.

Do aumento do poder reivindicatório e dos espaços de discussões de interesses públicos, surgiram propostas como a de integração ministerial previdência-saúde, o V Simpósio sobre política nacional de saúde (1984), as Ações Integradas de Saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), entre outros. Desta última, resultou uma concepção geral e renovadora da saúde como um demonstrativo objetivo das condições de vida da população. Sua função precípua, porém, foi a de ter lançado as bases para uma reforma sanitária.

Com o advento da nova constituição, em 1988, assegurou-se em lei tal reforma. A criação do SUS — Sistema Unificado de Saúde significou uma grande alternativa para os estados. Com este novo sistema, a promoção da saúde deverá atingir, também, aos aspectos habitacionais, alimentares, de lazer e de educação da população. A comunidade participa, através de comissões, ao nível local, municipal e estadual, das decisões sobre os rumos do atendimento da saúde, de sua comunidade em específico. A reforma sanitária, se realmente implantada pelas leis orgânicas, significará um grande avanço nas questões de saúde do Brasil.

Também a enfermagem avançou em alguns aspectos nos anos 80. Passados 13 anos (1973-1986), a Lei do Exercício Profissional foi aprovada em aproximadamente 50% de seus artigos. Apesar do veto de artigos — como o de que o diretor de um Curso de Auxiliar de Enfermagem deva ser

enfermeiro, ou de que os professores das matérias básicas devam ser enfermeiros — resultou a aprovação do prazo para a profissionalização do atendente. A Lei 7.498/86, Decreto 94.406/87, dá o prazo de 10 anos para que todos os atendentes concluam o 1º grau e realizem o curso de auxiliar de enfermagem ou exame de suplência. A partir de 1996, a enfermagem deverá trabalhar apenas com profissionais.

Pode-se inferir que os governos passados demonstraram claramente o valor dado à saúde da população, levando 13 anos para decidir se ela deveria ou não ser atendida exclusivamente por profissionais. E mais, percebe-se, por este fato, o descaso com a categoria enfermagem como um todo, que de muitas formas pressionou o andamento do projeto de lei sem obter sucesso. A maior categoria profissional da área de saúde, em 1983, com 304.287 integrantes (COFEN, 1985, p.36), é também a de maior número de trabalhadores com baixos salários e que mantém hospitais e clínicas funcionando 24 horas por dia, todos os dias. Basicamente, estas foram as características que impulsionaram "lobbies" contra uma lei que beneficiaria tamanho contingente de trabalhadores. A aprovação da lei do exercício, mutilada como foi, é o resultado da luta de uma categoria contra o poder da iniciativa privada, que tem na doença da população uma fonte de renda. A aprovação da profissionalização, antes de uma conquista de uma categoria, foi uma conquista da população. Enquanto ela não se concretiza, porém, resta a resignação com a qualidade de assistência possível de ser prestada com a proporção de pro

fissionais listadas no Quadro 3 (COFEN, 1985, p.39).

Quadro 3 — Distribuição do Pessoal de Enfermagem em Hospitais Brasileiros (1985)

CATEGORIAS	INSTITUIÇÕES	
	HOSPITAIS PÚBLICOS	HOSPITAIS PRIVADOS
Enfermeiro	12,0%	4,1%
Técnico	13,8%	4,3%
Auxiliar	29,7%	18,9%
Atendente	44,4%	72,6%

A comparação dos dados entre 1956 e 1983 (Figura 1) permite compreender quão diminutos foram os avanços em 27 anos e quão decisivos serão os cursos de formação nos próximos anos para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

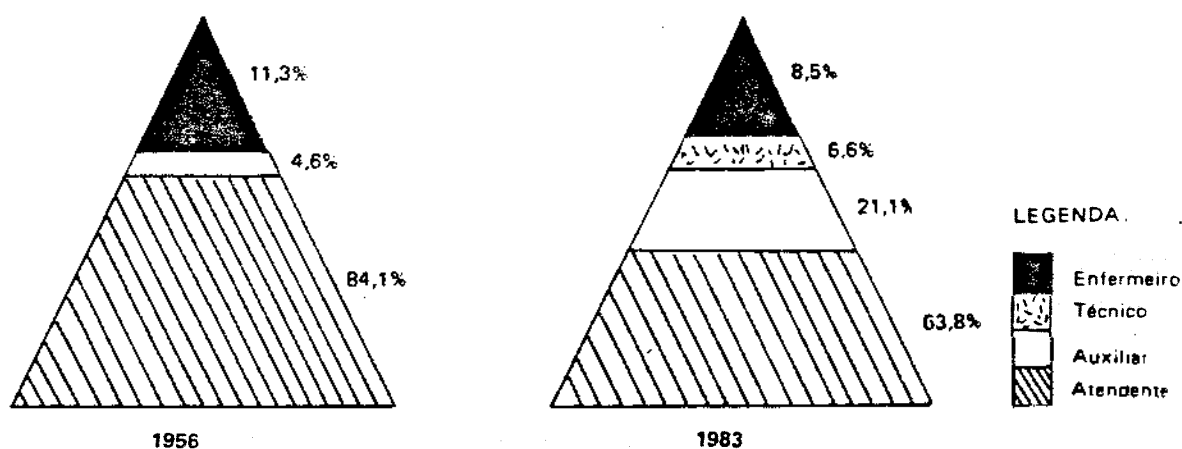


Figura 1 — Composição da enfermagem brasileira em 1956 e 1983. Fonte: COFEN/ABEN, 1985, p.37.

Há que se ressaltar porém que a profissionalização do atendente por cursos regulares só se faz possível nas capitais e em outros grandes centros, na maioria dos estados. A informação mais atualizada de que se dispõe a este respeito são os dados coletados pelo COFEN em 1988-89 (Anexo E) e, a saber pelo Rio Grande do Sul, já defasados.

Outro entrave para a realização dos cursos de nível médio é o valor cobrado pelos mesmos. Criou-se uma "indústria" de fabricação de profissionais, ocupando especialmente o espaço da omissão do governo que paulatinamente foi se retirando deste âmbito de atuação, como fez com outros segmentos do ensino público e gratuito. Os dados de 1982 (Prohasa apud Nakamae, 1987, p.102-3) apontavam 21.402 vagas em 141 cursos, 64% dos quais mantidos por estabelecimentos privados, 30% estaduais, 3% municipais e 3% federais. Se lembramos que a saúde é um direito do povo e um dever do estado, conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde, vemos o quão longe ainda estamos disto. Uma referência que se pode acrescentar é a constatação feita por Nakamae (idem, p.103) de que nos estabelecimentos de saúde e no setor de ensino de técnicos e auxiliares se oferecem poucas condições para o desenvolvimento de pesquisas por seus profissionais. A justificativa fica clara quando vemos a proporção destes locais que pertencem ao setor privado e a distribuição de profissionais que usualmente utilizam (vide o quadro nº 3 anteriormente apresentado).

Não obstante, criou-se algumas alternativas\* que ainda não viabilizam o cumprimento da Lei do Exercício Profissional de todo por serem elas escassas dado o desinteresse das enfermeiras sobre a questão (Gastaldo & Oscar, 1990, p.27), mas que a encaminham.

Uma alternativa é a proposta do Genz (1987) em sua tese de livre-docência, qual seja criar grupos específicos de atendentes e utilizar o seu horário de trabalho como momento de ensino teórico-prático. Tal iniciativa tem um enorme potencial, porém esbarra constantemente na "burocracia anti-criatividade" da Secretaria de Educação, no caso do Rio Grande do Sul. Outra alternativa é o exame de suplência para os atendentes com 1º grau completo passarem a auxiliar mediante exame teórico e prático. No Rio Grande do Sul esta teve início em 1989, havendo sido realizada até o momento uma prova. O que chama a atenção neste caso é a não aceitação do exame por parte de muitas das enfermeiras da capital do Estado. Críticas feitas por enfermeiras que utilizam em suas unidades indistintamente auxiliar e atendente para prestar os mesmos cuidados não são coerentes. Por que impedir o atendente que já trabalha como auxiliar em praticamente todas as instituições de obter o reconhecimento legal deste seu fazer? Percebe-

---

\* Sobre esta questão ver Gastaldo, D.M. & OSCAR, M.F. Um estudo sobre a realidade da formação do auxiliar e do técnico de enfermagem no RS e a atuação da comissão de educação da ABEn-RS. (mimeo). Apresentado no V Encontro de Enfermagem da Região Sul, Porto Alegre, junho de 1990.



se, assim, reiteradas oportunidades ao longo da história da enfermagem profissional no Brasil em que as posturas dos intelectuais da enfermagem estão a serviço da concepção hegemônica de divisão social do trabalho.

Em contrapartida já está ocorrendo, a nível de Rio Grande do Sul, uma nova proposta. O Conselho Regional de Enfermagem - RS está discutido com a categoria a exigência de uma lei estadual para que a partir de 1996 a profissionalização de nível médio seja apenas para técnicos (candidatos com 2º grau completo realizariam o curso supletivo de 1600 horas). Os auxiliares com 2º grau que desejassem poderiam passar a técnico por curso complementar ou exame de suplência. Objetiva-se com isto chegar a duas categorias na enfermagem: ambas manuais e intelectuais, melhor remuneradas e rompendo ao máximo com a divisão ora vigente de quatro categorias, três para atender o paciente e uma para controlar as outras três.

### 13 — TRABALHO E ESCOLA: UMA ALIANÇA PERQUIRIDA PELAS TEORIAS DA REPRODUÇÃO

A visualização do panorama das relações de poder que permeiam o trabalho em enfermagem, remete-nos a algumas indagações em relação a gênese de tais processos. Ou seja, por que motivos o trabalhador engaja-se ao mercado de trabalho tão "pronto" para as funções de subordinação

que lhe competem? Que "tratamento" prévio ele recebe para aceitar condições de trabalho tão adversas e tão pouco re conhecimento e ali trabalhar por anos?

Por que os enfermeiros chegam tão diferentes dos auxiliares e técnicos ao mercado de trabalho?

Para que se ensaie respostas a estas questões é preciso voltar-se às experiências de socialização que se oferecem ao longo da vida pregressa ao trabalho. Experiências estas que se dão em função do contexto sócio-político-econômico-cultural - num país como o nosso, onde as relações estão marcadas pelas condições de um capitalismo tardio, periférico e dependente.

Antes de adentrar a análise, cabe lembrar o **aparentemente** óbvio. As relações sociais não foram sempre as que encontramos hoje e estas, portanto, não são "naturais". Melhor dito:

*"Uma coisa, sem dúvida, é evidente. A natureza não produz de uma parte possuidores de dinheiro ou de mercadorias e de outras pessoas que simplesmente possuem sua própria força de trabalho. Esta relação de modo algum pertence ao âmbito da história natural, nem tão pouco é uma **relação social** comum a todos os períodos históricos. É em si mesma, ostensivamente, o resultado de um desenvolvimento histórico precedente, o produto de numerosos transtornos econômicos da decadência experimentada por toda uma série de **formações** mais antigas da produção social."*  
(Marx, O Capital apud Boules & Gintis, 1986, p.154)

Dentro da perspectiva de processos construídos historicamente, é mister olhar para a história de vida do trabalhador e ali buscar as instituições que o formaram para o trabalho. Imediatamente deparamo-nos com a família e a escola. Cada uma a sua maneira socializa a criança, adolescente ou adulto, sendo a segunda o espaço oficialmente reservado para a qualificação para o trabalho e alvo deste estudo. No caso da enfermagem, seus profissionais têm, no mínimo, 8 anos de ensino geral e um de ensino profissionalizante (auxiliar) ou onze anos de ensino geral e profissionalizante concomitante nos três últimos (técnico) ou onze de ensino geral e quatro de profissionalizante (enfermeiro).

Para contemplar o entendimento que se tem sobre o papel da escola para a "adequada preparação" do futuro profissional, é imprescindível que se retorne a Marx, pois com ele surge a concepção de reprodução das relações de produção como elemento dinâmico da manutenção do estado vigente das relações sociais. Afirma Marx em **O Capital** (s. d., p.659) que "*... todo processo social de produção encarado em suas conexões constantes e no fluxo contínuo de sua renovação, é ao mesmo tempo processo de reprodução. As condições de produção são simultaneamente as de reprodução.*"

Dentro desta perspectiva, as relações que se travam no executar o trabalho de enfermagem são ao mesmo tempo produção e re-inculcação, re-expropriação, enfim, revi

são permeada de imposição das relações estabelecidas. E a escola, que funções cumpre como instituição que precede e prepara para o trabalho?

Pode-se dizer, em consonância com Durand (1979, p.7-10), que a escola faz de forma unificada a formação da força de trabalho e a transmissão da ideologia. Em sua concepção, a escola "*moraliza habilitando e habilita moralizando*" a um só tempo e com isto colabora na produção do consenso necessário à reprodução da estrutura de classes sociais. Ressalta ainda que o "processo produtivo" escolar é a inculcação ideológica. Se considerarmos a ideologia do ponto de vista de Gramsci, ou seja, não como uma falsa concepção apenas, mas como um indicativo do que deve ser\*, então compreendemos o vigor da escolarização no processo de conformação do aluno ao que está dado como "natural"-ideológico.

Reiteram tal afirmação, as assertivas de Bowles e Gintis (1986, p.169).

*"O sistema educativo é um elemento integral na reprodução da estrutura de classe da sociedade que prevalece. O sistema educativo tem vida própria, sem lugar a dúvidas, mas a experiência laboral e a natureza da estrutura de condução"* (Gramsci, 1976)

---

\* "A ideologia não é, pelo menos exclusivamente e nem mesmo preponderantemente, apenas uma visão falsa e falseadora da realidade. Mesmo quando tomada neste sentido, apontando para 'o que não é', ela visa o que deve vir a ser! A ideologia é então, um instrumento de ação que interliga determinada visão de mundo a normas específicas de conduta" (Gramsci, 1976)

*tura de classe são a base em que se formam os valores educativos, se valoriza a justiça social, se delinea o domínio do possível na consciência das pessoas e se transformam historicamente as relações sociais do encontro educativo."*

Questiona-se, então, como tal processo se dá. A resposta apontada pelos mesmos autores (Bowles e Gintis, 1986, p.170) é a reprodução da consciência.

*"A vida econômica mostra um padrão, complexo e relativamente estável, de relações de poder e propriedade. A perpetuação de tais relações sociais, inclusive em períodos relativamente curtos, definitivamente não é automática. Assim como um organismo vivo, a estabilidade da esfera econômica é resultado de mecanismos explícitos constituídos para manter e ampliar os padrões dominantes de poder e privilégio. Chamamos a soma total de tais mecanismos e suas ações de processo de reprodução."*

Retomando a conceituação de Gramsci à ideologia, pode-se obter um auxílio para compreender de que formas a escola reproduz as relações sociais. Por um lado temos "o que deve vir a ser" e por outro as "normas específicas de conduta". O primeiro item nos remete a análise da estrutura do curso em questão, que respaldada em leis, omite disciplinas, mascara os reais objetivos do curso, decorrendo daí um modelo do que deve vir a ser um auxiliar de enfermagem para o sistema de saúde brasileiro. Realizadas estas considerações, remeteremo-nos para as **normas específicas de conduta** que se encontram no espaço intra-muros do mundo escolar, buscando compreender como se dá a reprodução das relações sociais que são esperadas no processo de

produção.

#### 14 — O LEGAL E O REAL NOS CURSOS DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM \*

Para que se compreenda a atual estrutura dos cursos de Auxiliar de Enfermagem, faz-se necessário retomar a legislação implementada nos anos 70 e ainda vigente. A Resolução nº 07/77, do Conselho Federal de Educação (CFE), regulamentou a habilitação de auxiliar de enfermagem a nível de 2º grau, fixando novo currículo mínimo para o funcionamento do curso. A Resolução nº 08/77 do CFE dispõe que *"a formação do auxiliar de enfermagem pode ser feita a título transitório e emergencial, em face das condições sócio-econômicas regionais ou locais e para atender às exigências do mercado de trabalho, ao nível do 1º Grau"*.

Com base nestas resoluções, o Conselho Estadual de Educação, do Rio Grande do Sul (CEE), emitiu a Resolução nº 185/86, fixando as normas para organização e funcionamento dos cursos no Estado. Este Conselho retirou, do rol constante no artigo 5º (A e B) da Resolução nº 07/77, as seguintes matérias profissionalizantes obrigató -

---

\* Este item está baseado em publicação realizada durante o mestrado, qual seja: *Qualificação profissional do auxiliar de enfermagem: um conflito entre a formação e a realidade profissional. Ciência e Cultura*, 41(2):171-6, fevereiro 1989.

rias: Introdução à Enfermagem, Psicologia Aplicada à Ética Profissional e Enfermagem Médica. À direção do curso cabe ainda selecionar, pelo menos, mais uma disciplina profissionalizante obrigatória, entre: Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Materno-infantil, Enfermagem Neuropsiquiátrica e Enfermagem em Saúde Pública.

O curso supletivo, segundo as resoluções, visa formar profissionais capazes de: participar da equipe de saúde; observar, reconhecer e descrever sintomas e prestar cuidados de higiene, conforto e tratamento simples, sob supervisão do enfermeiro ou técnico; e prosseguir no seu desenvolvimento integral como pessoa humana.

Apesar de a Resolução 08/77 referir o funcionamento do curso a nível de 1º grau como medida de caráter emergencial, todos os cursos vêm funcionando ao nível de profissionalizante de 2º grau e ensino regular de 1º grau, o que tem sérias implicações no desenvolvimento dos conteúdos específicos das disciplinas profissionalizantes.

O curso está organizado em duas fases: a) conteúdo teórico-práticos das disciplinas instrumentais e profissionalizantes, com duração média de oito meses, onde o ensino se caracteriza por aulas expositivas e demonstrações práticas em laboratório; b) estágios com duração de três a quatro meses, desenvolvidos em instituições hospitalares onde um (1) professor supervisiona grupos de 10 a 15 alunos.

A formação proposta no curso é a mesma para quem já possui uma considerável experiência adquirida na prática da enfermagem e para quem não dispõe de nenhuma.

Estas propostas legais e as práticas usuais das escolas profissionalizantes remetem a busca de compreensão do que está implícito a esta formação.

Como diz Apple (1982, p.12), as formas básicas como são organizadas e dirigidas as instituições, e as práticas cotidianas, com que as escolas desenvolvem o ensino e o currículo que nelas se encontram, constituem uma forma de controle da vida cultural. Nesse enfoque, as escolas passam a ser instituições que preservam e distribuem o capital cultural e assim produzem e reproduzem formas de consciência que permitem a manutenção do controle social, sem que os grupos dominantes tenham de recorrer a mecanismos declarados de dominação.

Há que se compreender de que formas a estrutura do ensino e das instituições que o ministram contribui para a formação de um determinado profissional.

O currículo formal do curso de auxiliar de enfermagem, proposto em lei, reproduz em sua estrutura as mesmas limitações e falhas de currículo do curso de graduação em enfermagem, porém ampliando-as.

Supostamente, profissionais com diferentes atribuições necessitam de currículos específicos que os formem para tanto. Ao contrário, percebemos o currículo pro-



posto em lei como um curso de enfermagem assistencial simplificado, que não leva em consideração a referida especificidade.

Outra semelhança perceptível através do elenco das disciplinas profissionalizantes obrigatórias é a ênfase num ensino especializado de caráter curativo. Sendo as disciplinas de Enfermagem em Saúde Pública e Enfermagem Materno-infantil opcionais, podendo o curso escolher uma delas ou rejeitá-las em favor de outra, fica claro que a lei privilegia esta abordagem.

Num país onde a morbidade e a mortalidade infantil alcançam um dos índices mais elevados do mundo, onde predominam doenças endêmicas regionais como a malária, esquistossomose, mal de Chagas, etc., e onde as verminoses constituem um problema cotidiano para milhões de brasileiros, verifica-se uma organização curricular voltada, prioritariamente, para os problemas de saúde da minoria da população em detrimento das graves questões da maioria, das chamadas classes subalternas da sociedade. (Germano, 1985, p.43).

Sobre o currículo do auxiliar de enfermagem, pode-se dizer que está situado no paradigma técnico-linear, elaborado por Bobbit em 1918, e que foi influenciado pelos princípios de administração científica utilizados na primeira década do século. Os princípios básicos deste paradigma são:

"a) Preparar indivíduos para desempenhar funções definidas em uma situação também definida,

b) Basear-se o conteúdo curricular numa análise das funções específicas a serem desempenhadas e na situação também específica na qual devem ser desempenhadas" (Domingues, 1986, p.354).

Esses princípios aplicados ao currículo transformaram-no "numa parte do sistema de produção, sendo o aluno a matéria bruta, que deve ser transformada num finíssimo e útil produto, sob o controle de um técnico altamente qualificado" (Kiebard apud Domingues, 1986, p.84).

Neste caso específico o auxiliar de enfermagem é a matéria bruta a ser transformada no produto que será controlado, no mercado de trabalho, pelo enfermeiro, ou na ausência deste, pelo médico.

A mesma resolução propõe no seu artigo 8º, item 4 (Resolução 07/77 do CFE), como objetivo do curso, permitir ao aluno "prosseguir no seu desenvolvimento integral como pessoa humana". Fica subentendido que o que se propõe com este objetivo é o aprimoramento da pessoa como um todo, com o desenvolvimento de suas potencialidades. Este é, em última instância, o fim de todo o processo educativo: permitir um tipo de realização humana. No entanto, o objetivo, tal como se encontra formulado, não esclarece nem como, nem onde se quer chegar com este "desenvolvimento integral". A estrutura curricular, através do elenco de disciplinas, e a forma como as mesmas são ministradas no curso de auxiliar de enfermagem não asseguram o espaço

necessário à sua concretização. Ao contrário, privilegiam um enfoque técnico, centrado no desenvolvimento específico das funções, às quais, em tese, o profissional se destina. Resta questionar se o objetivo real do curso não é exatamente este: impedir que o aluno supere a condição do fazer meramente técnico e desvinculado da realidade social. É essa formação que perpetua o conformismo, a acomodação e a submissão desta categoria profissional. Não seria o "desenvolvimento integral como pessoa humana" uma tomada de consciência da sua situação, envolvendo-o com os aspectos político, social e econômico em que está inserido?

A resposta a esta questão passa pela compreensão das opções estruturais feitas ao nível da esfera pública para os cursos profissionalizantes, mas também pelas relações sociais da sala de aula, onde tanto as contradições quanto as concepções hegemônicas têm espaços, porém prevalecendo, como veremos, esta última.

## 15 — A FORMA/FÔRMA DAS CONSCIÊNCIAS NO COTIDIANO ESCOLAR

A relação entre formação profissional e relações no âmbito do trabalho profissional tem sido alvo de estudos há muito e uma primeira relação feita foi entre o conteúdo selecionado pela escola e as expectativas do siste-

ma de produção na qualificação do trabalhador. Hoje, porém, percebe-se que esta relação é muito mais complexa. Vejamos, senão, a formação do auxiliar de enfermagem. É consenso entre as chefias de enfermagem, no caso de Porto Alegre, que os auxiliares recém-formados deixam muito a desejar e que as instituições são obrigadas a deslocar uma enfermeira para treinamento dos recém-formados. Há casos mais extremos onde uma instituição já não aceita alunos formados por determinada escola (SETEC, 1990)\*. Se pensarmos que a premissa da reprodução está centrada na transmissão dos conteúdos, como explicar estas situações? É o contexto mais amplo das atividades escolares que o responde. O pouco ou equivocado conteúdo ministrado faz com que o recém-formado auxiliar precise de treinamento específico da instituição a que se destina e, na sua insegurança, aceite as normas tal como lhe são apresentadas pelas enfermeiras de treinamento. Por outro lado, existem diferentes hospitais (pobres e ricos, por assim dizer) e diferentes escolas deverão preparar os futuros auxiliares para esta realidade. O hospital que recusa os ex-alunos de uma determinada escola, ajuda a remetê-los para os de piores recursos, menos profissionais por paciente, menor salários, etc. Como se vê há uma enorme gama de fatores envolvidos.

---

\* Informações relatadas em reunião com escolas de nível médio em enfermagem e chefias de enfermagem de hospitais na Secretaria Técnica (SETEC) do Conselho Interinstitucional Municipal (CIMS) de Saúde e registradas no livro-ata do Ceden Centro Educacional de Enfermagem (p.8).

De uma forma geral, passa-se a considerar agora àqueles aspectos tidos como comuns a toda escola — avaliações e disciplina, por exemplo — e sua relação com a constituição, paulatinamente ideológica, do futuro trabalhador.

Dentro desta perspectiva, relacionando aspectos que, **a priori**, não teriam justificativas de compor o processo pedagógico com as futuras exigências dos postos de trabalho, encontra-se a teoria de Bowles e Gintis (idem, p.176) que formularam o princípio da correspondência.

Segundo os autores, o sistema educativo ajuda a integrar os jovens ao sistema econômico através da correspondência estrutural entre suas relações sociais e as de produção.

