

MARIA TEREZA CRISTINA TORINO LABIGALINI MARTINS

**ANÁLISE DO PROJETO PEDAGÓGICO DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM DA PUC-CAMPINAS À LUZ DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO**

CAMPINAS

2005

MARIA TEREZA CRISTINA TORINO LABIGALINI MARTINS

**ANÁLISE DO PROJETO PEDAGÓGICO DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM DA PUC-CAMPINAS À LUZ DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas, para
obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.*

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª ELIZABETH DE LEONE MONTEIRO SMEKE

CAMPINAS

2005

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

M366a

Martins, Maria Tereza Cristina Torino Labigalini

Análise do projeto pedagógico da faculdade de enfermagem da PUC Campinas à luz das políticas de saúde e de educação / Maria Tereza Cristina Torino Labigalini Martins. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador: Elizabeth Monteiro de Leone Smeke

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Recursos humanos na saúde. 2. Projeto Pedagógico. 3. Avaliação Educacional. 4. Programas de graduação em enfermagem. 5. Educação em enfermagem. 6. Avaliação em enfermagem. I. Smeke, Elizabeth Monteiro de Leone. II. Universidade Estadual de Campinas.Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(slp/fcm)

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: MARIA TEREZA CRISTINA TORINO LABIGALINI MARTINS

Orientadora: Prof^ª Dr^ª ELIZABETH DE LEONE MONTEIRO SMEKE

Membros:
1. Prof^ª Dr^ª Maria Inês Monteiro (Titular)
2. Prof^ª Dr^ª Silvana Cavalheri (Titular)
3. Prof^ª Dr^ª Aparecida Silva Mellin (Titular)
4. Prof^ª Dr^ª Maria Alice Amorim Garcia (Titular)
5. Prof^º Dr^º Mauro Antônio Pires Dias da Silva (Suplente)
6. Prof^ª Dr^ª Márcia Nozawa (Suplente)

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/02/2005.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai

Antônio **David** Labigalini, que sinto presente neste momento, pelo exemplo de vida. Pelo caráter, integridade e generosidade.

À minha mãe, Tereza Torino Labigalini com quem aprendi a persistir nos sonhos...

Para Guilherme e Giovana, com desculpas pelas ausências, além das inúmeras ajudas no mundo da informática.

Para José Araújo pelo apoio silencioso...

Para Toninho e família, que, apesar da distância, torceram por este momento.

AGRADECIMENTOS

Para a Prof^a Dr^a Elizabeth Smeke que soube me compreender nesta trajetória, pelo respeito, apoio e dedicação.

À Cida Mellin com quem compartilhei dúvidas e inquietações em todas as etapas desse estudo.

Aos professores da Faculdade de Enfermagem que comigo vivenciam o desafio cotidiano da (re) construção do projeto pedagógico da escola.

Às auxiliares de pesquisa Juliana Job e Heloisa Gomes, em particular à segunda, pela colaboração inestimável.

À Berenice Torino pela gentileza da elaboração do texto em inglês.

Às secretárias da faculdade de enfermagem, Ivonete e Silvana, pelo apoio e atenção às inúmeras solicitações.

	<i>Pág.</i>
RESUMO.....	<i>xxxi</i>
ABSTRACT.....	<i>xxxv</i>
1-AS ORIGENS E DOS OBJETIVOS.....	39
2- PERCURSO METODOLÓGICO.....	45
3- POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: contexto de formação na área da saúde e da enfermagem.....	55
3.1- A Saúde em Campinas.....	73
4- POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	81
5- TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM NO MUNDO E NO BRASIL: contexto das práticas de saúde.....	103
5.1- Primórdios da Profissão.....	105
5.2- Enfermagem Moderna.....	111
5.3- A constituição da enfermagem no Brasil.....	114
6- CURRÍCULO E ENSINO DE ENFERMAGEM.....	135
6.1- Currículos: significados e reflexos nos modos de ensinar.....	137
6.2- Legislação e Organização dos Currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil.....	146

7- REVISITANDO A PROPOSTA DE FORMAÇÃO DA FACULDADE DE ENFERMAGEM DA PUC-CAMPINAS.....	159
7.1- Cenário do Estudo.....	161
7.2- A Faculdade de Enfermagem e as reformulações curriculares.....	166
7.2.1- Considerações Iniciais	166
7.2.2- Currículo 1980.....	168
7.2.3- Currículo 1986.....	172
7.2.4- Currículo 1996.....	181
7.2.5- Currículo 2001.....	186
7.3- Discussão das ementas e dos planejamentos pedagógicos.....	198
7.3.1- As Ementas.....	198
7.3.2- Análise dos planejamentos.....	210
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	221
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	229
10- ANEXOS.....	245
ANEXO 1 – Grade Curricular por série, disciplina, e carga horária. Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, 1980.....	247
ANEXO 2 – Grade Curricular por série, disciplina, e carga horária. Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, 1986.....	251