*"A estrutura das relações sociais da educação não só acostuma o estudante à disciplina de seu posto de trabalho, como desenvolve os tipos de comportamento pessoal, formas de apresentação próprias, imagens de si mesmo e identificações de classe social que são ingredientes fundamentais da idoneidade para um determinado trabalho."*

A seguir passa-se a ilustrar tais referências. Tomando por base as considerações de Enguita (1985 & 1989), sendo que a primeira delas diz respeito a própria teoria da correspondência. Considerando o desejo de Bowles e Gintis de construir uma hipótese e uma demonstração fechadas, Enguita (1989, p.153) diz que ambos incorrem numa visão que sobrestima a eficácia da escola como mecanismo de so-

cialização. Já Willis (1986, p.7) vai mais longe ao afirmar que *"a análise está, em certo sentido, confirmando o que os poderosos acreditam: que eles são poderosos"*. Reforçando aqui que todo espaço social é palco para conflitos, resistência e contradições, não se pode superestimar o poder de um isoladamente, ainda que seja o caso de uma instituição obrigatória para a maioria da população. A família e o próprio processo de produção são também fortes elementos na reprodução das relações sociais de produção. Assim, não se deve entender os exemplos a seguir como processos lineares e decisivos de forma ímpar, mas como vinhetas apenas para fins de ilustração.

Uma primeira forma de se ensinar as relações sociais de produção na escola é através do conteúdo e da forma como tratar-se-lo-á. Cita-se, neste caso, a maneira de se apresentar o conteúdo no curso de formação de auxiliar de enfermagem. Com o conteúdo fracionado em disciplinas, permeia-o uma concepção de ciência como obra de "cientistas", usualmente médicos brilhantes que construíram alguma teoria individualmente, que se apresenta alheia e pronta para ser memorizada. Senão vejamos o caso de Pasteur. Genial e contra a comunidade que não acreditava em suas hipóteses, comprovou a existência dos microorganismos. Ora, quando um aluno com o primeiro grau completo e um curso profissionalizante de um ano, poderá se imaginar formulando alguma hipótese sobre a assistência de enfermagem se tiver como referência a Pasteur? Ou, de forma mais simples, que contribuição pode-se esperar a nível indivi-

dual ou enquanto categoria de trabalhadores que aprendem um conhecimento pronto, sem dar nenhuma contribuição intelectual?

Distanciado da possibilidade de formulações intelectuais o aluno é impelido para o trabalho meramente manual, ou seja, para a realização de um trabalho alienado, onde a alienação significa um desconectar-se do valor intrínseco do trabalho e do potencial intelectual que encerra como forma de relação do homem com o mundo e com o gênero humano. A este respeito Enguita (1985, p.255) diz que a cultura e os conhecimentos escolares se apresentam ao aluno como uma entidade. Como entidade estão acabados, reificados, com lógica e vida próprias, estáticos e dificilmente modificáveis (ou simplesmente "naturais" e imutáveis). Isto corresponde a dizer que eles são apresentados assim como se apresentará a organização social da produção.

Prosseguindo sobre a ótica da alienação, cabe lembrar que nas relações da produção capitalista, o trabalhador também está alienado a respeito do processo de trabalho. Da mesma forma na escola, pois o ensino está tradicionalmente centrado na exposição oral de conteúdos, não se permitindo ao aluno optar sobre a forma como lhe parece mais conveniente a organização do ensino, forma esta que lhe facilite a aprendizagem. Pode-se inferir que o aluno que não tem acesso aos meios pelos quais deve se dar a sua aprendizagem, dificilmente dominará o seu processo de

produção, ficando provavelmente a mercê das ordens de superiores ou minimamente repetindo as rotinas da unidade onde trabalha, no caso da enfermagem.

Outra peculiaridade do ensino do auxiliar de enfermagem, bem como da predominância dos processos educativos é a impossibilidade de escolher o que estudar. O aluno é visto como incapaz de fazê-lo. O conteúdo já está determinado pelas autoridades, direção da escola e pelos próprios livros didáticos, restando poucas opções ao professor, o que dizer ao aluno. Ao longo de todo este processo os alunos se acostumam a aceitar que a delimitação do conteúdo de seu estudo não lhes pertence, assim como a manhã tão pouco a determinação do conteúdo do seu trabalho (Enguita, 1985, p.254). Um exemplo claro disto é o rodízio que as enfermeiras promovem entre as unidades do hospital para cobrir as deficiências de funcionários. Auxiliares e técnicos não encontram chances para especializarem-se, pois o generalista que diz fazer bem qualquer trabalho em qualquer área é o que se deseja; o versátil "quebra-galho". Decorre disto que funcionárias da internação cirúrgica, por exemplo, podem ser transferidas, sem consulta prévia, para o serviço de emergência por um ou dois dias, mesmo que não se sintam seguras para tanto. As resistências a estas trocas são logo rotulados de funcionário-problema ou funcionário não-compreensivo, não colaborativo. E quem é compreensivo com a ansiedade desencadeada no funcionário por motivo das trocas? Já o funcionário "compreensivo" será "premiado" com futuras trocas.



Talvez possa ser apontado como ainda mais perverso o sistema de avaliação e premiação desenvolvido usualmente na escola, o qual acostuma o aluno a ser avaliado por outras pessoas e não se auto-avaliar. Os trabalhos e provas visam uma avaliação individual que procura o erro e em função da pontuação premia, provocando uma valorização que não está no próprio processo de execução, senão que extrínseca, na nota que o professor venha a dar. Resalva: não é o aluno que obtém a nota, é o professor quem a dá. Emanam daí duas possíveis conclusões por parte do futuro trabalhador: a de que seus colegas são e sempre serão seus rivais, competidores que produzem individualmente a partir de sua força — unitária — de trabalho; que o valor do trabalho está fora dele, como por exemplo, no salário. Enguita (*idem*, p.256) aponta as notas como metáforas do salário, do status, etc. O trabalho passa a ser avaliado pelo salário, estabilidade, período de férias, horário, proximidade da moradia e, obviamente, pelo seu pretígio.

Todas as situações até aqui descritas como sendo da escola com o aluno têm um agente que as personifica: o professor. Com maior ou menor liberdade para decidir o quê, como e de que forma ensinar, o professor é a figura em torno da qual desenvolvem-se os processos educativos. Justamente por isso, é preciso que se o considere como um intelectual orgânico, restando questionar orgânico com que classe. Dada a construção da consciência do professor num processo educativo bastante semelhante ao que descre-

vemos, quando o mesmo experimentou a condição de aluno, e considerando-se a dificuldade em romper com estes modelos numa prática que supere o mero discurso crítico, encontramos hoje ainda a docência essencialmente como elemento de reprodução. A própria alusão que se faz ao professor como intelectual — apesar de comumente ser um mero transmissor de conhecimento formulado por outros — é no sentido de comprometê-lo com a classe dominante que usa de diversos subterfúgios para que ele não tome consciência de sua condição de assalariado, mal-remunerado, de reprodutor de uma elite a qual ele não pertence.

A pouca reflexão sobre o seu próprio fazer estagna o professor numa condição de consciência ingênua ou numa constante contradição entre discurso crítico e a prática conservadora, o que sem dúvida beneficia a manutenção do status quo. Uma certa criticidade tempera de liberdade, democracia ou possibilidade de transformação um sistema opressor desde que não acompanhados de práxis, é um elemento oportuno para veicular perspectivas — que não se concretizam por si só — de mudança. Ilustra ambas situações a forma usual com que os professores tratam os aspectos intelectual e manual na formação do auxiliar de enfermagem. Supondo que os "enfermeiros-mestres" busquem um ensino que vise a formação de uma consciência crítica no aluno, deveriam possibilitar o conhecimento dos princípios que norteiam o fazer do futuro profissional. Porém, o que usualmente ocorre é que o domínio da prática decorre da memorização de todos os detalhes que compõem o procedimen

to em questão.

A ênfase no detalhe técnico tira do profissional o poder que lhe confere o domínio dos princípios, uma vez que é através deste domínio que se torna possível construir intelectualmente procedimentos adequados a diferentes realidades. Essa adequação pressupõe a capacidade de integração teórico-prática para selecionar o que deve ser usado, quando e onde. Ora, o ensino proposto caracteriza-se pela desvinculação da teoria e da prática e habilita o indivíduo, quando muito, a reproduzir fielmente e sem questionamentos os procedimentos que lhe foram ensinados. Não existe justificativa teórica para tal esquema. Teoria e prática não são dicotômicas, pelo contrário, relacionam-se dialeticamente. A divisão teoria-prática usualmente utilizada desvincula por completo o fazer intelectual do manual. Como já analisa Chauí (1984, p.86), *"enquanto o trabalhador for aquele que 'não pensa' ou que 'não sabe pensar', e o pensador for aquele que não trabalha, a ideologia não perderá sua existência nem sua função"*. Podemos inferir, assim como Apple (1982, p.12), quando diz que a escola permite a manutenção de controle social sem que os dominantes recorram a mecanismos mais declarados de dominação, que a dinâmica professor x aluno, enfermeiro x auxiliar, superior x subordinado que permeia o curso de auxiliar, cumpre este papel. Ao separar o trabalho manual (aluno/auxiliar) do intelectual (professor/enfermeiro) perpetua a ideologia da classe dominante, uma vez que *"a ideologia é resultado da divisão social de trabalho e, em*

*particular, da separação entre trabalho material/manual e trabalho espiritual/intelectual"* (Chauí, 1984, p.102). Concomitantemente com a ruptura entre o manual que compete ao trabalhador e o intelectual que está fora de si, surge a questão da autoridade do professor. Na escola o aluno se vê inserido dentro das relações de autoridade e hierarquia, tal como se faz no mundo do trabalho. Sendo apoiada e aprovada socialmente, a autoridade do professor desencana, não raramente, um processo de auto-convencimento por parte do aluno de sua incapacidade decisória. O chefe passa a ser uma figura quase inquestionável, "natural". No caso do Auxiliar de Enfermagem, a professora é uma enfermeira que terá uma colega exercendo o papel de chefe de seu ex-aluno. O aluno identifica o poder do professor-enfermeiro e o transfere para sua chefia. Desta forma, ocorre o que descreve Gintis (1978, p.67):

*"Subordinação e apropriada aceitação da autoridade são induzidas através das linhas hierarquicamente estritas — administração-professor-aluno — da escola. Assim como o trabalhador cede o controle de suas atividades no trabalho, o estudante primeiro é forçado a aceitar e logo aceita pessoalmente a perda de sua autonomia e iniciativa a um professor que atua como autoridade superior."*

Dentro deste contexto pode-se dizer que especialmente por ser símbolo do saber e autoridade que o professor é tão eficiente em disseminar o consenso que advém da ideologia. Das posturas de não valorização das contribuições que os alunos trazem, de transmissor do conhecimento

que apenas uma elite detém, de privilegiar o conteúdo que está nos livros — prontos e sempre corretos — é que o professor coaduna o seu rol de fazer intelectual. Como detentor do saber ele promove a dependência do aluno a um "superior" que veja o processo global e não apenas as partes — fragmentadas em disciplinas ou aulas. Utilizando a tradicional figura de Paulo Freire (1981, p.66), ao comentar o ensino bancário, que vê o aluno "recipiente" do saber do que lhe é transmitido. *"Eis aí a concepção bancária da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los."*

Um último aspecto a se considerar entre divisão manual e mental do trabalho é que o trabalho proposto ao aluno é de caráter repetitivo e pouco intelectualizado. Segundo Enguita (1985, p.264)

*"o trabalho escolar é geralmente considerado um trabalho intelectual, mas se atentarmos à distinção entre concepção e execução, salta aos olhos que se trata primordialmente de um trabalho de execução. A maior parte do trabalho escolar está composta de memorização, processos rotineiros e tarefas repetitivas. A concepção de tal trabalho é algo que está em princípio nas mãos dos professores."*

Retomando-se a história da enfermagem — o descaso com a profissionalização de nível médio, a estrutura vigente dos cursos, a qualificação dos profissionais que vêm sendo formados —, pode-se inferir que, do ponto de

vista de predominância, os docentes de cursos de auxiliares cumprem um papel de agentes da reprodução social do trabalho. No entanto, não se deve perder a perspectiva da dinamicidade deste processo, onde o conflito entre a intenção e a ação, o discurso e a prática, cumpre um papel importante. É no sentido de contrapor à força da reprodução no trabalho docente, à possibilidade de transformação, que se passa a teoria da resistência.

#### **16 — RESISTÊNCIA COMO PRÁTICA DOCENTE NO ESPAÇO ESCOLAR**

No intuito de relativizar as concepções das teorias da reprodução e ampliar o espectro de compreensão do espaço escolar enquanto palco de conflitos sociais, autores como Apple (1989), Giroux (1986) e Willis (1986) propugnam que os planos do estado para fazer com que a educação funcione em favor da produção não se efetivam tão facilmente como alguns teóricos da reprodução propõem. O espaço escolar também permite movimentos de resistência à reprodução.

No bojo destas teorias encontram-se alunos e professores como atores sociais. No caso do docente, passa-se a contrapor o papel de mero agente de inculcação ideológica, ao de ser crítico e reflexivo sobre sua atuação. Esta atitude culminaria no conceito de Gramsci (1985, p. 8) de dirigente — intelectual ativamente imiscuído na vi

da prática como construtor, organizador; que eleva a técnica-trabalho à condição de técnica-ciência e à concepção humanista histórica, enfim um especialista-político engajado nas lutas da classe subalterna.

É dentro desta perspectiva que Giroux (1986, p. 119) apresenta o espaço escolar. Nele, segundo o autor, há espaço para reprodução e resistência. Diz que um enfoque mais viável para a compreensão do papel que as escolas desempenham no processo de reprodução social de relações de classe e gênero deve focalizar a escola como mediadora da interação complexa de reprodução e resistência.

A postura crítica de resistência à reprodução ideológica passa, entretanto, por um entendimento da educação em suas dimensões política, social, cultural e econômica e do papel do docente neste contexto. Lembrando Freire (1981a, p.21), *"não é possível um compromisso verdadeiro com a realidade, e com os homens concretos que nela e com ela estão, se desta realidade e destes homens se tem uma consciência ingênua"*. Pode-se dizer, assim, que os movimentos de resistência passam pelo processo de conscientização dos indivíduos e grupos para sua estruturação.

O conscientizar-se, neste caso, significa que o docente buscará construir uma prática engajada com os homens e a realidade com a qual se crê comprometido. Para tanto, deve dar a sua postura de resistência uma função reveladora, que contenha uma crítica da dominação e forneça oportunidades teóricas para a auto-reflexão e para a

luta no interesse da auto-emancipação e da emancipação social do grupo de alunos (Giroux, 1986, p.148).

Frente a estas colocações, desejou-se conhecer se professores de formação de auxiliar de enfermagem podem superar a condição de consciência ingênua e avançar rumo a uma postura crítica em relação a seu fazer.

A literatura sugere alternativas para isto.

Utilizando as formulações de Bordenave (1987, p. 12), pode-se dizer que estratégias de participação experienciadas sob uma ótica progressista, podem desenvolver a consciência crítica e preparam para um maior poder reivindicatório dos indivíduos junto a sociedade. Mais especificamente em termos de educação, Cury (1986, p.75) coloca que a participação permite uma apropriação coletiva de um saber que é instrumento para o comprometimento com os interesses das classes subalternas, sempre que se tenha a dimensão da educação como fermento das contradições.

Reverendo a história da enfermagem e da formação do auxiliar de enfermagem, encontramos contradições permeando todo o seu desenrolar: Optou-se de uma forma velada pelo rechaço a criação da profissão de auxiliar e de sua posterior formação, enquanto se aceitou tacitamente a execução da enfermagem por não-profissionais; atribuiu-se o desprestígio profissional no que concerne a pouca cultura e conduta moral questionável aos atendentes e auxiliares, enquanto apenas em 1962 se passou a exigir 2º grau



completo para as alunas de enfermagem e sempre se lhes su  
pôs moral rígida; formou-se os auxiliares para o trabalho  
em equipe com a enfermeira e sob sua orientação, enquanto  
comumente cabe aos primeiros suas atribuições e também as  
da enfermeira, sem que para isto conte com adequada super  
visão.

Tendo em consideração que as questões que se re-  
ferem a divisão técnica e social do trabalho em enferma-  
gem persistem na enfermagem atual, pode-se inferir que pre  
dominantemente sua reprodução está assegurada no trabalho  
e na formação profissional.

Para que se saiba das possibilidades de transfor  
mação desta realidade ao nível de ensino, antes devemos  
conhecer os docentes responsáveis pela formação de auxi-  
liares. Neste sentido é que se pergunta: (1) Quem são os  
docentes de cursos de auxiliar de enfermagem e qual é a  
percepção que estes têm da sua prática docente? (2) Qual  
a coerência entre o que dizem fazer para a formação do au  
xiliar e o que realmente fazem?

Uma vez descoberta a realidade que envolve e ca-  
racteriza os docentes, e respeitando estes achados, resta  
ainda questionar: (3) Quais são as condições para que o-  
corram mudanças no grupo de professores com vistas a trans  
formação da prática docente?

Estas são as questões específicas que orientaram  
as opções metodológicas do presente estudo.

### III — ESTUDANDO, DEFININDO E UTILIZANDO ESTRATÉGIAS PARA ABORDAR O PROBLEMA DE PESQUISA

Entendendo os participantes de um estudo como sujeitos e não como objetos do mesmo, as opções metodológicas feitas para abordar o problema de pesquisa foram sendo definidas a partir do envolvimento da pesquisadora em um grupo de docentes de formação de auxiliar de enfermagem.

Com sucessivas imersões e mergulhos na realidade dos professores o problema de pesquisa ia sendo delimitado e as estratégias a serem adotadas para concretizar o estudo despontavam de dentro do que se costuma caracterizar como abordagens qualitativas. O contato com a escola, as questões apresentadas pelos professores e o problema emanente destes contatos exigiam uma abordagem ampla ao mesmo tempo que detalhada dos processos que transcorriam dentro da escola, sem um rechaço prévio a qualquer elemento constitutivo da experiência. Dentro deste propósito, encontra-se o que Patton (1980, p.22) apresenta como o trabalho com dados qualitativos, qual seja uma detalhada descrição de situações, eventos, pessoas, interações ou relatos próprios de pessoas sobre suas experiências, atitudes, crenças e idéias, acompanhando-se ainda da análise de documentos, correspondência, gravações, etc. O que mais caracteriza o trabalho com dados qualitativos, segundo o

mesmo autor, é que ao lidarmos com os elementos acima descritos deve-se fazê-lo de uma forma "aberta" sem categorias pré-determinadas para enquadrar experiências ou programas prontos para conduzir a pesquisa. É importante ouvir das pessoas o que elas pensam através de suas próprias palavras e expressões (gestos, hesitações, silêncios) e vê-las, sentindo com elas, em seu ambiente (de trabalho, de convívio familiar, etc.).

Dentro desta mesma perspectiva, encontram-se as considerações de Guba & Lincoln (1985, p.128-9) ao argumentarem que o investigador de dados qualitativos deseja, sobretudo, compreender o meio onde se dará o estudo tal como é e como os atores do estudo convivem e atuam neste ambiente. Assim sendo, o pesquisador deve lançar mão de todos os seus recursos para chegar a uma compreensão ampla do fenômeno em estudo, sempre valendo-se de estratégias de validação dos achados, mantendo o rigor desejável a toda pesquisa.

A respeito da investigação qualitativa, há que se recordar que tal como outras formas de pesquisa, esta possui tanto pontos altos como limitações. No caso da amplitude de informações passíveis de obtenção, ao mesmo tempo em que permite uma compreensão abrangente da situação em estudo, remete o pesquisador para áreas do conhecimento que não domina e torna dificultoso o manejo com um grande volume de informações. Outro exemplo é o da especificidade dos dados, que permite uma abordagem muito próxima dos atores do estudo, propiciando um retorno do conhe-

cimento produzido ao grupo, mas por outro lado torna os dados não generalizáveis, devendo o pesquisador estar atento para sistematizá-los no intuito de proporcionar uma contribuição aos estudos já existentes.

Na pesquisa ora apresentada, encarou-se a possibilidade de produzir conhecimento como sendo uma oportunidade para todo um grupo — professores de um curso de formação de auxiliar de enfermagem — descobrir que o conhecimento se faz também a partir de experiências vividas, do cotidiano de cada um e de todos. O desafio da produção de conhecimento neste estudo, passou a fazer sentido para a pesquisadora quando, ao invés de mera apropriação, foi sentido como o registro de muitos saberes, daqueles que ao longo da pesquisa, descobriram-se sábios e capazes de uma produção. O que há de mais próprio da pesquisadora são a organização metodológica e a sistematização do conhecimento.

## 1 — INSTRUMENTO DE PESQUISA

Dentro da abordagem qualitativa há um instrumento de pesquisa que se evidencia sobremaneira: o pesquisador. A necessidade de se conhecer os atores e seu trabalho tal como o realizam, exige uma série de características do instrumento de coleta de dados, sendo que a amplitude de informações torna o pesquisador o próprio instrumento. Segundo Guba & Lincoln (1985, p.128-152) apenas o pesquisador tem a capacidade de apreender as organizações sociais como entidades holísticas, além de seus componen-

tes. Ademais as possibilidades de adaptabilidade, flexibilidade, esclarecimento e síntese com respostas imediatas ou ainda a oportunidade de exploração de respostas atípicas, apontam a figura do pesquisador como a melhor alternativa de coleta de dados.

## 2 — DELIMITAÇÃO DO CAMPO E ATORES DO ESTUDO

Tendo em vista que a problemática abordada pelo estudo é a formação do auxiliar de enfermagem, o mesmo desenvolveu-se numa escola desta finalidade durante um período de quatorze meses, nos anos de 1988 a 1989.

Havia um interesse específico da autora em trabalhar com os professores da escola escolhida, em função de seus componentes e outros profissionais do meio a referirem como uma escola "diferenciada das demais" pela forma pela qual conduzia a formação de nível médio. Após alguns contatos de sondagem, a pesquisadora foi convidada por alguns professores e direção para colaborar em algumas discussões do grupo de professores.

Simultânea ou separadamente sucederam-se momentos de conhecimento da realidade da escola, de participação no grupo de professores e de contatos com direção e alunos. O Quadro 4 apresenta um resumo de atividades e considerações feitas ao longo do estudo por seus participantes. Compuseram o grupo de estudo quinze professores, todos enfermeiros, na sua maioria licenciados em enfermagem.

### 3 — PROCEDIMENTOS

Buscando encontrar elementos que dessem conta do problema de pesquisa, a pesquisadora optou por estratégias que viessem ao encontro das necessidades do grupo e suas questões, bem como permitissem um crescente conhecimento da situação em estudo. Por vezes, as solicitações dos docentes destoavam da linha de ação pretendida pela pesquisadora, mas por priorizar-se a construção de um processo participativo onde se pudesse conhecer o grupo e suas relações, respeitava-se tais decisões.

Através da estratégia de observação participante buscou-se o equilíbrio proposto por Le Boterf (1987,p.81) ao criticar tanto o excesso de intervenção do investigador como obstáculo à capacidade de iniciativa dos "pesquisados", como a "atividade de ausência" do pesquisador que dá ao processo um espontaneísmo improdutivo.

Os dados foram sistematicamente registrados através de anotações mais breves no momento de contato com o grupo e uma descrição detalhada "a posteriori". Quando do registro junto ao grupo, objetivava-se especialmente a anotação de frases tais como haviam sido ditas. O registro descritivo era retomado a seguir e após repetidas leituras elaborava-se um resumo. As idéias ali contidas direcionavam a pesquisadora para elementos ainda não compreendidos ou lacunas nas informações obtidas. A repetição desta sistemática deu origem à descrição qualitativa tal como Patton (1980, p.302) a propõe. Foi a partir dela que se estruturam os resultados do estudo.

Para que se chegasse a esta versão, contudo, recorreu-se a técnicas de verificação da confiabilidade e validade dos dados obtidos. Conforme Patton (idem, p.330-2) a análise de um investigador apenas traz um bias potencial que não pode ser desconsiderado. Tendo em vista tal consideração, optou-se pela técnica de triangulação nas modalidades de **cruzamento de dados qualitativos de diversas fontes** e **cruzamento de perspectivas de diferentes observadores**. A primeira se deu mediante a comparação dos dados de três fontes, a saber: dados registrados pela pesquisadora (Fonte 1), atas das reuniões da escola no mesmo período (Fonte 2) e relatos dos professores a respeito do estudo, passados alguns meses da conclusão do mesmo (Fonte 3). A segunda forma de triangulação realizada, consistiu no confronto das perspectivas de dois professores participantes do estudo (Fontes 1 e 2) registradas individualmente após a leitura da descrição qualitativa realizada do processo pela pesquisadora e o próprio registro da pesquisadora (Fonte 3).

Objetivando dar maior clareza da sucessão de eventos, muitos dos quais conduzidos simultaneamente, que compuseram o conjunto do estudo, apresenta-se a seguir um quadro-resumo dos momentos mais marcantes do estudo com as respectivas atividades e reflexões que os permearam.

Quadro 4 — Quadro-resumo do desenvolvimento da pesquisa

MOMENTOS MARCANTES NO DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	ATIVIDADES E REFLEXÕES QUE OS PERMEARAM
<p>Conhecendo a escola e suas relações — imersão I</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contatos informais com direção, professores, alunos e secretárias;</li> <li>- leitura do livro-ata, pareceres e projetos aprovados pelo Conselho Estadual de Educação e livros texto utilizados;</li> <li>- visitas à Secretaria de Educação para o acompanhamento de processos e visitas de inspeção a hospitais com as professoras-inspetoras da 1ª Delegacia de Ensino para aprovação de futuros campos de estágio;</li> <li>- participação na Subcomissão de Educação de Nível Médio da ABEn-RS;</li> <li>- participação nas reuniões do COREN-RS sobre temas referentes ao nível médio;</li> <li>- participação nas reuniões semanais de professores;</li> <li>- acompanhamento, durante dez semanas, dos dois primeiros grupos de alunos não-atendentes da escola, em reunião semanal do estágio de conclusão.</li> </ul>
<p>Trabalhando com o conjunto dos professores — imersão II</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- retorno ao grupo do aprendido sobre a escola;</li> <li>- confronto entre as opiniões da pesquisadora, as referidas pelos alunos e as dos professores;</li> <li>- estímulo à discussão da problemática do estudo;</li> <li>- elaboração e aplicação de um questionário ao grupo de alunos;</li> <li>- troca de informação pela apresentação de conteúdos de interesse do grupo e da pesquisadora;</li> <li>- substituição paulatina da coordenação dos trabalhos da pesquisadora por alguns professores;</li> </ul>



Aprofundando questões com um grupo restrito de professores — "grupo de estudo" — mergulho I

Redimensionando o trabalho com a totalidade dos professores — mergulho II

Validando os dados e resultados obtidos (triangulação I e II)

- organização pelos professores de seu próprio cronograma bimensal de trabalho;
- professores observam-se entre si, mediante sorteio, para conhecer e criticar suas práticas docentes.
- elaboração conjunta de um cronograma de trabalho/estudo;
- produção de textos como forma de estudo e exercício escrito para a divulgação de informações para outros professores e enriquecimento do material didático da escola;
- produção de trabalho apresentado na VIII Encontro de Enfermagem do Hospital da Criança Santo Antônio;
- proposição, elaboração e experimentação de uma nova prática docente como forma de aprimorar o ensino;
- proposição de maior participação da escola em órgãos de classe, movimentos na área da saúde e produção de conhecimento nas diversas áreas da enfermagem como forma de intervir e potencializar mudanças extra-muros;
- constatação do alijamento do pequeno grupo em relação a totalidade dos professores e proposição de estratégias para o envolvimento de todos no processo de reflexão, crítica e mudança do ensino.
- coordenação das reuniões feitos por integrantes do pequeno grupo;
- proposição de eventos, estudos e experiências docentes a serem elaborados, conduzidas e avaliadas participativamente com a colaboração de alunos;
- organização de um cronograma para a concretização das propostas;
- avaliação da experiência de trabalho com a pesquisadora.
- cruzamento de dados e resultados obtidos em diferentes fontes (registros, atas e informantes);
- cruzamento de dados e resultados por diferentes observadores.

## IV — UMA ESCOLA DE FORMAÇÃO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM COMO AMBIENTE DO ESTUDO

### 1 — A ESCOLA

O estudo desenvolveu-se no CEDEN Centro Educacional de Enfermagem, escola criada para desenvolver cursos profissionalizantes para a enfermagem e cursos educativos sobre saúde para a comunidade em geral. A opção por esta escola deveu-se ao fato de ser esta a única escola em Porto Alegre, à data do início do estudo, a se apresentar de forma pública como possuidora de uma proposta renovadora para a formação do auxiliar de enfermagem. Conforme mencionado pela direção, foi o desejo de mudança na formação de nível médio que impulsionou a criação da escola. A proposta básica do trabalho desenvolvido na escola, e que a diferencia, é a interdisciplinaridade que se dá a partir da integração dos conteúdos e da integração do ensino teórico e prático.

A construção da proposta curricular da escola deu-se de forma participativa entre a diretora e duas das atuais professoras, inicialmente numa experiência da dis-

ciplina de Prática de Ensino em Enfermagem e, posteriormente, pela aplicação e avaliação do modelo proposto pelas professoras em questão quando da criação da Escola. Este processo estava restrito à experiência de promoção de atendentes a auxiliar de enfermagem, tendo sido registrado em tese de livre-docência (Genz, 1987) e aprovado como curso de qualificação profissional pelo Conselho Estadual de Educação.

Com a experiência obtida na modalidade de promoção de atendentes, a escola sentiu-se apta para formar pessoas da comunidade sem qualquer experiência em enfermagem. Contando com um grupo maior de professores, foi elaborado um projeto respeitando os mesmos princípios do curso para promoção de atendentes e solicitou-se à Secretaria de Educação aprovação para o mesmo. Em função das peculiaridades do curso proposto (integração de conteúdos e ensino teórico e prático simultâneo), seu trânsito enquanto processo foi bastante lento, sendo a morosidade justificada pelo "mau hábito" da escola de inovar em seus projetos, chegando esta a ser comparada a um **câncer** (sic) para a Secretaria. Depreende-se daí um difícil relacionamento entre a escola e a Secretaria da Educação.

Aguardando o demorado pronunciamento do Conselho Estadual de Educação, a escola iniciou o curso de forma experimental com dois grupos de alunos em 1988. Visando uma análise crítica dos resultados obtidos ao nível da formação, a direção solicitou às duas professoras que já

havia acompanhado o curso de promoção de atendentes desde sua idealização que ministrassem todas as fases do que se propunha, a fim de avaliar as necessidades de mudança.

Foi neste momento que começaram os primeiros contatos da pesquisadora com a escola. Através deles pode-se constatar que a intenção verbalizada pelo grupo de professores, que paulatinamente passou a integrar o corpo docente da escola, era a de formar um aluno crítico. Neste momento não estava claro como era percebido este **ser crítico**, mas confirmou-se o desejo de uma formação diferenciada, se comparada a de outras escolas.

A pesquisa, dentro deste contexto, foi bem aceita pela direção e professores, apesar de que não estava claro para o grupo o que, especificamente, a pesquisadora propunha-se a fazer. A pesquisa foi encarada como uma forma de avaliação do curso proposto pela escola, beneficiando-se esta dos problemas que a pesquisadora viesse a detectar e suas sugestões para solucioná-los. O discurso crítico de alguns, a disponibilidade em colaborar de outros e o interesse pela pesquisa neste momento, deram à pesquisadora uma falsa idéia de facilidade para o desenvolvimento do estudo.

Do ponto de vista administrativo, a escola estava composta pela diretora, secretária, datilógrafa e estafeta. Com esta estrutura e um corpo docente de dez professores, a escola atendia a, aproximadamente, 100 alunos, na sua maioria mulheres já atendentes de enfermagem.

Os alunos da escola provinham, neste momento de contato inicial, com exceção dos dois grupos experimentais, dos poucos hospitais conveniados com a escola para a promoção de seus atendentes.

## **2 — A ESTRUTURA DO CURSO DE FORMAÇÃO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM**

Para uma melhor compreensão da proposta do curso vigente na escola que visa a profissionalização de pessoas leigas em enfermagem, legalmente denominado Curso Supletivo de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, faz-se necessário percorrer o mesmo trajeto que lhe foi exigido para possível aprovação.

As Resoluções 07 e 08/77 do Conselho Federal de Educação normatizam aspectos básicos dos cursos de formação de auxiliar de enfermagem no Brasil. A partir delas cada estado possui uma resolução própria. Observando-se o disposto em cada uma delas dá-se a organização de um processo que tem como elemento fundamental o plano de curso. No caso da escola à qual se refere o estudo, a organização do plano valeu-se de uma abertura da Resolução 165/86 que elenca as disciplinas entre obrigatórias e opcionais, sem contudo exigir que sejam dadas separadamente. Tendo em consideração a experiência de promoção de atendentes de enfermagem, avaliada pelos professores e direção como

bem sucedida, a escola elaborou o plano de ensino de forma a priorizar a integração teórico-prática e a interdisciplinaridade em grupos de 12 alunos. Para atender a exigência da Resolução, montou-se uma base curricular que demonstra em que momentos e com quantas horas cada disciplina seria atendida (anexo F). Sabe-se da artificialidade deste esquema, realizado sobremaneira para o cumprimento das exigências legais. Outra destas exigências, desta vez não da lei, mas das pessoas que orientam a organização do processo, vem a empobrecer e mascarar o plano de curso de qualquer escola. Sob a alegação de que o Conselho Estadual assim o deseja, as professoras que orientam a montagem dos processos solicitam que a escola não apresente seus reais objetivos com a formação de auxiliares, mas que transcreva os objetivos descritos na Resolução, como se assim garantisse seu cumprimento. Desconsiderando-se, assim, os elementos que não foram produzidos originariamente ao nível da escola, pode-se apreender a estrutura básica do curso, tal como é desenvolvido. Extintas as disciplinas, o curso está dividido em três fases teórico-práticas (denominadas "módulos") e estágio, sendo que os módulos nada mais são do que as três grandes áreas da enfermagem: Enfermagem em Saúde Pública (Módulo I), Enfermagem Médico-Cirúrgica (Módulo II) e Enfermagem Materno-Infantil (Módulo III). Cada módulo tem duração de dez semanas e é quase integralmente ministrado no local de prática, mediante a cedência de instalações pelas instituições conveniadas (postos de saúde ou hospitais). Passado o perío-

do de trinta semanas, onde o aluno entrou em contato com o básico da teoria e prática do auxiliar de enfermagem, a queles considerados aptos nos três módulos vão ao "estágio de sistematização" que tem duração de doze semanas, nas quais se cumprem as atividades usuais e idêntica carga horária nos dias úteis dos auxiliares de enfermagem em exercício.

O conteúdo a ser tratado ao longo do curso é de conhecimento do aluno pelo contato com os livros utilizados pela escola. Para cada módulo existe um livro texto e laborado por alguns dos atuais integrantes da escola. Apesar de escritos para atender ao curso de promoção de atendentes à auxiliar, os livros estão também sendo utilizados como texto básico do curso para leigos em enfermagem, por estarem estes elaborados com os conteúdos integrados, sendo os únicos disponíveis, ao que se sabe.

### 3 — OS PROFESSORES

Durante o estudo houve uma constante renovação e ampliação do grupo de professores. Pode-se dizer que permaneceram constantes seis professores e os demais foram grandualmente sendo substituídos, mantendo-se uma média ao longo dos meses de 15 docentes.

De forma geral, o grupo esteve constituído de 14

mulheres e 1 homem, metade deles trabalhando exclusivamente na escola e os outros dividindo a docência com o trabalho em instituições de saúde. Todos tinham menos de dez anos de profissão e idade média em torno de 27 anos.

O trabalho desenvolvido pelos professores consiste em atender, essencialmente, aos dois cursos profissionalizantes oferecidos pela escola em jornadas de 20 ou 36 horas semanais. Delas, 4 são reservadas para o preparo de aulas, correções de trabalhos ou reuniões na escola. Pelo desenvolvimento do estudo houve uma intensificação do número de reuniões de professores, o que permitiu uma certa seqüência às discussões do grupo.

Levando-se em consideração que os professores ministram as aulas em diversas instituições de saúde, compreende-se que estas reuniões são o espaço, por excelência, de contato entre eles, para não se dizer a única oportunidade, para muitos deles. Esta é uma primeira característica do grupo: trabalham isoladamente e tem pouco tempo de contato enquanto **conjunto** de profissionais.

#### 4 — OS ALUNOS

Durante o desenvolvimento da pesquisa houve um importante aumento do número de alunos na escola, em fun-



ção da aprovação da portaria que autorizava o curso de auxiliar de enfermagem para pessoas sem experiência prévia na área de enfermagem.

Com vistas a obter informações sobre os alunos da escola, aplicou-se um questionário para todos (96), o que permitiu caracterizá-los minimamente, porém sistematizando informações antes não disponíveis. Como já é tradicional, há um predomínio do sexo feminino (79,2%) entre os alunos, porém numa porcentagem um pouco menor do que as comumente encontradas, uma vez que o grupo masculino é de quase um quinto dos alunos (19,8%). Em relação a raça, 76% dos alunos se consideram brancos, 10,4% mulatos, 12,5% negros e 1% índios. Porém, quando perguntados em outro momento do questionário sobre a raça dos familiares, 62,5% diz ser branca, 16,7% mulata, 13,5% negra e 3,1% índia. Nota-se aí uma tendência do "branqueamento" entre mulatos e índios, confirmando os estigmas sociais que temem sofrer ou sofrem os indivíduos "não-brancos" que possivelmente procuram maior status ou acreditam-se realmente de raça diferente da dos seus familiares. O estado civil de 50% dos alunos é solteiro, o que está relacionado à idade do grupo. Entre 17 e 25 anos concentram-se 44,4% dos alunos e entre 25 e 30 anos, 26,7%, perfazendo um total de 71,1% de alunos com idade igual ou inferior a 30 anos. Este dado certamente difere do de outras escolas, pois os atendentes, que já devem ter mais idade, não fazem parte deste grupo, tendo um curso diferenciado.

Ainda sobre as características do grupo, cabe dizer que 22,9% dos alunos têm apenas o 1º grau completo, enquanto 44,8% têm o 2º grau completo, 20,8% o 2º grau incompleto e 11,5% cursam o nível superior. Desta forma, tem-se que 77,1% dos alunos estão entre o 2º grau incompleto e o ensino superior. Sobre o local de conclusão de estudos houve uma predominância do ensino regular ao supletivo: entre os de 1º grau 58,06% concluiu estudos no ensino regular, enquanto 41,94% no ensino supletivo; entre os de 2º grau 75,44% concluiu estudos no ensino regular e 24,56% no ensino supletivo. Há que se acrescentar, porém, que o contingente de alunos sem o 2º grau completo, caso venha a buscar sua conclusão, o fará provavelmente numa das modalidades do ensino supletivo.

Pode-se dizer ainda sobre os alunos, que 63,5% estão divididos entre o trabalho e o curso, especialmente no turno da noite. Os alunos consideram-se, em 59,4%, de nível sócio-econômico baixo ou médio-baixo e 33,3% de nível médio. A relatividade destes termos para diferentes indivíduos e do seu provável critério de comparação, fica evidente ao constatar-se que o salário médio dos alunos que trabalham é de 1,6 salários mínimos, às vezes acrescido de outros na família, mas também aparecendo como a única renda familiar. As ocupações são as mais variadas, destacando-se: atendente de enfermagem particular/acompanhante de pessoa idosa; instrumentador cirúrgico; recepcionista ou secretária em hospital/posto de saúde; funcionário público (federal, estadual e municipal); recreacionista,

"professor" de creche, professora primária; auxiliar de contabilidade, escritório ou departamento pessoal; outros, como músico, barbeiro, dona de casa, doceira, empregada doméstica, bancário ou vendedor.

Quando questionados sobre temas referentes à enfermagem, os alunos apresentam uma variada gama de informações. Algumas tendências, porém, são bastante marcantes. Perguntados sobre o que é enfermagem, a primeira escolha, em termos percentuais, para retratar a enfermagem está próxima da idéia de **profissão**. Trata-se das respostas representadas por "*atendimento ao doente*" (30,8%). Nela os alunos apresentam a enfermagem como qualquer atendimento que se faça a um doente, como segue.

*"Trabalho realizado em prol de pessoas ou comunidades enfermas".*

*"Todo serviço prestado ao doente".*

*"Fazer o possível para ver o paciente bem".*

*"Ajudar a restabelecer a saúde".*

Muito próximo desta resposta está a segunda mais presente nos questionários (29,5%) que se concentra em torno de "*caridade e bons sentimentos*". São opiniões dos alunos:

*"Profissão de amor, onde a sensibilidade, a solidariedade, deve ser o principal motivo".*  
*"Maneira de ajudar seu 'semelhar', de sentir-se 'útil' por uma causa de compaixão, a mizade, bem-estar físico e mental".*

*"Doar-se ao seu semelhante".*

*"Profissão de amor ao próximo".*

*"É um dos trabalhos mais bonitos que existem no mundo".*

Ao ler-se as frases desvinculadas do texto que as introduz, poderia-se pensar que elas se referem a vida de religiosos ou a alguém que busca fazer caridade. Não se caracteriza a enfermagem com estas definições. Elas estão ligadas às concepções religiosas que acompanharam a história da enfermagem e à prática das religiosas nesta profissão. Os próprios termos escolhidos pelos alunos (próximo, semelhante) são do vocabulário cristão e muitas das sentenças apresentadas pelos alunos poderiam ser transcritas para textos de orientação religiosa ("*tratar bem seu semelhante enfermo*"; "*dedicar-se e auxiliar o próximo*").

Como terceira e última grande resposta apresentada (16,4%), têm-se enfermagem "*como serviço especializado*". Aparecendo mais entre os alunos em fase de conclusão do curso, esta alternativa também fazia-se acompanhar de idéias de caridade em alguns casos. Como respostas surgiram:

*"Curso destinado a formar pessoas altamente capazes de auxiliar na recuperação da vida humana".*

*"Serviço especializado para atender às pessoas doentes".*

*"Enfermagem é uma equipe de trabalho".*

Surgiram posicionamentos mais críticos considerando a enfermagem como uma profissão de muitas responsabilidades e pouco valorizada, outros, ao contrário, demonstravam não tê-la entendido, dizendo ser enfermagem "*o cumprimento das prescrições médicas*", tomando esta situa-

ção como correta e não como real, porém desviante.

Os motivos que levaram os alunos a buscar o curso aparecem na seguinte ordem: em primeiro lugar por aptidão/vocação, 43,2%, ("*Gosto de enfermagem*"; "*Acho lindo, tem a ver comigo*"; "*Este curso completa o meu ideal*"; "*Velho desejo*"; "*tenho boas qualidades para a formação*"), a segunda e terceira justificativas estão muito próximos (12,6% e 11,6%) e consistem, respectivamente, em desejo de aperfeiçoamento/novos conhecimentos e intuito de "*fazer o bem*" ("*Emprego onde possa fazer algo de bom para os outros*"). Tem-se ainda a busca de uma profissão e não apenas emprego, ampliar opções de trabalho, complementar o que se aprende na faculdade, contato com a área da saúde, entre outros.

Com objetivos comuns, o grupo de alunos costuma mostrar-se entrosado. O pequeno número de alunos por grupo, inicialmente doze, que comumente reduz-se ao longo do curso, permite um relacionamento mais próximo entre os colegas. São práticas usuais um jantar com o professor ao final de cada fase do curso, festas de formatura, visitas a colegas, etc. A competitividade não é uma tônica dos grupos, notando-se muitas vezes a troca de informações sobre locais que estão selecionando funcionários. Isto, talvez, deva-se a possibilidade de colocação quase que imediata após a formatura que a maioria dos alunos experimenta, muitos sendo convidados a ficar nos locais onde estão estagiando.

## V — PARTICIPAÇÃO, CONSTRUÇÃO DE CONSCIÊNCIAS E TRANSFORMAÇÃO: OS RESULTADOS DO ESTUDO

As questões que orientam o estudo, oriundas do problema de pesquisa, encaminharam a busca de informações no sentido de se entender a possibilidade de transformação da prática docente de professores que atuam na formação de auxiliar de enfermagem. Passou-se, em decorrência disto, a priorizar a apreensão de elementos, tais como, quem são estes docentes, o que pensam sobre sua profissão, como percebem sua prática docente em relação ao que idealizam como formação para o auxiliar, o que dizem fazer e o que realmente fazem, procurando-se extrair do processo participativo que orientava esta busca quais as condições que potencializam mudanças.

A seguir tem-se as "respostas", resultados deste processo participativo entre pesquisadora e docentes.

## 1 — CONHECENDO DOCENTES QUE ATUAM NA FORMAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM — UMA INTRODUÇÃO ÀS SUAS PERCEPÇÕES

A condução de qualquer processo participativo passa, obrigatoriamente, pelo conhecimento interpessoal daqueles que se propõem a interagir. No caso deste estudo, a autora desencadeou esta interação e, ao longo de todo o período em que se relacionou com o grupo de professores, buscou elementos que melhorassem sua compreensão sobre este.

Do aprendido, talvez possa-se dizer que havia no grupo de professores motivações coincidentes, opiniões semelhantes e percepções comuns ora à maioria, ora a alguns em especial, que lhes remeteram ao ensino de nível médio em enfermagem. Quando questionados sobre os motivos pelos quais procuraram o ensino para auxiliares, apontaram três respostas básicas: ou buscavam uma forma de manterem-se atualizados na enfermagem ou fizeram a opção por experiências positivas e "gosto" pelo ensino ("*... acho muito gostoso poder ensinar e trabalhar de perto com os alunos*". "*Decidi trabalhar com auxiliar após o estágio da disciplina prática de ensino II (...) que foi muito motivadora*".) ou, o que foi mais apontado, porque tiveram e têm experiências na enfermagem (em outras escolas ou nos hospitais onde trabalharam/trabalham) ou com os auxiliares em exercício e viram no método proposto pela escola uma forma de colaborar numa mudança:

"Eu estava cansada, desanimada e entrando numa rotina diária com o meu trabalho no hospital. (...) A área de educação atraiu-me bastante e vi que poderia ter um espaço muito grande na formação de elementos da área da saúde".

"Deparei-me com a péssima realidade de formação de mão-de-obra na nossa profissão e estou tentando ajudar a minimizar esta situação".

"Já conhecia as bases em que foi fundado o Ceden, sua filosofia. Como concordo que nosso auxiliar estuda o que não põe em prática e deixa de estudar o que para ele é fundamental, resolvi auxiliar na troca de mentalidade geral e melhorar a qualificação dos nossos profissionais".

Um outro ponto sobre o qual os professores manifestaram suas opiniões com relativa abundância foi sobre o profissional enfermeiro. Observe-se que os aspectos até aqui referidos, tais como o atrelamento da enfermeira com a administração como via de obtenção de maior poder, a indefinição de atribuições da enfermeira, seu baixo prestígio, entre outros, são aspectos contemplados nas análises dos docentes. Tais considerações foram manifestadas ao longo das reuniões, em respostas escritas solicitadas pela pesquisadora, em conversas informais ou na descrição que os professores faziam de discussões realizadas com os alunos. Buscando dar clareza sobre quem são e o que pensam estes professores, seguem-se algumas transcrições de suas opiniões sobre o enfermeiro:

"Um profissional (se é que se pode chamar assim) manejado pelos administradores, que usa o poder sobre a equipe de enfermagem; a crítico e apolítico; alienado das relações existentes ao seu redor; um profissional não científico que muitas vezes não sabe expli



car o porquê de determinados procedimentos e desta forma não avança, não cresce (...). Aquele que não pesquisa, que não busca, sem senso de investigação".

"No momento, o enfermeiro dentro do hospital é uma pessoa que quebra-galhos. Faz de tudo um pouco, muita coisa, não conseguindo exercer suas funções básicas".

"Um profissional em busca de um espaço definido na equipe multiprofissional de saúde".

"... profissional que em várias áreas não atua como tal, sendo portanto dispensável. Um profissional sem classe, sem luta, sem garra, manipulado, muitas vezes, por outras categorias profissionais".

"O enfermeiro é o 'elemento intermediário' entre o grupo de auxiliares, geralmente insatisfeitos com o salário, condições de trabalho, ... e o poder da direção do serviço que exige a manutenção da filosofia da empresa".

Em relação à qualidade da assistência de enfermagem prestada hoje à população brasileira, o grupo é unânime em afirmar que é péssima, lembrando que "praticamente não existe assistência de enfermagem e sim um simples cumprir a prescrição médica". São alegados inúmeros motivos para tal situação, mas não raro responsabiliza-se apenas os profissionais da área. São eles os responsáveis por aceitarem maus salários, más condições de trabalho e por estarem mal preparados para o exercício de suas funções.

Considerando todo este panorama desestimulante, supunha-se que muitos professores não teriam interesse em permanecer na enfermagem. Questionados sobre se tivessem oportunidade, mudariam de profissão, nove responderam que não. Outros três lançaram conjecturas ("... a não ser que o lado financeiro me forçasse a isto") e três mudariam para outras profissões da área da saúde com mais prestígio,

independência e remuneração.

É curioso observar como em diferentes oportunidades os professores referiram o equívoco que consiste a enfermagem vincular-se sobremaneira à assistência hospitalar, apesar de muitos terem sua prática neste ambiente. Vêem um enorme campo para a atuação do enfermeiro ao nível da saúde pública, lamentando a falta de incentivos nesta área. Talvez percebam aí um espaço para obterem reconhecimento público e uma atuação específica. Este posicionamento diverge do que comumente é referido por outros enfermeiros, demonstrando, talvez, que o contato com a educação permita ao enfermeiro uma reelaboração do que seja prioritário para a saúde: saber mantê-la, estar informado sobre o funcionamento do organismo, intervir precocemente nos distúrbios, etc.

Pelos elementos apresentados, pode-se dizer que o grupo de professores tem opiniões semelhantes sobre questões básicas no que tange à enfermagem e suas relações. O contato mantido com o grupo nos primeiros meses do estudo, permite inferir que tais semelhanças, longe de se constituírem em uma construção coletiva, elementos de identidade do grupo, consistiam, no momento do início da pesquisa, em motivações comuns para buscar o ensino de nível médio como alternativa de trabalho. Alguns ao encontrarem, em alguma medida, correspondência às suas concepções e anseios no grupo e na direção, optaram por trabalhar exclusivamente na escola.

Na medida em que a pesquisadora integrava as reuniões do grupo, percebeu um elemento bastante presente nas discussões. Havia uma preocupação em saber como era o aluno que a escola estava formando. Seria ele o aluno crítico idealizado por alguns? Afirmavam estar seguros de que bom técnico o aluno era. Quanto aos demais elementos da formação pairava alguma incerteza. Por vezes os professores tentavam comparar o ensino realizado na escola com outros modelos que eles conheciam: a graduação em enfermagem, outras escolas de nível médio ou o ensino de 2º grau.