ANEXO 3 – Alteração do currículo de 1986.....	255
ANEXO 4 – Grade Curricular por série, disciplina, e carga horária Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, 1996.....	257
ANEXO 5 – Alteração do currículo de 1996.....	261
ANEXO 6 – Grade Curricular por série, disciplina, e carga horária. Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, 2001 (Integral).....	267
ANEXO 7 – Grade Curricular por série, disciplina, e carga horária. Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, 2001 (Noturno).....	275
ANEXO 8 – Ementário das disciplinas que compõem o currículo do curso de graduação em enfermagem, Faculdade de Enfermagem, 2001.....	281

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
APROPUC	Associação dos Professores da PUC-Campinas
AFAPUC	Associação dos Funcionários da PUC-Campinas
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CADRHU	Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde
CAISNT	Comissão Central da Avaliação Institucional
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Apoio e Atenção Psicossocial
CCV	Centro de Ciências da Vida
CEBEn	Congresso Brasileiro de Enfermagem
CEFOR	Centros Formadores
CES	Câmara de Educação Superior
CFE	Conselho Federal de Educação
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPESC	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASP	Conselho Consultivo da Previdência e Assistência Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde
CONCEP	Conselho de Ensino e Pesquisa
CONSEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CROAD	Centro de Referência, Orientação e Atendimento ao Diabético
CS	Centro de Saúde
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMI	Enfermagem Materno Infantil
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
ET – SUS	Escolas Técnicas de Saúde
EUA	Estados Unidos
FAPIC	Fomento à Iniciação Científica da PUC-Campinas

FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FEB	Força Expedicionária Brasileira
FSESP	Fundação de Serviços de Saúde Pública
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GERUS	Capacitação de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde
HMCP	Hospital e Maternidade Celso Pierro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Iniciação Científica
IDA	Integração Docente - Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
ISP	Introdução à Saúde Pública
LDB	Leis de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NESC	Núcleos de Saúde Coletiva
NESCO	Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
NOBs	Normas Operacionais Básicas

OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PEA	População Economicamente Ativa
PET	Programa especial de Treinamento
PIBIC	Programa de Iniciação Científica - CNPq
PITS	Interiorização do Trabalho em Saúde
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Curso de Medicina
PSF	Programa Saúde da Família
PUCCAMP	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
PUC- Campinas	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SAE	Sistematização da assistência de Enfermagem
SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
REBEn	Revista Brasileira de Enfermagem
SENPE	Seminários Nacionais de Pesquisa em Enfermagem

SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SESU	Secretaria do Ensino Superior
SUDS	Sistema Unificado e Descentralização de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS – ESF	Sistema Único de Saúde – Estratégia de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNI-RIO	Universidade do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

	<i>Pág</i>
Figura 1 Paradigmas Curriculares, enfoques de pesquisa e dimensões da vida humana.....	141
Figura 2 Paradigmas Curriculares, fundamentos filosóficos, sociológicos e psicológicos.....	142

LISTA DE QUADROS

	<i>Pág</i>
Quadro 1- Comparativo da distribuição de carga horária das disciplinas segundo a área, currículo de 1980.....	171
Quadro 2- Comparativo da distribuição de carga horária das disciplinas segundo a área, currículo de 1986.....	180
Quadro 3- Comparativo da distribuição de carga horária das disciplinas segundo a área, currículo de 1996.....	185
Quadro 4- Comparativo da distribuição de carga horária das disciplinas segundo a área, currículo de 2001 (Integral/Noturno).....	197

RESUMO

Pesquisa de natureza qualitativa com objetivo de analisar a proposta pedagógica do Curso de Graduação da Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, identificando em que medida seu Projeto Pedagógico atende aos pressupostos doutrinários do SUS (Sistema Único de Saúde), bem como às Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino na área. Para tanto foi adotado o estudo documental, utilizando os recursos teóricos e metodológicos da análise de conteúdo. O Corpus Documental constituiu-se por Documentos da Universidade e Faculdade de Enfermagem; Legislação para ensino na área e recomendações da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), todos relativos ao período compreendido entre 1980 e 2004. A demarcação cronológica refere-se ao início do Projeto Pedagógico da PUC-Campinas, bem como, às inúmeras transformações na área da saúde e da formação de profissionais de saúde.

A investigação permitiu identificar que, desde o início, a proposta de ensino da Faculdade mostrou-se de vanguarda na área, em decorrência, dentre outros fatores, da organização das políticas de saúde em Campinas, bem como dos propósitos contidos no Projeto da Universidade.

Com relação ao currículo vigente, observamos necessidades de ajustes, particularmente, no que diz respeito ao compartilhamento dos saberes da Saúde Coletiva com as demais áreas, haja vista suas características e conhecimentos acumulados que podem contribuir para adequação do ensino ao perfil de formação pretendido.