Sobre o ensino profissionalizante na enfermagem, há que se considerar que o professor que é comprometido com sua prática docente, experimenta uma situação ímpar. Vindo de uma graduação e licenciatura com duração de cinco anos, tem que formar em um ano, um profissional que prestará quase todo tipo de cuidado baseado em conhecimentos de pouca profundidade, justamente na área da saúde, onde os erros podem ser extremamente danosos, senão fatais. No método proposto pela escola, quatro professores são os responsáveis pelo "produto final" lançado ao mercado, não havendo aquele enorme contingente de colegas com quem dividir este "peso". Por vezes, nas reuniões, alguém perguntava quem foi o primeiro ou segundo professor do aluno "X" e confrontava-os com atitudes inadequadas que o aluno vinha apresentando. Assim, imbuídos da responsabilidade que este ensino implica, os professores não encontravam referenciais na graduação, onde dificilmente alguém é reprovado e todos os professores (o que quer dizer, comumente, ne

nhum) são responsáveis pelo aluno egresso. Também não viam como modelo o ensino de segundo grau ou outros cursos de auxiliar pelos mesmos motivos.

Numa escola privada, como a em questão, a permanência do professor na escola depende inclusive do sucesso dos egressos no mercado, recomendando o nome da escola para mais alunos ou não. Por todos estes elementos, havia uma ansiedade latente no grupo no início do estudo; a busca de alguma coisa não bem definida para todos; o entendimento do fracasso dos alunos como um demonstrativo do seu fracasso, uma vez que publicamente diziam-se estar propondo uma nova alternativa para a formação do auxiliar de enfermagem e com ela estavam, com variada intensidade, comprometidos.

Como elementos básicos aprendidos sobre o grupo em questão, pode-se dizer que, entre os docentes de um curso que se propõe como renovador da formação de nível médio, encontram-se professores que abertamente demonstram seu descontentamento com a enfermagem, entendem o enfermeiro como um profissional sem um papel muito bem definido, pouco posicionado e ainda como um intermediário entre direção e pessoal de nível médio, representando os interesses da primeira. Em relação a qualidade da assistência prestada à população brasileira, o grupo aponta, por consenso, para a baixa qualidade, questionando se realmente se presta assistência **de enfermagem**. Tais considerações críticas, podem ser entendidas como elementos que

justificam tanto as manifestações de formação crítica que a escola dizia fazer, quanto as dúvidas presentes entre os professores sobre os resultados desta formação.

## 2 — UM ABISMO ENTRE A INTENÇÃO E A AÇÃO: DA INÉRCIA AO ARRANCAR PARA UMA AÇÃO-REFLEXÃO PARTICIPATIVA

O desencadear de um trabalho participativo entre professores e pesquisadora se deu num momento de crise. Talvez tivesse sido a primeira referente à qualidade da formação oferecida pela escola.

Após uma reunião que versou sobre o desempenho de alunos de diferentes turmas, a pesquisadora teve algum tempo livre para fazer perguntas ao grupo, conforme combinação prévia. Questionando os objetivos da escola em sua criação, obteve que ela destinava-se a formação de um **no-vo** auxiliar de enfermagem — mais crítico e com maior domínio do seu fazer —, a ser um centro de pesquisa, um ambiente criativo e que valorizasse o trabalho do professor.

No intuito de despertar uma discussão que oportunizasse aos professores refletirem sobre a escola que compunham e suas práticas ali, a pesquisadora confrontou estas idéias apresentadas com o que ela havia observado e apreendido até então da escola. Considerou que não havia qualquer pesquisa em andamento na escola; que os alunos

que havia acompanhado referiam que não participavam realmente do ensino, tendo que fazer o que o professor desejava para obter aprovação; que os alunos acreditavam que o bom profissional era o que fazia o seu serviço bem feito sem se envolver com o **resto** e que os alunos acompanhados, em sua maioria, apresentavam a enfermagem como o cumprimento da prescrição médica.

Este confronto gerou dois tipos de reação de forma geral: os professores que haviam planejado a proposta do curso ou que se engajaram nela precocemente disseram-se "deprimidos", "abalados" ou "diminuídos" com os resultados do contato da pesquisadora com o primeiro grupo de alunos em formação no curso experimental. Os demais preferiram não se manifestar, apresentando uma atitude de expectativa.

A reação do primeiro grupo aponta para uma dicotomia entre concepção teórica e execução prática. Apesar de terem contribuído com a elaboração teórica da proposta e tê-la executado com os mesmos alunos com os quais a pesquisadora havia feito contato, estes professores manifestaram simultaneamente surpresa e frustração. O impacto das declarações da pesquisadora foi maior entre eles porque puderam perceber que suas intenções não correspondiam a suas ações. Os princípios que respaldavam a prática talvez não fossem bem conhecidos sequer por si mesmos. O fato da prática diferir da concepção teórica põe em xeque a segunda. Seria ela exequível?

Pode-se dizer que lhes faltavam elementos para analisar e criticar suas práticas docentes e que era este o elemento velado da crise. A este respeito Freire (1975, p.35) comenta que separada da prática, a teoria se transforma em verbalismo e separada da teoria, a prática não é mais que ativismo cego. No contexto concreto nos encontramos envoltos pelo real mas sem compreender criticamente por que os fatos são o que são, se não nos situarmos num contexto teórico. É por isso que não há autêntica práxis fora da unidade dialética ação-reflexão, prática-teoria. Como veremos a seguir, a indicação de Paulo Freire da não existência de um referencial teórico se não relacionado ao concreto é um indicativo de real condição dos professores.

### 3 — A CULPA É DO ALUNO: CONTRADIÇÕES ENTRE PENSAR-SE CRÍTICO E UMA PRÁTICA DOCENTE CRÍTICA

A partir dos elementos expostos o grupo voltou-se para um esboço de reflexão conjunta, à qual muitos resistiram, encontrando de forma concreta e simples, em reações típicas deste momento, uma justificativa para não persistir naquele tema: o aluno da escola consistia na principal limitação para o sucesso do trabalho dos professores.

Acreditavam os professores que seus alunos, na

maioria, provinham do ensino supletivo, contavam apenas com 1º grau e eram limitados em suas capacidades intelectuais.

É interessante notar que tais preconceitos — por que conforme demonstrou o questionário que caracterizou os alunos no item "Os alunos", estas idéias são fantasiosas e pré-concebidas, calcadas na expectativa que os elementos ideológicos constitutivos do profissional enfermeiro que cada professor representa lhe fornece — correspondem àqueles tidos contra os auxiliares de enfermagem nas décadas de 40, 50, 60, ...

Considerando que cabe à escola a distribuição do saber produzido socialmente e a não-distribuição via exclusão é uma de suas funções como forma de articulação com o capital, tem-se um outro espaço para os excluídos ao longo do processo de escolarização como forma de preparo para a demanda da força-de-trabalho. Enquanto o ensino regular exclui um enorme contingente entre primeiro e segundo graus, há a opção de um profissionalizante para quem possua o 1º grau apenas, amparado por lei. Contudo, como forma de garantir uma inculcação ideológica do "pouco valor" deste trabalhador, encontramos professores rotulando os alunos como, predominantemente, de 1º grau e oriundos de ensino supletivo.

Conforme referia o grupo de professores:

"Os alunos que vêm do supletivo são péssimos; não



sabem nada".

"Os alunos são bloqueados".

"Os alunos não sabem buscar. Eles têm uma compreensão equivocada. Para tudo querem uma regra rígida".

No intuito de entender que escola é esta que responsabiliza seus alunos por seus insucessos, recorre-se a Gramsci (1985, p.131-6) que coloca que cada grupo social tem um tipo de escola próprio, destinado a perpetuar nestes grupos uma determinada função tradicional, diretiva ou instrumental. Dentro desta perspectiva de escola, encontra-se a atuação do professor como representante vivo do nexo instrução-educação, na medida em que o professor é consciente dos contrastes entre o tipo de sociedade e de cultura que representa e o tipo de sociedade e de cultura representada pelos seus alunos.

Há que se ressaltar, porém, que este processo de reprodução das diferenças sociais e culturais como modo de inculcação de papéis diferenciados no processo produtivo, pode ser feita pelo professor sem que este tenha clareza de sua ação. Ou melhor, como apresenta Freire (1980, p.26), a realidade não se dá aos homens como objeto cognoscível, dada uma posição normal de consciência ingênua destes. A este nível espontâneo, o homem ao aproximar-se da realidade faz simplesmente a experiência na qual ele está e procura.

A situação em que **estão** estes professores é a de

enfermeiros que prepararão futuros auxiliares de enfermagem e isto também justifica o descrédito nos atributos intelectuais dos alunos, como tradicionalmente encontramos na relação enfermeiro/intelectual x auxiliar/tarefeiro.

Faz-se necessário contrapor o processo de responsabilização dos maus resultados da escola ao aluno, às próprias colocações dos alunos obtidas em outro momento do estudo, como forma de não permitir que se tenha uma visão estática e determinista da sociedade. Disseram os alunos sobre os professores:

*"Pensam que somos burros, mas nós não somos!"  
"Não pude me posicionar durante o curso. Te  
nho que dar a resposta que o professor quer!"*

Através destas colocações, os alunos demonstram que realmente apreendem as concepções que seus professores pensam manter veladas. É desta contradição do professor que quer formar um **novo** auxiliar de enfermagem, crítico e comprometido com a profissão e que se deixa perceber insatisfeito com a qualificação intelectual de seu aluno, que surge o movimento capaz de levar a superação deste processo. A contradição é destruidora e também criadora, já que obriga a superação (Cury, 1986, p.30). É da capacidade de apreendê-la que depende o seu efeito e, neste caso, os professores pareciam longe disto, logo estavam vendo no aluno um problema da sua prática docente. Esta incapacidade de crítica é especialmente conveniente para a manutenção do papel de professor-reprodutor.

A superação desta situação passaria por um novo entendimento do aluno. Freire (1981, p.57) afirma que para que se busque a transformação social, é preciso que creiamos nos homens oprimidos. Que os vejamos como capazes de pensar certo também.

Talvez alguns primeiros indicativos de mobilização ou questionamentos possam ser referidos após esta discussão inicial com o grupo. Por um lado muitos professores se ausentaram precocemente da reunião, enquanto outros voltaram a tocar no tema mesmo após concluído o debate, quer com seus pares, quer com a pesquisadora.

#### **4 — NINGUÉM DÁ O QUE NÃO TEM: OS PROFESSORES JUSTIFICAM A SUA PRÁTICA**

Simultaneamente ao responsabilizar o aluno pelos problemas na formação que a escola proporcionava, alguns professores, especialmente os envolvidos com a elaboração do currículo e com as primeiras turmas, começaram a fazer algumas críticas ao seu trabalho.

A primeira reação foi a enunciada no título:

*"Ninguém dá o que não tem"*, disse uma professora. Seguiram-se a estas outras que justificaram por que os professores estavam tendo uma prática distante do discurso proferido em nome da escola.

Nesta reflexão coletiva onde os professores estavam quase querendo desculpar-se, eximindo-se de responsabilidades pelo tipo de formação dada, surgiram como grandes responsáveis a formação que os professores haviam recebido e a descrença/desconhecimento/discordância(?) da proposta teórica da escola.

Evidenciou-se naquele momento uma cisão entre teoria e prática. A teoria educacional que deveria fundamentar o curso era mera elaboração da qual os professores já haviam ouvido ou lido comentários, sem nunca tê-la experimentado. A prática docente estava a cargo deles, com raros momentos de troca de experiências, estando ela calcada nas experiências e preparo individual de cada um.

##### 5 — A FORMAÇÃO DOS PROFESSORES E A REPRODUÇÃO DO EXPERIENCIADO NELA COMO ELEMENTOS DA PRÁTICA DOCENTE

Ao surgimento das primeiras críticas ao ensino que vinha sendo feito, os professores demonstraram a força que atribuíam à sua formação enquanto enfermeiras e professores:

*"Fui educada na Escola de Enfermagem! O que que vocês querem?"*  
*"Temos a quem puxar! Escola de Enfermagem : templo do positivismo e tecnicismo".*  
*"O problema é que somos produto de um ensino tecnicista".*

As concepções de ciência neutra, divisão técnica do trabalho para obtenção de níveis de excelência em qualidade, ao invés de divisão social do trabalho para exploração do trabalhador, permeadas de experiências de ensino baseadas na tendência do tecnicismo que perpassou os anos 70 e boa parte dos 80, deu a todos os docentes um mesmo tipo de experiência na graduação. Percebendo-se como co-responsáveis pelos fracassos na formação "não tão crítica" dos auxiliares, as professoras procuram fora de si elementos que justificavam suas práticas. Indubitavelmente este foi um primeiro avanço rumo a construção de uma consciência crítica sobre o seu fazer. Não obstante, conforme lembra Freire (1980, p.26) a conscientização não pode existir fora do ato ação-reflexão, fora da práxis. Neste sentido, a crítica dos professores ainda estava muito na escola formadora e pouco na "escola" que possuíam dentro de si.

Pode-se ainda acrescentar as considerações de Gaddotti (1985, p.34) acerca da superação de um modelo educacional: *"A superação de uma fase histórica da educação não se dá por força das idéias, mas estas é que modificam, em função das práticas sociais dos educadores e do movimento social e político."*

Outra referência feita pelos professores à formação que haviam recebido e que lhes "impedia" de ser diferentes, foi a tendência de espelhar sua conduta na de seus ex-professores, aqueles considerados como os bons

professores, com quem o professor enquanto aluno teve uma boa experiência de aprendizagem. Questionava uma das professoras:

"Como fazer diferente? Eu tento copiar o modelo do que eu mais gostei em meus professores: o Wanderley, por exemplo".

## 6 — REFLEXÃO E CRÍTICA DA REALIDADE COMO CONDIÇÃO PARA DESENCADear MUDANÇAS

Na medida em que o grupo avançava nas suas discussões, sentia necessidade de saber de que educação realmente se supunha como mais próxima do ideal.

Respondendo à pergunta da pesquisadora: "o que a educação é para vocês?", o grupo mostrou-se ansioso e sem condições de aprofundar o debate. Estava latente uma questão paralela que lhes dizia mais respeito.

Colocaram no quadro-negro:

"Educação é interação; dar-se conta; pensar sobre o que faz; aceitar respostas diferentes das esperadas."

A estas colocações surgiram outras, demonstrando que os professores não se conheciam suficientemente para propor um ensino idealizado conjuntamente. Precisavam, antes, compreenderem-se como iguais nos erros, nas dificul-

dades, nas limitações. As manifestações passaram a significar uma busca de identidade grupal. O tom jocoso de muitas colocações, a crescente descontração eram indicativos de que o grupo estava caminhando numa direção satisfatória. Com o intuito de fazer humor, os professores foram dizendo-se, ao longo da pesquisa, "duplos masoquistas" por terem escolhido enfermagem e educação, duas "profissões de mulher" mal remuneradas e pouco prestigiadas. Outras vezes referiam-se ao "grupo de frustrados" ou "de revoltados" que constituíam.

Tais elementos denotam uma criação de elementos comuns ao grupo, bem como uma tomada de consciência em relação à sua condição de trabalho. Este fenômeno, contudo, manifestava-se com intensidade variada e alguns componentes do grupo pareciam alheios a colocações como estas.

Muitos, ainda, saíam antes do término das reuniões, empobrecendo o debate. Esta atitude pode ser compreendida como uma resistência do trabalho, mesmo porque havia algo comum entre os docentes que utilizavam esta prática: eram os mais recentes contratados da escola.

A análise que foi sendo conduzida pela pesquisadora com o grupo de professores, permitiu constatar que não estava claro para ninguém como conduzir o ensino para uma formação crítica e posicionada politicamente.

Pode-se dizer que a direção não estava tendo uma postura educativa neste sentido, pois não estava estimu-

lando a interação, a reflexão (de forma mais profunda) e talvez não estivesse querendo "aceitar respostas diferentes das esperadas". O desejo dos professores em realizar uma discussão e o convite da direção à pesquisadora para acompanhar este processo, significaram um passo importante de ambos, no sentido de confrontar a instituição idealizada com a realidade, visto a sensação geral de que algo não estava bem.

Prosseguindo neste processo de busca de explicações para o tipo de formação que se estava fazendo, o grupo progrediu na crítica a elementos exteriores, porém cada vez mais próximos. Passaram a localizar a dificuldade da formação na proposta educativa da escola.

A escola havia proposto alguma coisa para a qual eles não estavam preparados. Este processo, porém, levaria ao caminho inevitável da auto-crítica. Fundamental para esta construção foi o incremento da participação e condução do processo pelos professores, cabendo à pesquisadora apenas algumas perguntas dissecantes, algumas insistências como antídoto à posturas pré-concebidas e à condução das reuniões até o momento em que o grupo se manifestou para fazê-lo.

Foram considerações feitas neste momento:

*"Estou há pouco tempo, mas o que vejo é que a escola mudou muito desde o ano passado, quando eu participava. As reuniões estão diferentes".*

*"Eu não acredito neste tipo de educação porque eu não consigo fazê-la."*



*-Não é que tu não acredita, é que só está na tua cabeça. Tu não sabe como fazer".  
"E se a gente não fizer nada, não será pior?".  
"As mudanças dependem muito da gente. Nem tudo é administração".  
"O problema é que transformar dói mais".*

A crítica e auto-crítica desencadeadas pelas reflexões conjuntas do grupo de professores, levou-os a um momento crítico e conflitivo: desejavam transformar sem transformarem-se. Anteviam o esforço intenso que significava a tentativa de transformação e pareciam desejar preterí-lo. Utilizando a análise de Freire (1981, p.36), sofriam uma dualidade que se instala na "interioridade" do ser. Querem ser mas temem ser. São eles e ao mesmo tempo são o outro introjetado neles, como consciência opressora. Sua luta se trava entre serem eles mesmos ou serem duplos. Entre se desalienarem a se manterem alienados. Entre serem espectadores ou atores. Entre dizerem a palavra ou não terem voz, castrados no seu poder de criar e recriar, no seu poder de transformar o mundo.

## 7 — AUTO-CRÍTICA, IDENTIFICAÇÃO E COMPETÊNCIA PARA MUDANÇA

A reflexão sobre a própria prática docente resultou do desejo dos professores de compreender porque faziam um determinado tipo de ensino, mas também da necessi

dade de se mostrarem aos seus pares na busca de identificação. Lembra-se aqui Bordenave (1987, p.16) ao afirmar que a participação não é somente um instrumento para a solução de problemas, senão uma necessidade fundamental do ser humano.

Ora assumindo suas posturas, ora justificando-as fora de si, os professores começaram a relatar suas práticas docentes, suas dúvidas e sobretudo seus temores do desconhecido — um outro tipo de prática.

*"Eu me achei arrojada quando deixei os alunos escolherem seus próprios pacientes. Eu vejo as vantagens disto, mas quando alguns só queriam escolher pacientes sem cuidados, voltei ao autoritarismo".*

*"Lendo Paulo Freire vi como eu, como professora, não conheço meus alunos".*

*"A gente se preocupa demais com as técnicas".*

*"Antes de mais nada, eu me preocupo em dar todo o conteúdo".*

A tônica nos conteúdos poderia ser vista como resposta ao "stress" que o professor de ensino profissionalizante de nível médio experimenta pelo prazo inferior a um ano para formar o aluno. Contudo, quando questionados se seria uma alternativa aumentar o tempo de duração do curso para estabelecer uma prática mais próxima da idealizada, o grupo respondeu por consenso de forma negativa.

*"A gente tem que aprender a fazer diferente", disseram.*

De que prática diferenciada exatamente se estava falando, não estava claro para a pesquisadora ou para o grupo. Dois elementos apenas evidenciam-se: o ensino tal como estava sendo feito não era o desejado e a palavra **crítico** era utilizada para definir a proposta desejada e questionada se realmente ideal.

*"Me preocupa estar formando o profissional que o 'hospital' quer."*

*"Na prática nossa educação é: ação-reação, dar conteúdos, dar respostas prontas, ter pressa." (escrito no quadro-negro pelo conjunto dos professores)*

*"A gente faz o que diz que luta contra."*

*"Aqui não se forma auxiliar de enfermagem crítico."*

*"O nosso aluno agrada porque é bom técnico e sai com a nossa cabeça. Não é ainda crítico."*

*"E se o aluno crítico não arruma emprego? Olha o caso do Bento."*

Esta última colocação demonstra que o entendimento que os professores tinham de aluno crítico permitia-lhes supor que este aluno poderia não conseguir emprego. Como seria este aluno crítico, então? Possivelmente era entendido como sinônimo de revolucionário, um questionador inoportuno, enfim alguém inconveniente. Questionados sobre suas colocações neste sentido, alguns professores reagiram dizendo:

*"Como enfermeiras nós também gostaríamos de um auxiliar de enfermagem não questionador e bom técnico."*

*"O papel do enfermeiro no Brasil é de apaziguador, de mediador entre funcionários e direção. Como formar um profissional que depois vai te incomodar?"*

As manifestações acima citadas marcam um ponto fundamental na tomada de consciência dos professores. Ao verem-se como formadores do profissional desejado pelo mercado de trabalho e ao dizerem que eles próprios preferiam auxiliares subordinados às suas ordens, os professores revelam sua condição de intelectuais orgânicos da classe dominante. Conforme coloca Gramsci (1985, p.10) a relação entre os intelectuais e o mundo da produção não é imediata, mas é mediatizada em diversos graus por todo o contexto social, sendo os intelectuais "funcionários" das superestruturas. É preciso que se revele aí o conflito de classe que permeia a divisão do trabalho em enfermagem. A enfermeira, identificada com o poder hegemônico, forma o auxiliar para a submissão. Segundo Gintis (1978, p.91) a divisão do trabalho determinada pelo capital é a principal tutela da divisão classista da sociedade e, por conseguinte, do poder, o qual determina também as divisões e os objetivos do sistema de ensino. Colabora para esta análise, a contribuição de Almeida (1986, p.113) que vê no interior do trabalho de enfermagem a divisão de classes da sociedade e a divisão de poder, lembrando que todo o profissional procura monopolizar um saber específico. No caso da enfermagem, há o mito do "super auxiliar de enfermagem" que baniria a presença das enfermeiras ou, a consciência das enfermeiras de que um auxiliar de enfermagem que compreende a exploração que sofre como trabalhador de enfermagem identificará na enfermeira o poder decisório que lhe é usurpado pela divisão social do trabalho e cer-

tamente lhe fará oposição. Não sendo os trabalhadores de nível médio submissos ao mando das enfermeiras, restaria alguma função que lhe desse poder ou prestígio? Segundo Enguita (1988, p.44) o que existe entre técnicos (de nível superior) e trabalhadores é uma relação de **oposição** devido ao fato de que os primeiros têm sua importância cal cada na privação dos segundos em suas competências, quali ficação e autonomia.

Sendo este o conflito básico entre enfermeira e auxiliar, tratado aqui ao longo de toda a história da for mação do auxiliar, surgem algumas questões ainda insolúveis: se poderá superar o conflito enfermeiro/superior x auxiliar/subordinado enquanto o primeiro é o responsável pela formação do segundo? Tal estrutura não será sempre legitimadora da formação de um profissional "castrado" in capaz de se "reproduzir", ou seja, formar seus próprios colegas, tal como fazem os enfermeiros?

A contradição experimentada pelos professores passava justamente por este ponto. Por um lado, os professores diziam não querer fazer o ensino que formasse o auxiliar que o "hospital" deseja e por outro reconheciam que sua expectativa em relação à formação era semelhante a de outros enfermeiros que representam os interesses do "hospital" — escolhidos como figurativo do poder econômico na área da saúde que tem seus lucros ampliados pelas más condições de trabalho e baixa remuneração oferecida ao pessoal de enfermagem, seu principal contingente de traba

lhadores.

Esta similaridade deu mostras aos professores da dicotomia entre seu discurso, que propunha um novo auxiliar de enfermagem, e sua prática conservadora, atrelada a modelos de ensino arcaicos. A preocupação em formar um bom técnico era a primeira de uma série que diferenciaria a escola das demais. Não obstante, o grupo não conseguiu avançar além disto com suas primeiras turmas.

Este distanciamento da prática docente em relação às proposições iniciais da escola, apresentava outros elementos que jogavam um papel importante neste contexto.

Um deles era a forma como os professores viam o trabalho para o qual preparavam o aluno. Dizia um professor:

*"O auxiliar de enfermagem hoje vive uma escravidão moderna. Trabalha como escravo, porém não tem alimentação e moradia asseguradas. Sofre grande pressão psicológica por lidar com dor e morte. É um trabalho que dá um alto desgaste físico. Também tem as punições pela chefia. Precisa, via de regra, de 2 empregos para se sustentar."*

Esta consciência das dificuldades inerentes à profissão de auxiliar de enfermagem que os professores tinham, somava-se às suas próprias experiências neste sentido que haviam resultado, em muitos casos, em demissão, discriminação por problemas físicos, frustração com a profissão pelo acúmulo de funções burocráticas e quase nenhuma

assistência ou no desejo de abandono da mesma. Com estas vivências e "conhecendo" o futuro profissional de seus alunos, os professores experimentavam uma ambivalência que, no entendimento da pesquisadora, remetia-os ao imobilismo. Por outro lado, a procura da escola como alternativa de canalizar seus anseios de transformação dava o contra-ponto à descrença. São muitos os enfermeiros e auxiliares que trocam de ocupação. Os professores da escola, ao contrário, preferiram trocar de ambiente de trabalho. Uma professora, por exemplo, disse em uma reunião que esta era última chance que ela se dava dentro da enfermagem. Tendo em consideração estes elementos, pode-se dizer que a reprodução de um modelo mais próximo do tecnicismo e o desejo de superá-lo eram mais um conflito do grupo de professores e o favorecimento da primeira tendência estava assegurado também pelo pequeno envolvimento dos professores com os níveis decisórios (conduta justificada na escola pela constante renovação de professores no grupo) e pela não identidade do grupo em torno de certos elementos básicos como a definição da enfermagem na qual acreditavam ou da educação que se propunham a realizar enquanto corpo docente de uma escola. O respeito ao trabalho individual de cada professor, podia ser entendido então como abandono e, por conseguinte, tinha um caráter ideológico. A in experiência da direção pode ser apontada como um elemento que favorecia a reprodução ideológica do modelo tecnicista de ensino, pois apesar de haver a previsão de reuniões semanais para o grupo de professores, sua condução não propi-

ciava a participação e o envolvimento tão necessários para o aprimoramento da prática docente.

A proposição de encontros participativos teve, assim, num primeiro momento, uma finalidade catártica. Com ela houve um livre manifestar-se que, retraído inicialmente, foi tomando vulto na medida em que as manifestações encontravam eco no grupo e a identificação nos erros e nos acertos surgia. Este processo tinha diferentes participantes no que se refere ao grau de engajamento, porém a oportunidade de manifestação culminou num denominador comum: os professores reconheceram-se não aptos a fazer um ensino muito diferente daquele que estavam criticando.

*"A gente acredita nisso, mas não faz. Não sabe como fazer."*

*"Perto do ideal de professor eu me sinto uma minhoca."*

*"Não me sinto parte do grupo. Falta envolvimento na escola."*

Enquanto alguns detinham-se neste diagnóstico, outros porém, já desejavam avançar.

*"É preciso descobrir os caminhos..."*

A superação de uma fase mais catártica em direção a proposição de ações pelo grupo, reforça o que se diz usualmente sobre as estratégias participativas. Borde nave (1987, p.78), por exemplo, afirma que com a prática participativa e auto-crítica, a participação vai se aper-



feiçãoando passando pelo auto-controle até culminar na auto-gestão.

### 8 — APRENDENDO A FAZER DIFERENTE: A REFLEXÃO DESCOLADA DA AÇÃO COMO FORMA DE RESISTÊNCIA E A AÇÃO COMO CONDIÇÃO PARA A TRANSFORMAÇÃO DO GRUPO

*"A gente tem que aprender a fazer diferente."*

Ao longo das discussões surgiram manifestações a favor de se fazer algumas atividades que viessem a contribuir com o debate. Estas terminavam por cair no "esquecimento" até o final dos encontros. Percebendo a conveniência para o grupo de apenas discutir sem comprometer-se com a transformação do ensino e compreendendo tal postura como uma resistência ao engajamento na própria escola, a pesquisadora passou a utilizar algumas estratégias que visavam confrontar o grupo com tal realidade nos encontros subsequentes.

Já pelo terceiro encontro, alguns professores começaram a demonstrar desconformidade com a conduta de alguns colegas. O espaço reservado para o debate era o do final da segunda-feira. Com isto, sistematicamente alguns (comumente os mais novos na escola ou aqueles que estavam por sair) retiravam-se da reunião antes do seu final. Há que se ter em conta que os professores, apesar de remunerados por 4 horas, não estavam acostumados a permanecer

todo este período na escola. Independentemente de haver ou não justificativa aparente para tais ausências, o grupo que permanecia até o final passou a manifestar seu descontentamento sobre isto:

*"Eu sinto que as reuniões aqui não têm um fechamento."*

*"Hoje muitos deram 'uns tiros para cima' e já se mandaram."*

Em resposta a esta situação, os professores solicitaram que as reuniões da pesquisa se dessem no primeiro momento da tarde. Esta conduta demonstrou o desejo de um engajamento por parte de todos os professores da escola.

Com um maior e mais constante número de participantes nas reuniões, as discussões prosseguiram no ritmo desejado pelos professores até o momento em que a pesquisadora começou a detectar o uso freqüente de expressões como: "conforme eu já comentei", "como eu já disse antes" e outras do gênero. Percebendo que o grupo havia crescido ao longo dos encontros, havendo maior entrosamento entre os participantes, concordância de opiniões sobre a enfermagem ou sobre as condições de trabalho, enfim, desenvolvia-se uma identidade grupal, a pesquisadora optou por confrontá-los com a comodidade de reuniões onde tudo era consideração teórica, sem um retorno à prática. Desencadeando um momento de crise para o grupo argumentou que o mero reconhecer-se "tecnicista" ou "reprodutivista" não traria benefícios aos alunos se não viesse acompanhado de

uma transformação da prática docente. Ou melhor, este reconhecimento não seria tomada de consciência se estivesse puramente no plano teórico. Poderia ser considerado uma intelectualização que permitia postergar a busca de transformações, ou seja, também uma forma de resistir a mudança. Lembrou naquele momento a teoria de Madalena Freire no que tange a pedagogia do abandono, onde a não-diretividade significava diretividade para algum ponto, mesmo que obscuro na mente do professor. Questionou-se a idéia de fazer pedagógico neutro. Acreditariam os professores que isto é possível?

Como resposta o grupo argumentou que o desafio era grande, que não sabiam nem por onde começar. Optaram, então, revendo as propostas que já haviam surgido e **oportunamente** haviam sido preteridas por "enriquecimento", por colocar em prática a busca de informações "concretas", conforme denominavam, sobre o grupo de alunos e sobre si.

A primeira proposição aceita pelo grupo, referia-se à necessidade de conhecer objetivamente quem era o grupo de alunos da escola. As opiniões dos professores pareciam não corresponder exatamente ao perfil dos alunos. Todos "achavam" que predominavam alunos do curso supletivo e com apenas o 1º grau. Para saber-se com que tipo de aluno a escola contava foi elaborado um questionário. De acordo com a mentalidade dominante, a idéia de um instrumento com questões abertas e fechadas parecia própria para realizar um levantamento desta ordem. Atendendo às so-

licitações e potencializando o desenvolvimento da estratégia idealizada, a pesquisadora fez um esboço de questionário. Entregando-o ao grupo, solicitou que todos se manifestassem até a reunião seguinte, onde a proposta seria discutida. O interesse por esta estratégia varia muito, tendo alguns esquecido sua cópia em casa no dia da discussão, outros procurando previamente a pesquisadora para tratar do tema e ainda houve quem manifestasse o desejo de receber o material pronto, através de um tom jocoso: *"Bem que tu podias ver este questionário com o teu orientador e trazer tudo prontinho para nós!"*

Acostumados aos modelos tradicionais de pesquisa, os professores não conseguiam dar-se conta que aquele trabalho coletivo visava o aprendizado por parte do grupo de como conduzir um estudo de forma participativa para que todos os envolvidos colaborassem na resolução de problemas, engajando-se e crescendo coletivamente.

Outra demonstração surgida em relação ao questionário foi a de não desejar deparar-se com os resultados do levantamento que, conforme o exposto no item "os alunos", evidenciou as idéias equivocadas que os professores possuíam em relação aos alunos. O rechaço pelo trabalho junto ao grupo de alunos foi demonstrado por sugestões como a de se esperar onze meses considerando-se que os primeiros dados teriam significado somente em onze meses quando da comparação entre questionários respondidos pelos mesmos alunos. A manifestação mais significativa, porém

foi a de que uma vez aplicados os questionários pelos professores, estes foram entregues à pesquisadora que os guardou na escola. Durante meses eles permaneceram intocados, sem que ninguém perguntasse por resultados.

Outra alternativa surgida e que foi aceita após ser "relembrada" pela pesquisadora ao longo de vários encontros foi a de que os professores observassem as aulas uns dos outros. A professora proponente justificava tal sugestão pela necessidade dos professores conhecerem melhor o trabalho dos colegas, auxiliarem com críticas e aprenderem outras práticas bem sucedidas.

Após uma confrontação entre todos sobre em que moldes se dariam as críticas e um compromisso verbal de que o professor observador seria participativo, fazia as críticas de modo delicado e em particular, todos envolveram-se. Foi neste momento que o grupo deu as primeiras mostras de autonomia, tendo os professores organizado todo o esquema entre si. A pesquisadora foi procurada apenas por aqueles que haviam se surpreendido em alguma medida com a observação e não sabiam exatamente como abordar o colega. Todos foram estimulados a criar um momento oportuno e privado, não omitindo-se de avaliar o colega. Pelas conversas informais que a pesquisadora procurou manter durante este período, alguns comentários em tom sigiloso permitiram-lhe ver professores satisfeitos em encontrar seu colega fazendo um ensino participativo e atendendo aos alunos em suas necessidades. Outros, ao contrário,

estavam perplexos pela imagem que tinham do colega professor (por suas colocações nas reuniões, posturas profissionais) e com o que haviam encontrado: um professor que quase não dava espaços para a participação dos alunos, que expunha o conteúdo pouco questionando o grupo e dando respostas às perguntas dos alunos, não devolvendo-as para que pensassem ou buscassem respondê-las por outras fontes. Em síntese, um professor detentor do saber que "bastava" ao grupo para fornecer-lhe todo o conhecimento desejado, sem exigir maiores elaborações dos alunos.

Passadas algumas semanas, o grupo reuniu-se para analisar as observações e fazer um perfil do professor da escola. Incrementando a iniciativa do grupo em conduzir seu próprio processo de reflexão, para coordenar a reunião foi escolhida uma professora que observou as combinações prévias do grupo sobre o objetivo daquele encontro.

Por vezes os professores olhavam para a pesquisadora querendo falar com a professora coordenadora. Tinham dúvidas a quem se dirigir. A pesquisadora restringiu sua participação, lembrando que ela não estava coordenando as discussões. Para este encontro, havia sido decidido que se responderia a questão "como o professor aborda o conteúdo?" O propósito seria o de que cada um fizesse sua auto-crítica e de que se buscasse uma maior uniformidade de condutas na escola, superando o ensino personalista, centrado nos desejos ou crenças de cada professor.

A partir de uma listagem, posta no quadro, de pontos altos e pontos baixos do ensino, conforme o que se obteve com as observações, passou-se a salientar o que seria desejável que todos desenvolvessem. Acrescentando mais alguns itens, os professores compuseram um perfil ideal de professor. Foi consenso que dele todos estavam distantes. Com uma análise superficial, os professores acreditavam já haver esgotado a discussão, partindo do princípio de que se cada um **individualmente** buscasse atingir o ideal, o processo de transformação da prática docente estaria começado. Imediatamente surgiu a reação de um professor contra a forma simplista pela qual a reflexão estava sendo conduzida. Sugeriu ele, ironicamente, que todos os problemas do Brasil poderiam ser resolvidos pelo mesmo método que os colegas estavam utilizando: far-se-ia um placar gigantesco com todos os problemas do país, cada brasileiro faria uma auto-crítica sobre em quais estava envolvido e, assim, o país seria transformado.

Dado o impacto de tal sarcasmo junto ao grupo, os professores tentaram redimensionar a discussão. A partir de manifestações livres e vultuosas o grupo começa pela primeira vez a se criticar enquanto conjunto. Até então os direcionamentos propostos passavam por um caminho individualista. O "deixar-se observar" foi um passo importante no processo de criação de identidade do grupo, porém, quando em contato, os professores sentiam lacunas no seu relacionamento, as quais não haviam sido manifestadas.

As observações, a crítica feita pelo professor e o espaço que a discussão trazia ao grupo, permitiram um livre manifestar de sentimentos ocultos, por vezes conflitivos com a própria prática do professor. Disseram os docentes naquele momento que faltava comunicação entre eles, alguns sentiam-se alheios ao grupo, outros tinham sugestões a fazer. As respostas que o próprio grupo foi encontrando foram sendo apresentadas: colocar um quadro-mural na sala dos professores, levar lanche para as reuniões, realizar festas e chás para confraternização e apresentação de experiências de ensino bem sucedidas por parte dos colegas. A pesquisadora acrescentou que o grupo precisava aprender a trabalhar conjuntamente. Os professores concordaram, sendo que uma professora queixa-se de ter passado uma semana arrumando os registros e provas de alunos sozinha ficando com dor nas costas sem que ninguém a ajudasse. Admitiu, a seguir, que não pediu ajuda a ninguém. Outra professora comentou que ela e a pesquisadora haviam refeito todos os testes para o curso de qualificação de atendentes à auxiliar e que uma aprendera com a outra, tornando-se mais fácil.

Ao final desta reunião alguns permaneciam sem manifestar-se. Quando questionados pelo grupo e pesquisadora sobre o que pensavam, dois concordaram e uma justificou se dizendo:

*"Não me sinto parte do grupo, falta envolvi-  
mento na escola."*



Outra professora comentou que numa ocasião havia cumprimentado as professoras mais velhas do grupo e que estas não lhe haviam respondido. As envolvidas no incidente desculparam-se dizendo não haverem percebido.

Entre outros resultados do encontro, combina-se a criação de uma comissão social, tendo dois professores se oferecido para compô-la. Todos os professores dariam contribuições mensais.

Cabe salientar, ainda, que este foi o primeiro encontro, possivelmente em três anos, onde todo o grupo de professores permaneceu até às 18 horas em reunião.

## 9 — PARTICIPAÇÃO COMO CONQUISTA DE PODER E AGUDIZAÇÃO DE CONSCIÊNCIAS

Ao longo dos 14 meses em que o estudo se desenvolveu, a escola teve uma importante ampliação do seu grupo de alunos, aumentando os locais para dar aula, dada a aprovação do curso, pelo Conselho Estadual de Educação, por três anos.

O aumento crescente do corpo discente acarretou na necessidade de criar novos cargos na escola e como decorrência a descentralização do poder. A partir da experiência de observação mútua dos professores, estes e a direção aperceberam-se que discurso e prática muitas ve-

zes estavam bastante distanciados. Com o propósito de assegurar um mesmo nível de qualidade no ensino e de tornar viável o aumento de turmas, as duas primeiras professoras da escola foram convidadas a passar à função de supervisoras. Uma delas atenderia o curso de promoção de atendentes à auxiliar, coordenando-o, enquanto a outra auxiliaria os professores do curso de alunos leigos em enfermagem. Sentindo-se elas próprias sobrecarregadas, combinaram com a direção de convidar mais uma professora para tal função. Esta criação de cargos acarretava em aumento de gastos para a escola, pois as professoras, pela responsabilidade assumida, perceberiam um salário maior. Apesar das limitações econômicas vividas pela escola, tal iniciativa foi entendida como vital para ampliar as comunicações entre professores e direção e também para viabilizar o funcionamento da escola nos moldes previstos desde sua proposição.

Uma das tarefas mais importantes que as supervisoras passaram a desenvolver, foi a de acompanhar as aulas das colegas nos moldes firmados pelo grupo para a observação entre colegas. Tal iniciativa surgiu da necessidade que alguns professores vinham referindo de contar com algum acompanhamento para verificar se seu desempenho estava ajustado à proposta da escola no que se podia entender como definição comum a todos, ao menos. Paulatinamente, tal prática passou a ser sistemática para todos os novos professores da escola.

A criação destes novos cargos pode ser entendida como um resultado das estratégias participantes experienciadas pelo grupo, uma vez que os mesmos vem ao encontro, inclusive, da literatura a respeito de participação. Bordenave (1987, p.77), por exemplo, coloca que a participação ocasiona uma descentralização e distribuição do poder, talvez melhor dito, uma conquista.

A cada dez semanas havia a conclusão de um módulo e início de outro. No decorrer do estudo duas trocas coincidiram com o período de discussões já descrito. Até então havia uma renovação de dois ou três professores nestas fases, o que pode ser considerado uma situação difícil para a escola: novo treinamento, um constante recomeçar o trabalho com o grupo de professores, supervisão nos três turnos a serem feitas, etc. No período de trocas de módulos durante o processo de discussão dos professores, este quadro agravou-se. Professores que haviam chegado há dez semanas com interesse diziam estar sentindo necessidade de revisar seus posicionamentos, se realmente desejavam trabalhar com o ensino de nível médio. Outros que a escola pensava em chamar para dispensar, pois estavam necessitando reciclar-se em conteúdos de enfermagem ou tinham uma prática docente muito aquém da desejada, vieram espontaneamente dizer que estavam sentindo falta de estudos complementares e que iriam buscá-los.

Alguns deles vieram despedir-se da pesquisadora e explicavam seus motivos. Uma professora em especial cha

mou a atenção pelo fato de, estando entre os que se desejava demitir, procurou a direção, mas antes a pesquisadora, explicando que trabalhava há 8 anos num mesmo hospital e pensava estar pronta e completa. Porém, o contato com os alunos, suas colocações e dúvidas, e a participação nas reuniões, fizeram-lhe ver que a verdade era outra. Ela estava acomodada, sem estudar há muito tempo e sentia-se sem condições de continuar como professora, pois deveria estudar educação e enfermagem e revisar sua prática profissional antes de atuar como docente. Já possuía uma indicação de que curso iria procurar, inclusive.

Casos como este sucederam-se, acompanhados de surpresas para a direção. Professores que pareciam estar integrados e comunicavam que desejavam sair da escola ao final do módulo. Como em todo o ambiente de trabalho, houve ainda casos de pessoas que abandonaram a turma em meio as aulas sem sequer comunicar à direção, embora raros.

A ampliação deste quadro durante a realização da pesquisa, gerou uma relativa preocupação à pesquisadora e à direção. Não obstante, passados os meses mais críticos, persistiram os professores mais engajados na escola, acreditando numa forma diferenciada de formar auxiliares, o que resultou no primeiro corpo docente estável da escola com uma média de dez professores com mais de oito meses de trabalho.

Apesar de ser impossível a uma escola pequena como a em questão competir com os salários dos grandes hos-

pitais, no intuito de manter estes professores, a escola elaborou um plano de carreira que dá aumentos, além da inflação, no primeiro semestre de trabalho e anualmente.

Já imbuídos da idéia de avançar no sentido da adesão dos demais professores à proposta da escola, os supervisores concluíram que deveriam ser criados outros espaços formais para a divisão de tarefas e ampliação de pessoas, propondo inovações. Para tanto, foi criado o cargo de coordenador de módulo. Dada a pouca disponibilidade de tempo de alguns, a escolha dos coordenadores se deu por indicação do grupo e, especialmente, pela concordância da indicada. Os coordenadores com os professores do seu módulo começaram a trocar experiências bem sucedidas para o ensino de conteúdos específicos de sua área. Alguns grupos passaram a elaborar conjuntamente as provas, outros dividiam as questões a serem feitas por professor e um deles as selecionava para montar a prova.

Cada coordenador, por representar um terço dos professores passou a levar à direção algumas reivindicações do grupo. Os professores, mais organizados e querendo melhorar seu ensino, começaram a coletar materiais desprezados no hospital e montar uma caixa para o seu módulo. Foi sugerido a aquisição de materiais que colaborassem na ilustração e demonstração de técnicas em sala de aula.

Os novos cargos surgiram muito em função das revelações feitas nas reuniões. Alguns professores revelaram-se interessados, preocupados, críticos, ágeis, enfim,

tiveram oportunidade e a aproveitaram para mostrarem-se a seus pares com novas faces. Estas eram atrativas à direção e às supervisoras ao ponto de se criar funções para o aproveitamento do pessoal.

As estratégias de participação dão luminosidade às situações, uma vez que ao engajar-se em algum projeto o indivíduo revela-se. No caso da escola em estudo, a ampliação do conhecimento que o grupo tinha sobre si mesmo resultou na escolha de lideranças que souberam mostrar-se aptas para cargos com maior poder, e na ausência deles, a direção foi perspicaz ao ponto de criá-los. Pode-se dizer que a representatividade destes professores criou-se no processo de discussão sobre a formação, para o desenvolvimento do estudo.

## 10 — A PARTICIPAÇÃO E AS TRANSFORMAÇÕES DESENCADEADAS

Uma série de temas a serem tratados na escola, bem como uma "sensação de pouco avanço", conforme relatado, postergaram a marcação dos encontros com todo o grupo. Analisando tal situação por um outro ponto de vista, pode-se dizer que os questionamentos surgidos e a evasão de alguns professores atingiram as pessoas que preferiram dar um "período de latência" para elaborar o que vinha ocorrendo. Certamente a colocação do grupo de que o trabalho deveria prosseguir e com todos os professores, era uma

forma de impedir o aprofundamento, pois todos pode ser ninguém.

Nesta fase de estudo, a pesquisadora foi procurada individualmente pelas três supervisoras que referiram uma mesma necessidade: trabalhar com maior profundidade sobre temas que auxiliassem a achar alternativas para a prática pedagógica.

Marcado o primeiro encontro, fora do horário de trabalho das três, tentou-se acomodar horários dentro do esquema de trabalho. Alternando-os foi possível chegar a um consenso. Este pequeno grupo foi auto-denominado "Grupo de Estudo". Seus elementos tinham em comum um longo envolvimento com a escola, intimidade entre si, motivação para o trabalho e reconheciam não saber fazer um ensino diferente do que vinham realizando.

Neste grupo a pesquisadora alcançou a relação de igualdade desejada e envolveu-se com todo o tipo de proposta, sem omitir-se de qualquer combinação, mesmo que fosse, por exemplo, a de produzir um texto sobre doenças infecto-contagiosas imunizáveis a ser utilizada pelos alunos.

Num primeiro momento, o grupo trocou informações sobre palestras de que havia participado, a seguir passou por uma longa discussão sobre as eleições presidenciais inclusive, fato inédito, com a abertura de votos e, por fim, voltou-se para um planejamento. O desejo dos profes-

sores era de realizar uma pesquisa em matemática para auxiliares de enfermagem. A partir desta proposta, passou-se a um levantamento de conhecimentos que deveriam ser trabalhados pelo grupo para organizar o projeto de pesquisa.

Cabe ressaltar aqui a forma como foi concebida a investigação do ensino de matemática. Numa discussão onde os componentes do grupo de estudo apresentavam suas propostas, conjecturou-se um estudo. Terminada a reunião, a pesquisadora havia ficado com a nítida impressão de que alguma coisa havia sido esquecida naquela reunião. No encontro que se seguiu, após a revisão das propostas, a pesquisadora questionou o grupo sobre qual seria o papel dos alunos neste estudo. Surpresos, os professores responderam que não haviam previsto nenhuma participação para os alunos. A desvalorização do caráter intelectual do trabalho do aluno vai ao ponto de que se pense possível estudar os problemas de ensino de matemática dos alunos no curso de auxiliar de enfermagem sem envolver os mesmos. Esta postura é ideológica e deve ser denunciada como tal. Gramsci (1985, p.7), ao tratar da questão do intelectual, afirma que se se pode falar de intelectuais, não se pode falar de não-intelectuais. O que existe são graus diversos de atividade intelectual específica.

Tomando por base esta concepção, fez-se a crítica da postura dos professores do grupo de estudo. Estes por sua vez, superado o impacto inicial que o comentário



causou, disseram-se impregnados das concepções positivistas de sua formação e do desconhecimento de outras formas de agir. Repensando-se a questão do estudo, o grupo optou por reavaliar-se. Diagnosticaram então suas deficiências e escolheram tratar de uma série de temas sobre os quais, surpreendentemente, necessitavam "revisões". Foram escolhidos: o sistema de saúde no Brasil e a proposta do Sistema Único de Saúde; indicadores de saúde e a realidade sócio-econômica da população (Brasil e RS); histórico da formação do auxiliar de enfermagem; o ensino realizado na escola e sua proposta educacional. Para uma compreensão do que significou para este grupo de estudo o reconhecer-se ignorante e buscar informações sobre o mundo que os cerca e para o qual dirigem-se seus alunos após a conclusão do curso, faz-se necessário reportar-se a Freire (1980, p.26-7) quando diz que a conscientização não está baseada sobre a consciência, de um lado, e o mundo, de outro. Estas professoras haviam trabalhado com alunos em diversos hospitais e postos de saúde, no entanto este mundo vivido não fora mundo refletido ao ponto de permitir a ampliação da consciência. A opção pelos temas de estudo visava, neste momento, um desvelar a realidade através de uma ampliação do entendimento das relações e concepções que permeiam a área da saúde e a formação do auxiliar. Emergir a aspectos mais estruturais e distanciar-se das minúcias da formação, foram as formas que o grupo de estudo elegeu para caminhar em direção à compreensão das problemáticas vividas. Esta opção estava alinhada à idéia de

conscientização como compromisso histórico. A conscientização é também inserção crítica na história, implica que os homens assumam o papel de sujeito que fazem e refazem o mundo (Freire, *ibidem*).

A viabilização deste "olhar para compreender o mundo" se deu mediante a distribuição de atividades.

Divididos os temas, passou-se a elaboração conjunta de textos que subsidiassem as discussões com os outros professores e que pudessem ser utilizados em sala de aula. Na medida em que os textos foram sendo produzidos, os outros professores foram solicitados a opinar e criticar o material apresentado. Esta iniciativa visava um não distanciamento entre o grande grupo e o grupo de estudo. Através destes contatos e do desejo manifestado, num segundo momento, de revisar o ensino que vinha sendo feito, incorporaram-se ao grupo 2 coordenadores de módulos.

A idéia da pesquisa, foi acrescentada outra mais premente. Durante as primeiras reuniões do grupo de estudos, os professores que o compunham disseram-se descontentes, achando suas aulas monótonas. Referiam-se às três supervisoras, ao ensino de promoção do atendente pelo qual são responsáveis. Queixavam-se que ao sair do curso, o aluno não conseguia modificar seu ambiente de trabalho. Nas aulas havia um baixo nível de participação. Decididos a mudar tal situação, solicitaram a colaboração dos coordenadores de módulos e, em reuniões específicas de trabalho, começaram a revisar e criar formas mais dinâmicas de con-

duzir o ensino. Diziam eles:

*"Tornando o ensino mais aberto, a gente aprende muito mais."*

*"Vamos sentir dificuldades. O professor tem que superar suas angústias."*

A luta contra a "velha escola", a condição do fazer docente que se quer superar, é um processo difícil e mobilizador para os que o integram. Não se trata apenas de esquemas programáticos, mas da transformação de homens e, experimentando e antevendo o que isto significa, os professores faziam referências como as acima transcritas. O processo de repensar a prática passa pela condição de consciência dos professores, ou seja, repensar a prática de todo o complexo social do qual os homens são expressão (Gramsci, 1985, p.132). Neste sentido, encontra-se um conflito latente aos professores da escola, em geral: seriam eles enfermeiros ou professores? Enfermeiros-professores ou professores-enfermeiros? Por detrás destas respostas estão determinadas visões de mundo representadas pelo formar o aluno que o enfermeiro/superior, que o professor representa, gostaria de ter trabalhado sob sua supervisão ou formar um aluno que venha a integrar a equipe de enfermagem consciente de suas atribuições e das relações que permeiam seu fazer.

O ensino técnico que aqui se discute é apontado por Franco (apud Kuenzer, s.d, p.85) como uma oportunidade de acesso ao saber organizado e sistematizado; um lo-

cus de aquisição, de maneira articulada, de conteúdos voltados para uma formação que permita ao futuro profissional participar das relações sociais enquanto cidadão trabalhador.

Tendo em consideração o desejo do grupo de estudo de transformar sua prática docente, a pesquisadora interviu no sentido de questionar qual o objetivo de tal mudança. É preciso lembrar que mesmo propostas de maior participação na formulação do ensino entre professor e alunos podem estar impregnados de inculcação ideológica, se não houver um posicionamento em relação a classe social (Gadotti, 1985, p.99). Assim sendo, era preciso pensar e definir o que se pretendia com a transformação do ensino. O grupo de estudo, então, refreou seus "impulsos transformadores" e sistematizou suas opiniões sobre o que vinha sendo feito e o que desejavam fazer. Naquele momento, a proposta educacional da escola chegou a ser registrada da seguinte forma: "- Formar um profissional de nível médio de enfermagem, consciente do seu papel em uma equipe de saúde, sendo um auxiliar/técnico competente, engajado criticamente na política sócio-econômica e profissional com consciência de grupo".

A importância de tal registro de objetivos do ensino está antes de seu conteúdo, na sua apresentação. Até aquele momento, os professores, em sua globalidade, não haviam aceitado escrever qual o propósito e como seria o "fazer diferente". Fruto de um primeiro esforço, deixa a

desejar em sua clareza, porém prestou importante serviço como "marca inaugural" aceito pelo grande grupo após apresentação e discussão.

A partir de colocações registradas pela pesquisadora, tais como:

- "Me angustio em ver aonde o aluno vai parar (local de trabalho)."
- "A gente precisa interferir na realidade."
- "Uma aluna do Hospital X me disse que as enfermeiras não estão dando mais uma de mães donas, nem ninguém mais grita com os funcionários. Disse que melhorou depois que muitos atendentes fizeram o curso aqui."

O grupo concluiu que, em última análise, o objetivo do ensino que desejavam fazer era o de interferir, com vistas a transformação, nas relações de poder da equipe de enfermagem e na qualidade da assistência a ser prestada à comunidade.

A definição de tais objetivos não tinha tamanha clareza, porém estava calcada na idéia de que apenas formar um bom técnico significava formar o profissional que o "hospital" queria. Neste momento, os professores do grupo de estudo já haviam entrado em contato com as idéias básicas das teorias da reprodução. Daí decorria a determinação de interferir na enfermagem via educação. Estes professores passaram a compreender o ato pedagógico como um ato político e que a sua pseudo-neutralidade, apesar de não ser intencionalidade, tendia a reproduzir, de modo espontâneo, os valores e relações sociais dominantes (Cury,

1986, p.116). Reencontrando-se com os motivos que lhes fizeram buscar a docência, entre eles a necessidade de mudanças na enfermagem, os professores passam a atuar em dois níveis: junto a eventos e situações que tangem a enfermagem como um todo e propondo novas experiências de ensino.

Tendo em consideração a primeira proposta, os professores do grupo de estudo, mais especificamente, passaram a representar a escola ou a participar de diferentes atividades da enfermagem individualmente. São exemplos delas: no momento da troca de gestão da ABEn, uma professora passou a representar a escola na Comissão de Educação - Subcomissão de Nível Médio; outra compôs a comissão elaboradora de um encontro científico da região sul e é candidata à próxima gestão do COREN; elaborou-se um texto para o Jornal da SERGS contendo uma proposta de criação de sindicato único para as 4 categorias da enfermagem. Tal texto foi aprovado pelo conjunto dos professores, porém esbarrou no fato de apenas a diretora e uma professora serem sindicalizadas. Para encaminhar uma solução para a incoerência (propor mudanças no sindicato sem ser sindicalizado), solicitou-se fichas de inscrição para os professores que desejassem se sindicalizar. Dentro desta linha de atuação, a escola passou a representar-se junto a Comissão Interinstitucional Municipal da Saúde, sendo a única escola de nível médio a comparecer espontaneamente (sem convocação) aos encontros. Dentro da CIMS, voluntariou-se para colaborar num projeto piloto sobre as neces-

sidades qualitativas e quantitativas de pessoal de enfermagem em saúde pública.

Ao nível da escola, o grupo de estudo começou a mudar sua prática docente a partir de uma reflexão coletiva sobre o que lhes agradava ou não no seu próprio ensino. A partir daí se chegou a conclusão de que faltavam recursos ilustrativos para as aulas (lâminas, cartazes, álbuns ...), de que haviam lacunas nas informações oferecidas pelos livros, de que o professor não fazia realmente esforços para que o aluno aprendesse ("*eu só ensinei se eles aprenderam*"), de que os alunos estavam muito apáticos, pouco participativos na maioria das turmas, de que o aluno não tinha no que participar porque vinha tudo pronto para ele, inclusive as respostas às questões formuladas em aula — para tudo uma solução pronta. Considerando como resultado disto um aprendizado por parte do aluno de que o enfermeiro é o intelectual da enfermagem enquanto ele não o é, de que o enfermeiro sabe e por isso pode decidir por todos, de que se exigia bons desempenhos do aluno (nota mínima sete, inúmeros trabalhos, provas, ...) e não havia espaço para crítica ao professor, o grupo de estudo elaborou a seguinte estratégia: do módulo I ao módulo II haveria um crescimento das opções de participação e decisão da forma de conduzir o ensino por parte do aluno; inicialmente se investigaria quais os procedimentos de ensino que os alunos preferem e sua justificativa, e a seguir se explicaria a estrutura geral do curso e quais os conteúdos essenciais ao módulo. Tendo-os listados, os alunos optariam pe

la seqüência em que gostariam de estudá-los, acrescentando sugestões a serem consideradas pela turma em sua importância e interesse. Realizado o cronograma do módulo, se passaria ao ensino que deveria sempre resgatar as relações de poder presentes nas experiências relatadas pelos alunos, as razões aparentes e as razões reais da divisão social do trabalho, além de tratar-se de temas que superassem o ensino técnico, tais como a questão da sindicalização para os auxiliares, significado e áreas de atuação do COREN, Lei do Exercício Profissional, direitos trabalhistas, entre outros. O peso de cada elemento da avaliação e quais seriam eles também seria uma decisão do grupo de alunos, respeitando-se a média sete. A participação do aluno no ensino deveria ir num crescimento tal que, no módulo III, os próprios alunos ministrariam as aulas uns aos outros, tendo no professor a figura de um colaborador.

Como já era de se esperar, esta planificação não se cumpriu de forma tão fluida. Na experiência de uma das professoras, ao listar os conteúdos no quadro-negro para que os alunos escolhessem a seqüência em que desejavam estudá-los, o fez com as páginas a que cada conteúdo correspondia no livro de 1 a 300. Como resposta, obteve que os alunos não gostavam de "ir e vir" no livro e por isso optaram pela ordem já listada. Experiências como esta resultavam em frustração provisória, mas depois de analisadas em grupo, serviam de aprendizado para os que compunham o grupo de estudo.



Dela podemos aprender, assim como com Gadotti (1987, p.81), que esse novo educador encontrará uma resistência muito grande, não apenas na inércia dos próprios companheiros, mas igualmente na população que quer atingir, porque esta criou hábitos decorrentes do próprio trabalho, de experiências prévias na escola, etc.

Concomitantemente, o grupo passou a preocupar-se com o isolacionismo desta experiência e de outras propostas que o grupo já havia formulado, porém não havia socializado para o conjunto dos professores.

A primeira iniciativa neste sentido foi a apresentação da experiência que estava sendo feita na promoção de atendentes ao conjunto dos professores, sugerindo-se que se tentasse algo semelhante com os alunos leigos. Dada a resistência do grupo, solicitou-se que cada coordenadora de módulo experimentasse utilizar os mesmos princípios no seu grupo e depois a relatasse aos demais professores do módulo. Como a proposta não encontrasse o respaldo desejado no grupo, os componentes do grupo de estudo optaram por realizar uma confraternização do dia do professor, na qual as três coordenadoras de módulo que desenvolveriam a experiência receberiam uma faixa, coroa e flores. Na faixa se encontrava o título: Miss Ousadia. Tal opção deveu-se à necessidade de se persistir nas oportunidades de entrosamento entre os professores e na demonstração do valor que se estava dando à iniciativa das três professoras.

Em encontros subseqüentes foram surgindo outras propostas para o desenvolvimento de novas ações na escola. De uma forma geral foram elas:

— a criação do cargo de monitor para alunos destacados. Estes auxiliariam o professor no turno que tivessem disponível e em troca receberiam um abatimento em sua mensalidade;

— a realização de um encontro de atualização para atendentes, auxiliares e técnicos, versando sobre questões técnicas, políticas, sociais e econômicas da profissão;

— a criação da associação de ex-alunos que promoveria encontros como o acima sugerido, além de atividades recreativas, culturais e acompanharia os ex-alunos em algumas de suas necessidades;

— realização de um estudo sobre matemática na formação do auxiliar de enfermagem com a participação de alunos como investigadores;

— transformação da escola em fundação, proposta trazida pela direção, onde todos os professores participariam como membros do fórum decisório.

O conflito proposta x execução permeava todas estas construções do grupo de professores. O estudo teve seu momento de conclusão para fins de estudo acadêmico nes

ta fase, sendo que a partir do experienciado com este grupo pôde-se obter algumas conclusões e recomendações, a seguir descritas.

## VI — O DESAFIO CONTINUA

Como primeira conclusão a que se chega neste estudo, respondendo ao problema de pesquisa, é que a prática docente pode ser transformada por estratégias participativas junto a um grupo de docentes da formação de auxiliar de enfermagem. Apesar das limitações que a metodologia escolhida impõe, em relação à não-generalização dos resultados, passa-se a outras conclusões do âmbito do estudo.

Os resultados sugerem que as estratégias participativas desencadeiam um processo reflexão-ação que culmina na ampliação da consciência de seus integrantes. Usa-se uma metáfora para descrever os processos (participativos/não-participativos) pelos quais os professores envolvidos no ensino de nível médio em enfermagem podem passar em busca de sua organicidade.

Os enfermeiros, por definição, apreciam técnicas assépticas e materiais esterilizados. Higiene e esterilização são palavras que perpassam quase todas as atividades que prescrevem ou supervisionam. Resta questionar-se, onde mais vê-se esterilização nas suas práticas.


No ensino do auxiliar de enfermagem, observou-se as concepções de educação tecnicista como sinônimo de fazer neutro apoiado numa ciência neutra. Leia-se, então, um fazer pedagógico asséptico. Posturas como estas cumprem um importante papel na manutenção das relações sociais, pelo não entendimento do que a ausência de questionamento é sinônimo de conformidade. São exemplos disto: o fato dos professores não tratarem no espaço escolar da divisão social do trabalho em enfermagem, ou o que é pior, não haverem eles mesmos se questionado sobre isto; entenderem educação como mera transmissão de conhecimentos (professor/superior/conhecedor x aluno/subordinado/ignorante); não se "contaminarem" com os aspectos históricos, sócio-político-econômico-culturais da enfermagem na sociedade capitalista. O docente enfermeiro ao ministrar um ensino estéril, faz o papel de auto-clave (aparelho de esterilizar): mata os esporos, os microorganismos que transformariam, posteriormente, os corpos em campos de batalha; neste caso, de visões de mundo, de concepções, de posturas renovadoras.

Há elementos nas relações dos docentes entre si e com a escola, conforme visto nos resultados do estudo, que são demonstrativos do tipo de consciência que predomina em um grupo. O não-envolvimento dos professores entre si, sua concepção de educação, a postura de pouco engajar-se com uma proposta explícita da escola de formação crítica, ainda que no plano teórico, apontam para o que o Paulo Freire denomina de consciência ingênua, mas que aqui

ousadamente será denominado **consciência estéril**. Este estágio de consciência fundamenta-se na apreensão do real tal como se apresenta e na não formulação de críticas que passem por uma prática transformativa.

Por outro lado, deve-se concluir da disparidade entre os "graus" de consciência de diferentes participantes de um grupo. Ressalte-se aqui que os professores envolvidos com a concepção da estrutura do curso, bem como de seu modelo de ensino, demonstraram maior crítica sobre sua prática ao longo do estudo, chegando a modificá-la. Outros, manifestavam um discurso crítico sobre a enfermagem, mas não demonstravam coerência sobre ele em sua prática docente. Com isto se quer apontar para a complexidade do processo de tomada de consciência, processo individual/grupal de reflexão/ação. Sabe-se da incorreção dos rótulos para pessoas ou grupos, porém apenas para fins de entendimento, pode-se dizer que os docentes que idealizaram a proposta educativa e alguns outros, por motivos não investigados, realizavam suas análises a partir de uma **consciência higiênica** — limpa, mas não estéril.


Outro elemento conclusivo deste estudo, é o de que a crítica, enquanto discurso, pode significar uma forma de resistência à transformação. A tomada de consciência pressupõe uma prática refletida. Ela é fruto de uma busca de compreensão além do que está estampado, além da leitura do que foi parcialmente referido, do entendimento do momento que se vive para além da experiência de estar



ali, enfim, é um processo calcado no imergir e emergir nos fenômenos, contemplando-os em sua perspectiva histórica e experimentando-os em seus aspectos concretos e específicos. Assim, o discurso que não se atreve a virar ação, também pode ter um cunho ideológico de reprodução das relações sociais.

O papel das práticas participativas junto a um grupo de docentes é de potencializador de transformações, justamente porque permite a integração reflexão-ação-reflexão de forma coletiva. Os elementos decorrentes de um trabalho participativo entre docentes, tais como o encaminhamento do estudo segundo as necessidades manifestadas pelos professores, criando um envolvimento dos mesmos com suas propostas; a avaliação participativa da adequação do trabalho que se propõe, bem como de sua execução; o confronto de distintas formas de compreender e atuar numa mesma situação; a ausência de respostas e fórmulas prontas para problemas, conduzem a um movimento que possibilita a ampliação da consciência.

Não obstante, dada a liberdade para o envolvimento com uma determinada proposta, também se encontra o seu inverso. Existe a possibilidade do professor recusar-se a se ver neste processo pela resistência às propostas participativas. Talvez se possa apontar à **consciência estéril** ou aos limites de uma consciência permeada pela identidade com a classe dominante como responsável por tal postura.



De uma forma mais específica, pode-se sugerir que existem algumas condições para que os envolvidos percorram o processo que parte da **consciência estéril**, passa pela **consciência higiênica** com vistas a uma **consciência contaminada**. A primeira delas é a oportunidade catártica que se oferece ao grupo. Através da livre manifestação, o grupo começa a perceber mais claramente quem são e o que pensam seus pares. Se, de dentro deste processo, surgir uma proposta educativa a ser implementada pelo próprio grupo, obtém-se mais uma condição para a ampliação da consciência. A iniciativa de docentes de implementarem uma proposta grupal constitui-se, no entendimento da autora, no elemento mais decisivo deste processo. Para que este seja um constante agir-refletir, é preciso que se crie no grupo uma capacidade de criticar e de receber críticas. É a partir da auto-crítica compartilhada com o grupo que se criam oportunidades de identificação entre colegas e o germe da transformação é implantado no grupo. É do constante processo reflexão-ação, crítica recebida-busca de transformação que se possibilita a ampliação da consciência. Está implícito neste raciocínio que permeia todo este processo uma determinada visão de homem e de mundo que deve ser construída pelo coletivo dos professores. São estes os elementos que respaldarão uma prática refletida.

Outra conclusão a que se chega a partir dos resultados obtidos, é de que a disseminação de uma "**cepa**"\* par-

---

\* Cepa: linhagem de bactérias com características comuns.



**participativa** que está calcada no surgimento de uma identidade de grupo, pode desencadear uma re-estruturação das posições de mando em um grupo ou instituição. Tem-se, assim, que de uma "bactéria" se pode chegar a "colônia"\*. Este é um processo lento e complexo que passa pela "contaminação" de colegas até que se crie uma nova proposta de poder e fórum decisório. Dentro desta perspectiva, se efetivada, encontra-se uma prática que rompe com o inerte/estéril e encaminha-se ao ativo/contaminado. A **consciência contaminada**, o é por uma visão/atitude crítica, um ser/estar na história, um fazer/refazer o mundo. A partir destas premissas, mais vivenciadas do que intelectualizadas, propõe-se um fazer pedagógico político, onde o aluno deve romper com a passividade e construir com o professor sua educação. Esta, tendo como princípio a participação, visa a ampliação da consciência de alunos e professores.

Um outro elemento que se evidencia com este estudo constitui-se da limitação de uma pesquisa para tratar de tema tão amplo. De muitas das questões não atingidas e que a problemática da formação de nível médio contempla, duas se salientam. A primeira delas diz respeito à possibilidade de se formar um profissional-auxiliar. Até que ponto se pode, através de uma educação participativa, formar um profissional que, por definição, se destina a auxiliar e na prática é o executor de prescrições médicas e da assistência de enfermagem com relativa autonomia? Quais

---

\* Colônia: conjunto de bactérias.

serão os limites implícitos de um curso de 1110 horas? A formação que atende a divisão social do trabalho — que se fundamenta, no caso da enfermagem, na perda parcial de autonomia do trabalhador e de um atendimento fragmentado e desqualificado ao paciente — tem limites evidentes na divisão parcelar do trabalho que está encoberta pela divisão técnica. Há, contudo, uma segunda questão, ainda mais abrangente. A formação do nível médio compete a enfermeiros ou outros profissionais de nível superior. Questiona-se, levando em consideração a usual postura dos enfermeiros de gerenciamento do pessoal de enfermagem, se será possível ultrapassar estes limites e ter no enfermeiro um intelectual orgânico da categoria? Em que medida a conflitiva auxiliar x enfermeiro pode ser superada se o prestígio do enfermeiro advém também do negar informações aos auxiliares? Não será a presença do enfermeiro como docente dos auxiliares (e técnicos) uma eterna **presença esterilizante**, uma vez que não permite que esta categoria se "reproduza" a si própria?

Questões como estas demonstram o desafio educacional que significa a formação de nível médio em enfermagem.

À guisa de contribuição, seguem-se algumas recomendações de âmbito genérico que emergem do conjunto do estudo e que dizem respeito a enfermagem como um todo:

— Realizar ao nível do ensino de graduação uma ampla discussão sobre a divisão social e técnica do trabau

lho em enfermagem, bem como sobre as relações de poder que a perpassa;

— Criar e/ou manter instâncias nas entidades de classe, onde se estude permanentemente a problemática da formação de nível médio com a participação de todas as categorias da enfermagem;

— Desenvolver atividades que congreguem os docentes de nível médio em enfermagem para a troca de experiências e avaliação do trabalho que vem sendo realizado;

— Divulgar os resultados obtidos com o estudo entre as escolas de auxiliar e técnico como forma de incentivá-las a desencadear estratégias participantes com vistas ao aprimoramento do corpo docente;

— Informar a comunidade de seus direitos no que tange à assistência de enfermagem, tendo nela uma aliada para a consolidação da profissionalização da categoria;

— Proporcionar seminários e encontros de atualização para os profissionais de nível médio com temas técnicos, culturais e políticos;

— Integrar os representantes da categoria para conduzirem as entidades de classe numa mesma linha de ação e lutar para que as entidades sejam comuns a todos os componentes da enfermagem.

O desafio continua ...

**A N E X O S**

## A N E X O A

### LEIS, DECRETOS E PARECERES REFERENTES À ENFERMAGEM BRASILEIRA

- 1890 — Decreto 791 de 27 de setembro de 1890. "Cria no Hospital Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras" (Rio de Janeiro).
- 1891 — Decreto 1.279 de 10 de janeiro de 1891. "Reorganiza as Faculdades de Medicina dos Estados Unidos do Brasil". Nota: Cria nestas Faculdades cursos de parteiras de 2 anos.
- 1922 — Decreto 15.799 de 10 de novembro de 1922. "Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública".
- 1923 — Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. Regulamentou o Serviço e a Escola de Enfermagem do D.N. S.P.
- 1925 — Decreto 16.782 de 13 de janeiro de 1925. "Estabelece o concurso da União para difusão do ensino primário, organiza o Departamento Nacional de Ensino, reforma o ensino secundário e o superior e dá outras providências". Nota: Suprimiu o curso de parteira e cria o curso de "enfermeiras das ma

ternidades", igualmente anexo às Faculdade de Medicina.

- 1931 — Decreto 20.109 de 15 de junho de 1931 "Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem e instruções relativas ao processo de exame para revalidação de diploma".
- Decreto 20.865 de 28 de dezembro de 1931. "Aprova os regulamentos da Faculdade de Medicina, da Escola Politécnica e da Escola de Minas do Rio de Janeiro". Nota: Autoriza a criação de "curso de enfermagem obstétrica destinado a formação de enfermeiras especializadas".
- 1932 — Decreto 20.931 de 11 de janeiro de 1932. "Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira no Brasil e estabelece penas".
- Decreto 21.128 de 7 de março de 1932. "Isenta provisoriamente, do decreto 20.109 de 15 de junho de 1931, a enfermagem obstétrica". Nota: Este decreto deu "provisoriedade" por mais de 30 anos a enfermagem obstétrica, desobrigando as escolas formadoras de se equipararem à Escola Ana Néri.
- Decreto 21.141 de 10 de março de 1932. "Aprova o regulamento para organização do quadro de enfermeiros do exército". Nota: Isentou às Escolas de Enfermagem do Exército — com curso de 8 meses — e da Cruz Vermelha de equiparação à Escola Ana Néri.
- Decreto 22.257, de 26 de dezembro de 1932. Confe-re às Irmãs de Caridade com a prática de enfermeiras e de farmacêuticas direitos iguais às enfermeiras de Saúde Pública ou práticos de farmácia para o fim de exercerem essas funções em hospitais.

- 1933 — Decreto 10.952 de 7 de junho de 1933. Cria a Escola Carlos Chagas em Minas Gerais.
- 1934 — Decreto 23.774 de 22 de janeiro de 1934. "Torna extensivo aos enfermeiros práticos as regalias concedidas aos farmacêuticos e dentistas práticos quanto ao exercício de suas respectivas funções".
- 1935 — Lei 118 de 18 de novembro de 1935 do Presidente da República. Organiza o Serviço de Enfermagem da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social.
- 1937 — Lei 452 de 8 de julho de 1937. A Escola Ana Néri é integrada como instituição complementar à Universidade do Brasil.
- 1942 — Decreto (?) de 24 de março de 1942. Equipara as Escolas Carlos Chagas, Luíza de Marillac e Escola do Hospital São Paulo à Escola Ana Néri.
- Decreto-Lei 4725 de 22 de setembro de 1942. Reorganiza a Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto Segundo a legislação vigente.
- 1945 — Portaria 593 de 4 de dezembro de 1945. Designa comissão para estudar solução de problemas relativos à formação de parteiras práticas e práticos de enfermagem.
- Decreto-Lei 8345 de 10 de dezembro de 1945. Dispõe sobre habilitação para exercício profissional. Nota: o exercício em enfermagem só será permitido para os inscritos no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.
- Decreto-Lei 8.772 de (dia e mês ?) de 1945. Cria a profissão de auxiliar de enfermagem e altera a de enfermeiro.

- 1946 — Lei 8.778 de 22 de janeiro de 1946. "Regula os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem e Parteiras Práticas". Nota: Embora o Profissional seja, no título da lei, denominado "auxiliar de enfermagem" o certificado que recebia era de "prático de enfermagem".
- Decreto 21.321 de 18 de junho de 1946. Aprova o estatuto da Universidade do Brasil. Nota: A Escola Ana Néri passa a ser um dos estabelecimentos de ensino superior da Universidade.
  - Decreto 27.426 de 14 de novembro de 1946.
- 1948 — Lei 285 de 7 de dezembro de 1948. Cria, na Secretaria de Educação e Cultura da Prefeitura do Distrito Federal o curso prático elementar de enfermagem destinado a ministrar nas escolas secundárias ensino prático de enfermagem e formar a mentalidade da juventude feminina nessa modalidade de assistência social.
- 1949 — Lei 775 de 6 de agosto de 1949. "Dispõe sobre o ensino da enfermagem no País e dá outras providências".
- Decreto 27.426 de 19 de novembro de 1949. "Aprova o Regulamento Básico para os cursos de enfermagem e auxiliar de enfermagem, nos termos do Art. 9 da Lei 775 de 6 de agosto de 1949".
- 1952 — Decreto 31.416 de 9 de setembro de 1952. Declara de utilidade pública a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas, com sede no Distrito Federal.
- 1955 — Lei 2.604 de 17 de setembro de 1955. "Regula o exercício da enfermagem profissional".



- 1956 — Lei 2.995 de 10 de novembro de 1956. "Prorroga o prazo que restringe as exigências para instruir matrícula aos cursos de enfermagem nos termos do parágrafo único do art. 5º da Lei 775 de 6 de agosto de 1949".
- 1957 — Lei 3.160 de 1º de junho de 1957. "Inclui no Serviço de Saúde do Exército no posto de 2º tenente, as enfermeiras que integraram a Força Expedicionária Brasileira, durante as operações de guerra na Itália".
- 1959 — Lei 3.640 de 10 de outubro de 1959. "Revigora o Decreto-lei 8.778 de 22 de janeiro de 1946 e lhe altera o alcance do art. 1º". Nota: Permitiu que o Prático de Enfermagem e Parterria Prática sem exame ou certificado inscrevam-se no Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional, prosseguindo o exercício profissional sem preparo.
- 1960 — Lei 3.780 de (?) de julho de 1960. Lei de Classificação de Cargos. Nota: os enfermeiros são incluídos no nível técnico-científico e os atendentes têm suas funções definidas (pelo DASP), sendo incluídos no grupo ocupacional "Medicina, Odontologia e Farmácia".
- 1961 — Decreto 50.387 de 28 de março de 1961. "Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional". Nota: Regulamenta a Lei 2.604/55.
- 1962 — Portaria nº 84 do Ministério do Trabalho de 27 de março de 1962. Reintegrou os enfermeiros à Confederação Nacional de Profissionais Liberais.

- 1965 — Documenta nº 36, página 97, item 6 de 9 de abril de 1965 do Conselho Federal de Educação. Indica a Diretoria de Ensino Secundário, como órgão adequado para responder pelos cursos de auxiliar de enfermagem.
- + — Portaria 106 de 28 de abril de 1965. Currículo mínimo do curso de auxiliar de enfermagem.
  - + — Portaria 277 de 15 de outubro de 1965. Prevê a autorização, reconhecimento e discação de curso de auxiliar de enfermagem.
  - Parecer 171/66 do Conselho Federal de Educação. Cria o Curso Técnico de Enfermagem.
- 1968 — Lei 5.540 de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média e dá outras providências.
- 1970 — Parecer 75/70 de 30 de janeiro de 1970. "Normas para cursos de auxiliar de enfermagem".
- 1971 — Lei 5.692 de 11 de agosto de 1971. "Fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus e dá outras providências".
- 1972 — Parecer 163/72 de 28 de janeiro de 1972. "Fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de Graduação de Enfermagem e Obstetrícia".
- Resolução nº 4 de 23 de fevereiro de 1972. Anexa ao Parecer 163.
- 1973 — Lei 5.905 de 12 de julho de 1973. "Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências".
- 1976 — Decreto 77.052 de 19 de janeiro de 1976. Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de e

xercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde.

- 1977 — Parecer 3.814/77 do Conselho Federal de Educação. "Dispõe sobre Currículos Mínimos do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem".
- Resolução 07/77 de 18 de abril de 1977. "Institui a habilitação de Técnico de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem ao nível do ensino de 2º grau" (CFE).
- Resolução 08/77 de 18 de abril de 1977. "Institui, em caráter emergencial, a formação do Auxiliar de Enfermagem ao nível do ensino de 1º grau" (CFE).
- 1986 — Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. "Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências".
- Resolução 185/86 de 14 de novembro de 1986. "Fixa normas para organização e o funcionamento de curso supletivo de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem" (CEE/RS).
- 1987 — Decreto 94.406 de 8 de junho de 1987. "Regulamenta a Lei 7.498, de 15 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências".
- 1989 — Edital 08/89 de 31 de julho de 1989. "Divulga o programa para os Exames Supletivos de Qualificação Profissional de 2º Grau na Habilitação de Auxiliar de Enfermagem". (Unidade de Exames Supletivos, Secretaria da Educação do Estado do Rio Grande do Sul).

## ANEXO B

LEGISLAÇÃO REFERENTE À FORMAÇÃO DO  
AUXILIAR DE ENFERMAGEM (DECRETO  
27.426/49, RESOLUÇÃO 08/77 e RESO-  
LUÇÃO 185/86).

## LEGISLAÇÃO

### MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE

#### GABINETE DO MINISTRO

*Regulamento a que se refere o Decreto n.º 27.426, de 14 de novembro de 1949.*

Art. 1.º O "Curso de Enfermagem" tem por finalidade a formação profissional de enfermeiros, mediante ensino em cursos ordinários e de especialização, nos quais serão incluídos os aspectos preventivos e curativos da Enfermagem.

Art. 2.º O "Curso de Auxiliar de Enfermagem" tem por objetivo o adestramento de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa.

Art. 3.º Além dos dois cursos ordinários, podem ser criados outros de pós-graduação, destinados a ampliar conhecimentos especializados de enfermagem ou de administração.

Art. 4.º Compreendidos os trabalhos práticos e os estágios, a duração do curso de enfermagem é de trinta e seis meses: o de auxiliar de enfermagem é de dezoito meses.

#### DO CURSO DE ENFERMAGEM

Art. 5.º No curso de enfermagem será ministrado o ensino de:

##### 1.ª Série:

I — Técnica de enfermagem, compreendendo:

- 1) Economia hospitalar.
  - 2) Drogas e soluções.
  - 3) Ataduras.
  - 4) Higiene individual.
- II — Anatomia e Fisiologia.
- III — Química biológica.
- IV — Microbiologia e Parasitologia.
- V — Psicologia.
- VI — Nutrição e Dietética.
- VII — História da enfermagem
- VIII — Saneamento.
- IX — Patologia geral.
- X — Enfermagem e Clínica Médica.
- XI — Enfermagem e Clínica Cirúrgica.
- XII — Farmacologia e Terapêutica.
- XIII — Dietoterapia.

##### 2.ª série:

- I — Técnica de sala de operações.
- II — Enfermagem e doenças transmissíveis e tropicais.
- III — Enfermagem e Tisiologia.
- IV — Enfermagem e doenças dermatológicas, sifiligráficas e venéreas.
- V — Enfermagem e clínica ortopédica, fisioterápica e massagem.
- VI — Enfermagem e clínica neurológica e psiquiátrica.
- VII — Enfermagem e socorros de urgência.
- VIII Enfermagem e clínica urológica e ginecológica.
- IX — Sociologia.
- X — Ética (ajustamento profissional), I.

##### 3.ª série:

- I — Enfermagem e clínica otorrinolaringológica e oftalmológica.
- II — Enfermagem clínica obstétrica e Puericultura neo-natal.
- III — Enfermagem e clínica pediátrica, compreendendo dietética infantil.
- IV — Enfermagem de saúde pública, compreendendo:
  - 1) Epidemiologia e Bioestatística.
  - 2) Saneamento.
  - 3) Higiene da criança.
  - 4) Princípios de Administração Sanitária.
- V — Ética (ajustamento profissional), II.
- VI — Serviço social.

Art. 6.º O ensino será ministrado em aulas teóricas e práticas, mantendo-se a mais estreita correlação dos assuntos, ficando o candidato sujeito a estágios.

Art. 7.º A prática e os estágios se farão mediante rodízio dos alunos em serviços hospitalares, ambulatórios e unidades sanitárias, abrangendo:

I — Clínica médica geral:

- 1) Dermatologia.
- 2) Sifilografia.
- 3) Doenças venéreas.
- 4) Moléstias transmissíveis e tropicais.
- 5) Neurologia e Psiquiatria.
- 6) Moléstias da nutrição.
- 7) Tuberculose.

II — Clínica cirúrgica geral:

- 1) Sala de operações.
- 2) Ortopedia, fisioterapia.
- 3) Ginecologia.
- 4) Otorrinolaringologia.
- 5) Oftalmologia.

III — Clínica obstétrica e neonatal.

IV — Clínica pediátrica.

V — Cozinha geral dedietética.

VI — Serviços urbanos e rurais de saúde pública.

Art. 25. O curso é desenvolvido em dezoito meses, assegurando-se a cada aluno trinta dias de férias, mediante escala previamente estabelecida pelo diretor.

Art. 26. O aluno de curso de auxiliar é obrigado a quarenta e quatro horas de atividade escolar por semana, incluídos os estágios. Perde o direito de prestar exames aquêles que houver faltado a mais de um terço de aulas de cada disciplina.

Parágrafo único. O aluno que não houver completado os estágios regulamentares será obrigado a compensá-los, para que possa receber o certificado.

Art. 27. De tôdas as disciplinas haverá uma prova parcial e, no fim do curso, provas escritas e orais; quanto à de enfermagem, sera prático-oral.

Art. 28. A nota final, em cada disciplina, será a média aritmética entre a nota da prova parcial e a da prova final.

Parágrafo único. A nota cinco é a mínima de aprovação em cada disciplina, exceto em enfermagem, na qual o aluno será, apenas, considerado habilitado ou inabilitado.

Art. 29. O ensino de enfermagem auxiliar somente poderá ser ministrado por enfermeiro: o lecionamento será feito por contrato, nas escolas fiscalizadas e conforme a lei nas oficiais.

Art. 30. O regime das aulas, das práticas, dos estágios, das transferências dematrículas e dos exames será idêntico ao do curso de enfermagem.

Art. 31. Ao aluno que concluir o curso será conferido o certificado de auxiliar de enfermagem, assinado pelo diretor e pelo secretário quando se tratar de escola federal e, também, pelo inspetor, quando reconhecido o curso.

### DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO

Art. 32. Nos cursos de especialização, ou de pós-graduação, destinados a aprofundar a aprendizagem, será ministrado o ensino de disciplinas do currículo, adicionadas de matérias acessórias.

Parágrafo único. A programação desses cursos, destinados exclusivamente, a diplomados, deverá variar, conforme o seu objetivo, para melhor atender às necessidades da prática.

Art. 33. Os cursos de especialização em Saúde Pública deverão realizar-se em estreita cooperação com os órgãos sanitários, federais e estaduais, quer na parte teórica, quer na parte prática, obrigatório o estágio em serviços ativos.

Art. 34. Nos cursos especializados em administração será devidamente estudada a legislação federal referente ao exercício da profissão e bem assim a do ensino de enfermagem.

Art. 35. Os cursos de especialização serão realizados nas escolas federais ou reconhecidas que funcionarem em cidades onde houver Faculdade de Medicina.

Parágrafo único. Compete à direção da escola fixar as condições para matrícula nesses cursos não sendo permitido transferência.

### DAS MATRÍCULAS

Art. 36 Para a matrícula inicial, em qualquer dos dois cursos ordinários, é obrigatório a apresentação de:

I — Certidão de registro civil que prove a idade mínima de dezesseis anos e a máxima de trinta e oito.

II — Atestado de sanidade física e mental.

III — Atestado de vacina e

IV — Atestado de idoneidade moral.

§ 1.º — No curso de enfermagem é exigida a prova de conclusão do curso secundário;

§ 2.º — No curso de auxiliar de enfermagem, exigir-se-á um dos seguintes certificados:

1 — De conclusão de curso primário oficial ou reconhecido.

2 — De exame de admissão à primeira série ginásial, de curso oficial ou reconhecido.

3 — De exame de admissão ao curso, prestado ante a banca examinadora da própria escola e que o candidato pretender ingressar, constando de provas escritas e orais, sobre noções de português, aritmética, geografia e História do Brasil. Considerar-se-á habilitado aquêles que obtiver, no mínimo, nota três, em cada prova, e média igual ou superior a cinco, no conjunto.

Art. 37. Sempre que o número de candidatos à matrícula, em cada curso, exceder o limite fixado para a primeira série, serão todos submetidos a concurso de habilitação, que se realizará na forma do disposto no artigo 1.º da Lei n.º 20, de 30 de novembro de 1948.

Art. 38. O concurso de habilitação e os exames de admissão para matrícula na primeira série serão válidos somente no ano e perante a escola em que forem prestados.

### DA TRANSFERÊNCIA

Art. 39. A transferência de alunos, de uma para outra escola, sob a jurisdição do Ministério da Educação e Saúde, se processa no período de matrículas, ressalvadas as exceções de lei e observadas as condições:

I — Apresentação de guia de transferência da escola de origem e de carteira de identidade.

II — Histórico escolar minucioso, compreendendo, por transcrição: 1) resultado de cada prova dêste; 2) discriminação de tôdas as disciplinas teóricas cursadas, seu número de horas e notas; 3) clínicas e serviços em que estagiou, número de dias e aproveitamento;

III — Atestado de conduta, firmado pela diretoria da escola de origem;

IV — Prova de que o aluno vai cursar, pelo menos doze meses a escola a que se destina;

V — Existência de vaga e decisão favorável.

Parágrafo único — A administração da escola a que se destina o candidato poderá mandar submetê-lo a exame de saúde, bem como efetuar indagação quanto à conduta do mesmo, para ulterior deliberação.

Art. 55. O reconhecimento somente poderá ser concedido se todas as exigências constantes da Lei e deste Regulamento houverem sido observadas.

Parágrafo único. Quando o aconselharem razões de natureza didática u de interesse público, o Conselho Nacional de Educação poderá propor se a prorrogada a autorização, por um ano letivo, cabendo-lhe ainda, na forma a Lei, decidir sobre a transferência de alunos, regularmente matriculados, quando negado o reconhecimento do curso.

Art. 56. Não se concederá autorização de funcionamento nem reconhecimento de curso, quando a entidade de caráter privado não provar que constituída sob forma de fundação ou não estiver consignado que todas as usas rendas e doações serão utilizadas, exclusivamente, em benefício do ensino.

Art. 57. A concessão do reconhecimento de curso far-se-á mediante decreto do Presidente da República, dependendo de prévio parecer do Conselho Nacional de Educação.

Art. 58. Se, depois de concedida a autorização, se verificar que o curso deixou de atender a uma ou mais das exigências legais ou regulamentares, será a mesma cassada, mediante proposta da Diretoria do Ensino Superior.

Art. 59. Se, depois de concedido o reconhecimento, se verificar que o curso deixou de atender a uma ou mais das exigências legais ou regulamentares, será o mesmo cassado, mediante proposta do Conselho Nacional de Educação.

Art. 60. Faz-se cassar a autorização de funcionamento, por portaria do Ministro da Educação e Saúde e o reconhecimento, por decreto do Presidente da República.

Art. 61. O curso que estiver compreendido nas disposições dos artigos 58 e 59 deixará imediatamente de funcionar ficando a entidade mantedora obrigada a recolher, sem perda de tempo, sob as penas da lei, o arquivo escolar ao Ministério da Educação e Saúde. O Conselho Nacional de Educação, deliberará sobre a transferência dos alunos.

Art. 6. O estabelecimento em que funcionar curso de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem não reconhecido não poderá expedir diploma ou certificado de habilitação de qualquer natureza.

Parágrafo único. Se, o estabelecimento de que trata este artigo houver funcionado com autorização, nos termos da lei, poderá, uma vez reconhecido, expedir aos alunos que antes hajam concluído regularmente o curso, os competentes diplomas ou certificados, se o contrário não fôr determinado no parecer de reconhecimento.

Art. 63. Os estabelecimentos que mantêm cursos de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem, autorizados ou reconhecidos, serão fiscalizados na forma da lei.

Parágrafo único. A fiscalização será exercida pela Diretoria do Ensino Superior, até criação e instalação de órgão próprio.

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 64. A admissão, os direitos e deveres dos professores, instrutores, assistentes e monitores constarão no regimento de cada escola.

Art. 65. É obrigatória a frequência às aulas teóricas e práticas e aos estágios, não podendo ser aprovado na série o aluno que, embora satisfeitas as demais condições, haja faltado a mais de um terço de qualquer das aulas ou dos estágios.

Parágrafo único. Em hipótese alguma será concedida redução ou dispensa de aula, de prática ou de estágio, devendo este ser compensado.

Art. 66. É obrigatório o uso de uniforme durante os trabalhos escolares.

Art. 67. Os alunos do sexo masculino, de qualquer dos cursos, poderão ser dispensados dos estágios nas clínicas obstétrica e pediátrica.

Art. 68. Não se admitem alunos ouvintes em qualquer dos cursos.

Art. 69. Aos alunos é vedado prestar serviços de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem a particulares, bem como doar sangue ou prestar-se a exames experimentais.

Art. 70. As escolas que apenas mantiverem curso de auxiliar de enfermagem serão obrigadas a adotar esta designação no seu nome.

#### DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 71. Até o ano letivo de 1956, a exigência do parágrafo primeiro do artigo 36 poderá ser substituída por uma das provas seguintes.

1 — certificado de conclusão de curso ginásial.

2 — certificado de curso comercial.

3 — diploma ou certificado de conclusão de curso normal.

Art. 72. Os atuais cursos federais de enfermagem e de auxiliar de enfermagem deverão adaptar seus regulamentos e regimentos à Lei n.º 775, de 6 de agosto de 1949, e às normas básicas do presente regulamento.

Art. 73. Os atuais cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem, equiparados, que passarem à categoria de reconhecidos e os já reconhecidos são obrigados a elaborar novos regimentos, adaptando-os aos termos da Lei n.º 775, de 6 de agosto de 1949 e às normas básicas deste regulamento, submetendo-os, dentro de noventa dias à Diretoria do Ensino Superior, para oportuna apreciação do Conselho Nacional de Educação e decisão do Ministro da Educação e Saúde.

Rio de Janeiro, 14 de novembro de 1949. — *Clemente Mariani*.

Escola de Enfermagem de Porto A  
BIBLIOTECA

**RESOLUÇÃO CFE N.º 7, DE 18 DE ABRIL DE 1977**

**Institui a habilitação de Técnico de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem ao nível do ensino de 2.º grau.**

O Presidente do Conselho Federal de Educação, no uso de suas atribuições, atendendo principalmente o que dispõe a Lei n.º 5.692/71, no seu artigo 4.º, § 3.º, e tendo em vista os termos do Parecer n.º 3.814/76-CFE, **Resolve:**

**Artigo 1.º** — Passam a fazer parte integrante e da relação constante do Anexo n.º 2 do Parecer n.º 45 72, as habilitações de Técnico e de Auxiliar de Enfermagem, ao nível do ensino de 2.º grau, que terão validade nacional.

**Artigo 2.º** — Os estudos correspondentes à habilitação de Técnico de Enfermagem somarão 2760 horas de duração mínima, assim distribuídas:

- a) 1100 horas reservadas à parte de educação geral incluídas as matérias indicadas no art. 7.º);
- b) 1660 horas destinadas à parte de formação especial, das quais 600, no mínimo, ao Estágio Supervisionado.

**Artigo 3.º** — Os estudos correspondentes à habilitação de Auxiliar de Enfermagem terão a duração mínima de 2200 horas, assim distribuídas:

- a) 1090 horas para a parte de educação geral;
- b) 1110 horas para a de formação especial, das quais 400, no mínimo, destinar-se-ão ao Estágio Supervisionado.

**Artigo 4.º** — As habilitações de Técnico em Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem poderão ser obtidas em cursos regulares, com três anos de duração, ou pela via de ensino supletivo, através de cursos ou exames, ou mediante a combinação de uma e outra fórmulas.

**Parágrafo único** — Aos Sistemas Estaduais de Ensino caberá regulamentar o funcionamento dos cursos e exames acima referidos, estabelecendo normas que disciplinem o assunto no âmbito das respectivas jurisdições.

**Artigo 5.º** — As matérias da parte de formação especial, para a habilitação em Técnico de Enfermagem, serão as seguintes:

**A — Mínimo de Matérias Profissionalizantes**

- a) Introdução à Enfermagem
- b) Noções de Administração de Unidades de Enfermagem
- c) Enfermagem Médica
- d) Enfermagem Cirúrgica
- e) Enfermagem Materno-Infantil
- f) Enfermagem Neuropsiquiátrica
- g) Enfermagem em Saúde Pública
- h) Psicologia Aplicada e Ética Profissional.

**B — Disciplinas Instrumentais (cujo estudo constitui pré-requisito para o das propriamente profissionalizantes):**

- a) Higiene e Profilaxia
- b) Estudos Regionais
- c) Anatomia e Fisiologia Humanas
- d) Microbiologia e Parasitologia
- e) Nutrição e Dietética

**Artigo 6.º** — As matérias da parte de formação especial, para a habilitação parcial em Auxiliar de Enfermagem, serão retiradas do rol constante do artigo 5.º (A e B), atendidos os interesses profissionais dos alunos e as exigências do mercado de trabalho.

**Artigo 7.º** — Será condição indispensável, para a realização dos estudos que levem às habilitações de técnico e de Auxiliar de Enfermagem, a comprovação da possibilidade do desenvolvimento das matérias específicas da parte de formação especial do currículo em unidades hospitalares.



Artigo 8.º — Os estudos pertinentes à habilitação de Técnico em Enfermagem visam a formar profissionais capazes de:

- 1 — participar no planejamento e prestar cuidados integrais de enfermagem ao indivíduo na saúde e na doença;
- 2 — participar da equipe de saúde;
- 3 — chefiar unidades de enfermagem que não sejam centro de ensino, sob supervisão do enfermeiro;
- 4 — prosseguir no seu desenvolvimento integral como pessoa humana.

Artigo 9.º — Os estudos pertinentes à habilitação de Auxiliar de Enfermagem visam a formar profissionais capazes de:

- 1 — participar da equipe de saúde;
- 2 — observar, reconhecer e descrever sintomas e prestar cuidados de higiene, conforto e tratamento simples, sob a supervisão do enfermeiro ou do técnico;
- 3 — prosseguir no seu desenvolvimento integral como pessoa humana.

Artigo 10 — A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União, ficando revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, 18 de abril de 1977.

Pe. José Vieira de Vasconcellos

Presidente.

NOTAS: A Lei n.º 5.692/71 encontra-se à pág. 403 do vol. 1.  
O Parecer CFE n.º 3.814/76 encontra-se à pág. 184 do vol. 6.  
O Parecer CFE n.º 45/72 encontra-se à pág. 193 deste volume.

#### RESOLUÇÃO CFE N.º 8, DE 18 DE ABRIL DE 1977

**Institui, em caráter emergencial, a formação do Auxiliar de Enfermagem ao nível do ensino de 1.º grau**

O Presidente do Conselho Federal de Educação, no uso de suas atribuições, atendendo ao que dispõem o art. 72 da Lei n.º 5.692/71 e o Parecer n.º 2.713/74-CFE,

**Resolve:**

Artigo 1.º — A formação do Auxiliar de Enfermagem pode ser feita a título transitório emergencial, em face das condições sócio-econômicas regionais ou locais e para atender às exigências do mercado de trabalho, ao nível do 1.º grau.

Artigo 2.º — Essa formação deverá utilizar-se das fórmulas e soluções oferecidas, seja pelo ensino regular, seja pelo supletivo, seja por ambos, conjugadamente.

Artigo 3.º — Obedecidas, no que couber, as normas fixadas pelos Pareceres 2.713/74 e 3.814/76, e o currículo mínimo indicado na Resolução n.º 7/77-CFE, incumbirá aos sistemas estaduais de ensino regulamentar o funcionamento dos cursos de Auxiliar de Enfermagem ao nível de 1.º grau e supervisioná-los.

Parágrafo único — Os sistemas locais deverão promover o cadastramento dos diplomados pelos cursos de que trata a presente Resolução, de forma a poderem registrar-se nos conselhos regionais de Enfermagem, na forma da lei.

Artigo 4.º — A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União, ficando revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, 18 de abril de 1977.

Pe. José Vieira de Vasconcellos, Presidente.

NOTAS: A Lei n.º 5.692/71 encontra-se à pág. 403 do vol. 1.  
O Parecer CFE n.º 2.713/74 encontra-se à pág. 185 do vol. 5.  
O Parecer CFE n.º 3.814/76 encontra-se à pág. 184 do vol. 6.  
A Resolução CFE n.º 7/77 encontra-se à pág. 24 deste volume.

RESOLUÇÃO Nº 185, de 14 de novembro de 1986.

*Fixa normas para a organização e o funcionamento de cursos supletivos de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem.*

O CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL, considerando o que estabelecem o parágrafo único do artigo 24, e o parágrafo 1º do artigo 25 da Lei federal nº 5.692, de 11 de agosto de 1971,

R E S O L V E:

Art. 1º - Poderão ser autorizados a funcionar, pelo prazo de cinco anos, cursos supletivos de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem, ao nível do ensino de 2º grau.

Art. 2º - O curso supletivo de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem visa a formar profissionais capazes de:

- a) participar da equipe de saúde;
- b) observar, reconhecer e descrever sintomas e prestar cuidados de higiene, conforto e tratamento simples, sob a supervisão do enfermeiro e do técnico;
- c) prosseguir no seu desenvolvimento integral como pessoa humana.

Art. 3º - O currículo mínimo do curso será constituído por disciplinas profissionalizantes e disciplinas instrumentais.

§ 1º - Entre as disciplinas profissionalizantes deverão ser incluídas, obrigatoriamente:

- a) Introdução à Enfermagem
- b) Psicologia Aplicada e Ética Profissional
- c) Enfermagem Médica

§ 2º - Atendidos os interesses profissionais dos alunos e as exigências do mercado de trabalho, deverá ser acrescentada, pelo menos, uma disciplina profissionalizante, selecionada dentre as constantes da relação que segue:

- a) Enfermagem Cirúrgica
- b) Enfermagem Materno-Infantil
- c) Enfermagem Neuropsiquiátrica
- d) Enfermagem em Saúde Pública

Resolução nº 185/86 - p.2

§ 3º - Como pré-requisito para o estudo das disciplinas profissionalizantes, constarão, obrigatoriamente, as seguintes disciplinas instrumentais:

- a) Higiene e Profilaxia
- b) Anatomia e Fisiologia Humanas

§ 4º - A essas disciplinas poderão ser acrescentadas outras, escolhidas dentre as seguintes:

- a) Estudos Regionais
- b) Microbiologia e Parasitologia
- c) Nutrição e Dietética

§ 5º - No desenvolvimento do currículo, observar-se-á o que consta em ato específico deste Conselho sobre preparação para o trabalho.

Art. 4º - A duração mínima dos estudos teórico-práticos relacionados no artigo anterior será de 710 horas, acrescidas de, no mínimo, 400 horas destinadas ao Estágio Supervisionado.

Art. 5º - Além das disciplinas do currículo mínimo, poderão ser incluídas outras, destinadas a atender peculiaridades locais ou necessidades específicas dos alunos, cuja carga horária será computada além das 1.110 horas mínimas obrigatórias.

Art. 6º - Os cursos deverão funcionar estreitamente ligados a instituições hospitalares e/ou de saúde pública.

Parágrafo único - As responsabilidades mútuas serão definidas em convênio específico, tanto no que se refere ao desenvolvimento prático das matérias do currículo, quanto no que tange ao Estágio Supervisionado.

Art. 7º - Os cursos poderão ser autorizados a funcionar em estabelecimentos de ensino ou em outras instituições, após parecer favorável deste Conselho.

§ 1º - Os cursos somente entrarão em funcionamento após a emissão da respectiva portaria de autorização pela Secretaria da Educação e Cultura.

§ 2º - Para fins de conhecimento público, em todos os papéis oficiais, letreiros ou placas nominativas que mencionem curso supletivo regido por esta Resolução, deverão constar o número e a data da portaria que autorizou o seu funcionamento.

Art. 8º - Para ingressar nos cursos organizados segundo esta Resolução, o candidato deverá comprovar:

- a) idade mínima de 17 anos;
- b) conclusão do ensino de 1º grau, no mínimo.

Resolução nº 185/86 - p.3

Art. 9º - Para a matrícula e para a organização das turmas, deverão ser estabelecidos critérios classificatórios.

Art. 10 - O aproveitamento de estudos realizados por via regular ou supletiva atenderá ao disposto em ato específico deste Conselho.

Art. 11 - O estabelecimento de ensino ou a instituição autorizada a oferecer o curso de que trata esta Resolução expedirá certificado de conclusão de curso supletivo de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 12 - Do expediente relativo ao pedido de autorização para o funcionamento dos cursos constarão:

I - solicitação, formalizada pelo representante legal da entidade mantenedora;

II - documentação relativa à entidade mantenedora;

III - cópia da ata da reunião do órgão próprio da mantenedora que autorizou a instalação do curso;

IV - modalidades de cobrança e quantitativos exigidos dos alunos a qualquer título;

V - remuneração do corpo docente, do corpo técnico e do corpo administrativo;

VI - prova de direito ao uso para a finalidade em vista, se o prédio não for próprio;

VII - comprovação dos recursos físicos, incluindo os didáticos, que assegurem o bom funcionamento do curso;

VIII - convênio em que fique definida a interligação com unidade hospitalar e/ou de saúde pública;

IX - indicação do corpo técnico-administrativo, técnico-pedagógico e do corpo docente, com os comprovantes para o exercício das respectivas funções;

X - forma de preparação dos recursos humanos que irão atuar no curso;

XI - plano de curso, entendido como a estrutura técnico-pedagógica que será utilizada, constando de:

a) caracterização da clientela e do mercado de trabalho;

b) objetivos;

c) estrutura do curso;

d) base curricular (componentes, relacionamento, sequência e carga horária);

Resolução nº 185/86 - p.4

e) critérios de seleção dos candidatos, incluindo a verificação do preenchimento de condições específicas para o exercício da profissão;

f) constituição e organização das turmas, com fixação de número máximo de alunos por turma e, no Estágio Supervisionado, por professor-supervisor;

g) sistema de avaliação, incluindo as modalidades de recuperação;

h) formas de aproveitamento de estudos;

i) descrição do Estágio Supervisionado, incluindo orientação, acompanhamento e avaliação;

j) outros elementos considerados importantes para o funcionamento do curso.

Art. 13 - Requerida a autorização para funcionamento, providenciará a Secretaria da Educação e Cultura em que seja feita, por comissão constituída de pelo menos um perito na área de Enfermagem, verificação das condições de adequação de dependências, instalações, equipamentos e recursos didáticos para o ensino em questão, do que será apresentado relatório circunstanciado e parecer conclusivo.

Art. 14 - Os pedidos de autorização ou de renovação de autorização para funcionamento de cursos regidos por esta Resolução deverão dar entrada no Conselho Estadual de Educação, no mínimo, 120 dias antes da data prevista para o início do seu funcionamento.

Parágrafo único - No exame dos pedidos de renovação de autorização para funcionamento, serão consideradas as condições previstas no artigo 13, acrescidas de indicadores de desempenho do curso.

Art. 15 - Os cursos já autorizados a funcionar poderão continuar a receber alunos, em conformidade com os planos aprovados, até o ano de 1987, inclusive.

Parágrafo único - Os cursos de que trata o *caput* deverão, até 31 de agosto de 1987, encaminhar ao Conselho Estadual de Educação pedido de renovação de autorização para funcionamento, nos termos da presente Resolução.

Art. 16 - O prazo de que trata o Art. 1º da presente Resolução passa a contar da data de expedição da portaria de autorização ou de renovação de autorização para funcionamento.

Art. 17 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente as Resoluções CEE nºs 107, de 11 de janeiro de 1974, e 140, de 22 de dezembro de 1978.

## J U S T I F I C A T I V A

O Conselho Estadual de Educação, através da Resolução nº 107, de 11 de janeiro de 1974, estabeleceu normas para o fun nam ento de cursos supletivos de qualificação profissional de Au li ar de Enfermagem.

Pela Resolução nº 7, de 18 de abril de 1978, o Conselho Federal de Educação estabeleceu novo currículo mínimo para a habilitação de Técnico em Enfermagem, instituindo-a, também, em nível de auxiliar. Em consequência, através da Resolução CEE nº 140, de 22 de dezembro de 1978, este Conselho adaptou as normas em vigor sistema às alterações introduzidas por aquele ato.

Evidencia-se, agora, a necessidade de atualizar as normas estabelecidas, visando a uma adequação maior à realidade existente e à flexibilidade que deve ser inerente ao ensino supletivo.

Os cursos deverão responder a necessidades concretas, entando, não só para o atingimento dos objetivos fixados no artigo 2º, mas também para as peculiaridades do mercado de trabalho. Portanto, faz-se necessária a caracterização da clientela e do mercado de trabalho existente, sem o que não se estará atuando junto à realidade.

Considerando que os cursos receberão alunos dos mais diferentes níveis e situações, há necessidade de serem estabelecidos critérios de seleção de candidatos, para que sejam asseguradas determinadas condições básicas necessárias para o exercício da profissão, bem como possibilite a organização das turmas da maneira mais homogênea possível. Nesta seleção, levar-se-ão em conta fatores como, por exemplo, estudos realizados, condições de saúde, idade, experiência anterior, habilidades e aptidões, expectativas com a realização do curso, etc.

O currículo mínimo estabelecido atende a supracitada Resolução do Conselho Federal de Educação. É importante lembrar que este currículo poderá ser enriquecido com outras disciplinas que ampliem a compreensão da realidade regional na área da saúde e supramênças evidenciadas através da caracterização da clientela.

Dilatou-se para 120 dias antes da data prevista para o

ício do funcionamento do curso o prazo para a entrega dos pedidos Conselho Estadual de Educação. Em relação a esse dispositivo, é necessário que os responsáveis pelos cursos atentem para os inconvenientes que trazem para a sua administração prazos muito exíguos, dificultando inclusive a adequada divulgação do curso, que só poderá correr após a emissão da respectiva portaria de autorização. De outra parte, cumpre alertar para o fato de que, antes de dar entrada no Conselho, o processo há de tramitar em outros órgãos da administração do sistema, cumprindo ultimá-lo com precavida antecedência.

Foi estabelecido o prazo de 5 anos como período adequado para se proceder a uma avaliação significativa de cada curso autorizado. A renovação do pedido de autorização, nos termos do artigo 14, ensejará a este Conselho examinar as condições de funcionamento, inclusive através de indicadores de desempenho, que permitam verificar a qualidade do ensino oferecido.

Faz-se acompanhar a Resolução do anexo ao Parecer CEE nº 274/83, que trata das Entidades Mantenedoras, e de uma relação de atos normativos, visando a facilitar a montagem do expediente de solicitação de autorização de funcionamento, bem como a compatibilização dos procedimentos adotados durante o desenvolvimento do curso às normas em vigor.

Em 12 de novembro de 1986.

*Dorival Adair Fleck* - relator

*Claudio Galli*

*Gilda Catarina Câmara Rocha*

Aprovada, por unanimidade, pelo Plenário em sessão de 14 de novembro de 1986.

*Roberto Guilherme Seide*  
Presidente





OS NORMATIVOS DE INTERESSE PARA PLANEJAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO  
CURSOS SUPLETIVOS DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DE AUXILIAR DE EN-  
FERMAGEM.

. Lei federal nº 5.692, de 11 de agosto de 1971, com as  
alterações introduzidas pela Lei federal nº 7.044, de 18 de outubro  
de 1982.

- . Resolução CFE nº 07/77 - (TÉCNICO DE ENFERMAGEM E AU-  
(Documenta 197:191) XILIAIR DE ENFERMAGEM)
- . Parecer CFE nº 3.814/76- (TÉCNICO DE ENFERMAGEM E AU-  
(Documenta 192:17) XILIAIR DE ENFERMAGEM)
- . Parecer CEE nº 282/76 - (ENTIDADES MANTENEDORAS)  
(Documentário 33:229)
- . Parecer CEE nº 274/83 - (ENTIDADES MANTENEDORAS)  
(Documentário 71:120)
- . Resolução CEE nº 101/73 - (FREQUÊNCIA MÍNIMA)  
(Documentário 21:16)
- . Parecer CEE nº 420/85 - (APROVEITAMENTO DE ESTUDOS E  
(Documentário 96:161) TRANSFERÊNCIAS)
- . Indicação CEE nº 33/80 - (BIBLIOTECAS ESCOLARES)  
(Documentário 45:19)
- . Resolução CEE nº 128/77 - (SECRETÁRIO DE ESCOLA)  
(Documentário 36:50)
- . Parecer CEE nº 208/77 - (SECRETÁRIO DE ESCOLA)  
(Documentário 36:51)
- . Parecer CEE nº 231/82 - (AVALIAÇÃO - RECUPERAÇÃO)  
(Documentário 59:196)
- . Parecer CEE nº 440/86 - (PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO  
NO ENSINO SUPLETIVO)

## ANEXO C

DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO EM ENFERMAGEM: INÚMERAS CATEGORIAS, PREDOMÍNIO DA MÃO-DE-OBRA MAIS BARATA E SOBRECARGA DE TRABALHO PELA RELAÇÃO NECESSIDADES X VAGAS

1 — Distribuição do pessoal de enfermagem segundo categoria no país há 33 anos (1957).

Categorias	Números Absolutos	%
Enfermeiros (*)	2.718	7,6
Auxiliares de Enfermagem	1.928	5,4
Enfermeiros Práticos e Práticos de Enfermagem	4.533	12,7
Parteiras	831	2,3
Parteiras Práticas	443	1,2
Atendentes	25.337	70,8
Total	35.790	100,0

2 — Quadro comparativo entre o número de enfermeiros e de pessoal auxiliar existente nos hospitais e as necessidades estimadas para todo o país em 1957.

	Pessoal Existente	Estimativa da necessidade	Déficit	Vagas com disponibilidade financeira
Enfermeiros, parteiras e enfermeiras obstétricas	3.549	7.819	4.270	500
Pessoal Auxiliar	32.241	106.704	74.463	2.058
T o t a l	35.790	114.523	78.733	2.558

Fonte: Pinheiro, 1962, p.452-3.

## ANEXO D

DA PREDOMINÂNCIA DE ESCOLAS DE FORMAÇÃO DO PESSOAL  
DE NÍVEL MÉDIO EM ENFERMAGEM NAS CAPITALS BRASILEI  
RAS.

1 — Escolas de formação de auxiliar e técnico de enfermagem no Bra  
sil em 1967

ESTADO	LOCALIZAÇÃO	CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM	CURSO DE ATENDENTE DE ENFERMAGEM
Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo e Mato Grosso	capital	1	0
Bahia	capital	1	0
	interior	1	0
Rio de Janeiro	capital	1	0
	interior	1	0
Santa Catarina	capital	1	0
	interior	1	0
Pernambuco	capital	2	1
	interior	0	0
Minas Gerais	capital	3	0
	interior	1	0
Goias	capital	1	1
	interior	2	0
Paraná	capital	2	1
	interior	1	0
Guanabara	capital	6	2
	interior	-	-
Rio Grande do Sul	capital	6	0
	interior	3	0
São Paulo	capital	11	1
	interior	7	0
TOTAL	capital	15	6
	interior	17	0
TOTAL GERAL		62	6

\* Elaborado a partir de dados obtidos em Paixão, W. (1969, anexos).

## ANEXO E

### DISTRIBUIÇÃO DE ESCOLAS DE AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

1 — Distribuição de escolas por estado, localização e tipo de ensino\*

Estado	Localização	Curso de auxiliar de enfermagem	Curso de técnico de enfermagem
Acre	capital	-	1
	interior	-	0
Alagoas	capital	1	0
	interior	0	1
Amapá	capital	-	1
	interior	-	0
Amazonas	capital	3	-
	interior	0	-
Bahia	capital	10	2
	interior	10	6
Ceará	capital	4	4
	interior	2	0
Distrito Federal		2	0
Espírito Santo	capital	2	1
	interior	0	0

Fonte: elaborado a partir de listagens do COFEN que variam entre 1985-89.

\* Dados aproximados.

Estado	Localização	Curso de auxiliar de enfermagem	Curso de técnico de enfermagem
Goiás	capital	6	3
	interior	3	3
Maranhão	capital	5	8
	interior	5	7
Mato Grosso	capital	3	2
	interior	8	4
Minas Gerais	capital	14	6
	interior	20	34
Pará	capital	4	2
	interior	0	0
Paraíba	capital	1	3
	interior	2	4
Paraná	capital	4	2
	interior	9	2
Pernambuco	capital	14	7
	interior	5	2
Piauí	capital	1	2
	interior	0	1
Rio de Janeiro	capital	37	40
	interior	28	49
Rio Grande do Norte	capital	4	2
	interior	1	1
Rio Grande do Sul	capital	8	1
	interior	21	6
Santa Catarina	capital	1	1
	interior	15	10
São Paulo	capital	23	12
	interior	53	62

Estado	Localização	Curso de auxiliar de enfermagem	Curso de técnico de enfermagem
Sergipe	capital	2	1
	interior	0	0
T o t a l	capital	149	101
	interior	182	192
Total Geral		331	293

## ANEXO F

BASE CURRICULAR DO CURSO SUPLETIVO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO CEDEN CENTRO EDUCACIONAL DE ENFERMAGEM



Base Curricular

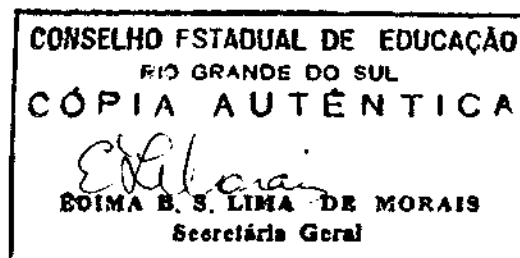
	Disciplinas de acordo com a Resolução 185/86 CEE	Carga Horária		
		T	TP	Total
Módulo I	- Anatomia e Fisiologia Humanas	10	30	40
	- Higiene e Profilaxia	10	30	40
	- Introdução à Enfermagem	20	60	80
	- Enfermagem em Saúde Pública	30	60	90
	Total Parcial	70	180	250
Módulo II	- Enfermagem Médica	30	95	125
	- Enfermagem Cirúrgica	30	95	125
	Total Parcial	60	190	250
Módulo III	- Psicologia Aplicada e Ética Profissional	30	60	90
	- Enfermagem Materno-Infantil	30	130	160
	Total Parcial	60	190	250
	Total	190	560	750
	Estágio Supervisionado			420
	Total Geral			1170

## Legenda:

- T - horas-aula teóricas  
TP - horas-aula teórico-práticas

## Observação:

A Preparação para o Trabalho será desenvolvida conforme o Parecer nº 440/86 do Conselho Estadual de Educação.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Cecília e ROCHA, Juan Stuardo. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.

ANDRADE, Carlos Drummond de. *Seleção em prosa e verso*. 3. ed. Rio de Janeiro; José Olympio, 1974.

APPLE, Michael. *Ideologia e currículo*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

\_\_\_\_\_. "É impossível entender a escola sem uma teoria da divisão sexual do Trabalho...". *Educação & realidade*, Porto Alegre, v.11, n.2, p.57-68, jul./dez. 1986.

\_\_\_\_\_. *Educação e poder*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Curso técnico de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.XIX, n.2/3, p.165-168, abr./jun. 1966.

\_\_\_\_\_. Editorial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.XIX, n.2/3, abr./jun. 1966.

BARTON, W.L. Alma-Ata: marco de uma nova era em saúde. *A saúde do mundo - OMS*, p.10-15, jul. 1979.

- \* BERLINCK, Corina. Cursos para auxiliares de enfermagem. *Anais de Enfermagem*, São Paulo, v.XVI, n.22, p.50-51, jan./mar. 1947.
- BERNARDES, Antonieta. Função da enfermeira religiosa na atualidade brasileira. *Anais de Enfermagem*, São Paulo, v. V, n.1, p.104-111, jan. 1952.
- BORDENAVE, Juan. *O que é participação*. 5.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- BORGES, Maria Valderez. Relatório da comissão especial de estudo da situação do atendente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.XIX, n.5/6, p.620-636, out./dez. 1966.
- BOWLES, Samuel e GINTIS, Herbert. *La instrucción escolar en la américa capitalista*. 3.ed. México: Siglo XXI, 1986.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório de avaliação do projeto-formação de auxiliar de enfermagem*. Rio de Janeiro: [s.n], 1974.
- \_\_\_\_\_. *Guia para curso supletivo de auxiliar de enfermagem*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1975.
- CANDAU, M.G. O problema da enfermagem no Brasil. *Anais de Enfermagem*, São Paulo, v.I, n.4, out. 1948.
- CARRICONDE, Celerino. O trabalho em medicina comunitária. In: *Saúde da comunidade: um desafio*. São Paulo: Paulinas, 1984.
- CHAUF, Marilena. *O que é ideologia*. 17.ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM E ABEN - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Força de trabalho em enfermagem*. Rio de Janeiro: [s.n], 1985.

COSTA, Nilson. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. *Cadernos do CEDES*, São Paulo, n.4, p.5-27, 1987. 3. reimpressão.

CURY, Carlos R.J. *Educação e contradição*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1986.

DOMINGUES, José. Interesses humanos e paradigmas curriculares. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Brasília, v.67, n.156, p.351-366, mai./ago. 1986.

DOURADO, Haydée. *Resenha histórica da enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro: Depto. Nacional de Saúde, 1950.

\_\_\_\_\_. Legislação para o controle do exercício da enfermagem. *Anais de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.VII, n.2, p.154-175, 1950.

DURAND, José. *Educação e hegemonia de classe*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

ENGUITA, Mariano F. *Trabajo, escuela e ideología*. Madrid: Akal/Universitária, 1985.

\_\_\_\_\_. Tecnologia e sociedade: A ideologia da racionalidade de técnica, a organização do trabalho e a educação. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v.13, n.1, p.39-52, 1988.

\_\_\_\_\_. *A face oculta da escola*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 7.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREIRE, Paulo. *Conscientización y liberación* — Documento nº 1. Argentina: Axis, 1975. Instituto de Acción Cultural (Genebra).

\_\_\_\_\_. *Conscientização*. 3.ed. São Paulo: Moraes, 1980.

\_\_\_\_\_. *Educação e mudança*. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981a.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia do oprimido*. 9.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FRIGOTTO, Gaudêncio. *A produtividade da escola improduti-  
va*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

GADOTTI, Moacir. *Educação e compromisso*. Campinas: Papi-  
rus, 1985.

GASTALDO, Denise e MEYER, Dagmar. *A formação da enfermei-  
ra: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento*. Por-  
to Alegre, 1989. mimeo. 29p.

GASTALDO, Denise e Oscar, Maria Francisca. *Um estudo so-  
bre a realidade da formação do auxiliar e do técnico de  
enfermagem no RS e a atuação da Comissão de Educação da  
Associação Brasileira de Enfermagem — Seção RS*. Porto  
Alegre, 1990. mimeo. 31p.

GENZ, Gessy. *Currículo integrado desenvolvido pelo método  
instrucional para qualificação profissional do auxiliar  
de enfermagem*. Rio de Janeiro, UERJ, 1987. Tese de li-  
vre-docência.

GERMANO, Raimunda. *Educação e ideologia da enfermagem no  
Brasil*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1985.

- GINTIS, Herbert. *Educación, tecnología y características de la productividad del trabajador*. In: BIASUTTO, Carlos. *Educación y clase obrera*. México: Nueva Imagen, 1978.
- GIROUX, Henry. *Teoria crítica e resistência em educação*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- GRAMSCI, Antônio. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
- \_\_\_\_\_. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 5.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.
- GUBA, Egon e LINCOLN, Yvona. *Effective evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass, 1985.
- IBGE. *Anuário estatístico*. 1980.
- JAMIESON, Elizabeth et al. *História de la enfermagem*. 6. ed. México: Interamericana, 1968.
- KUENZER, Acácia. *Educação e trabalho no Brasil*. Brasília: INEP/REDUC, [198-].
- LE BOTERF, G. *Pesquisa participante: Propostas e reflexões metodológicas*. In: BRANDÃO, Carlos R. *Repensando a pesquisa participante*. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- LOYOLA, Cristina. *Os doces/dóceis corpos do hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ/PROED, 1987.
- MARX, Karl. *O capital*. 4.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, s.d.

- MELO, Cristina. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.
- MEYER, Dagmar e GASTALDO, Denise. Qualificação profissional do auxiliar de enfermagem: um conflito entre a formação e a realidade profissional. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v.41, n.2, 171-176, fev. 1989.
- NAKAMAE, Djair. *Novos caminhos da enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1987.
- \*PAIXÃO, Waleska. *História da enfermagem*. 4.ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1969.
- PATTON, M.Q. *Qualitative evaluation methods*. Newbury Park: Sage, 1980.
- PINHEIRO, Maria Rosa. A enfermagem no Brasil e em São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. XV, n.3, p.432-478, jun. 1962.
- PIRES, Denise. *Hegemonia médica na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 1989.
- RIBEIRO, Lourival. Velhos e novos conceitos sobre os profissionais de enfermagem no Brasil. *Anais de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.VII, n.1, p.42-54, mar. 1954.
- RISI, João B. Preâmbulo da primeira edição. In: BRASIL. *Guia para curso supletivo de auxiliar de enfermagem*. Rio de Janeiro: [s.n], 1975.
- RUFFINO, Márcia et al. Retrospectiva das publicações de pesquisas realizadas sobre educação em enfermagem - 1947-1981. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.38, n.3/4, p.245-256, jul./dez. 1985.

SILVA, Graciette. *Enfermagem profissional*. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, Walter. Apresentação. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório de avaliação do projeto-formação de auxiliar de enfermagem*. Rio de Janeiro: [s.n], 1974.

SOUZA, Aparecida et al. Estudos de atividades de pessoal auxiliar de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.XXI, n.5, p.443-457, out. 1968.

TABORDA, Rosaly. Formação de auxiliar de enfermagem. *Anais de Enfermagem*, São Paulo, v.XVI, n.22, p.48-48, jan./mar. 1947.

WILLIS, Paul. Produção cultural é diferente de reprodução cultural é diferente de reprodução social é diferente de reprodução. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v.11, n.2, p.3-18, jul./dez. 1986.



SILVA, Graciana. *Enfermagem Profissional*. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, Walter. Apresentação. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório de avaliação do projeto-formação de auxiliar de enfermagem*. Rio de Janeiro: [s.n], 1974.

SOUZA, Aparecida et al. Estudos de atividades de pessoal auxiliar de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.XXI, n.5, p.443-457, out. 1968.

TABORDA, Rosaly. Formação de auxiliar de enfermagem. *Anais de Enfermagem*, São Paulo, v.XVI, n.22, p.48-48, jan./mar. 1947.

WILLIS, Paul. Produção cultural é diferente de reprodução cultural é diferente de reprodução social é diferente de reprodução. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v.11, n.2, p.3-18, jul./dez. 1986.