As conclusões apontam para a busca de estratégias de contínuo aperfeiçoamento do processo de ensino-aprendizagem com vistas à consolidação do Projeto Pedagógico.

Palavras Chave: Recursos humanos na saúde. Projeto Pedagógico. Avaliação Educacional. Programas de graduação em enfermagem. Educação em enfermagem. Avaliação em enfermagem.

ABSTRACT

Research of qualitative nature aiming to analyze the Pedagogical proposal of the graduation of PUC-Campinas Nursing University Course identifying in which measure its Pedagogical Project attends to the doctrinal SUS presupposed (Health Unique system); as well as to the National Curriculum Directives for the teaching in the area.

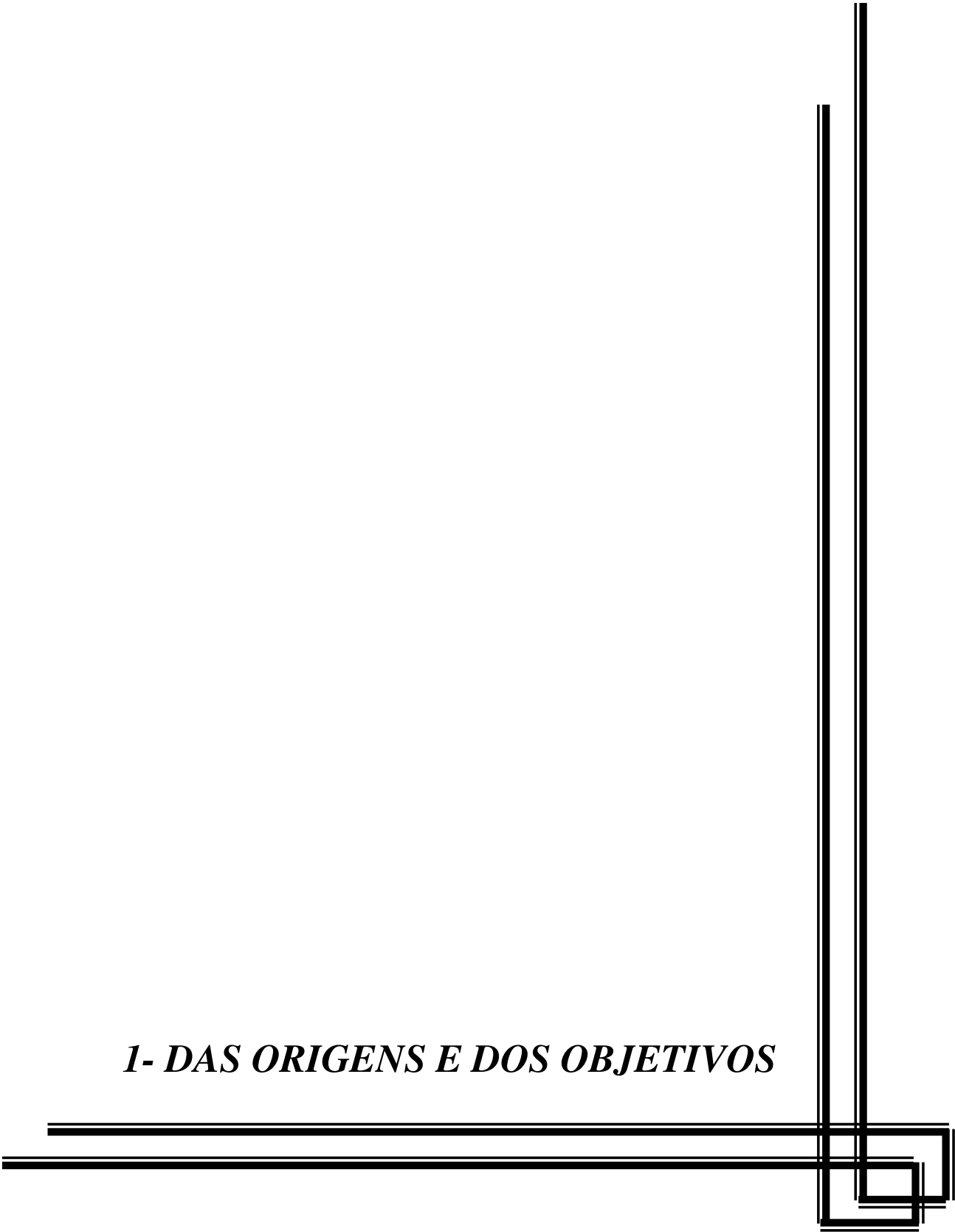
For that, it was adopted the documental study ,using the theoretical and methodological researches of the content analysis. The documental corpus consisted by documents of the Nursing University legislation for the teaching in the area and recommendations of the Brazilian Nursing Association (ABEN), all related to the period between 1980 and 2004. The chronological demarcation goes back to the beginning of the Pedagogical Project of PUC-Campinas, as well as the countless transformations in the area of Health and of the Health Professionals formation.

The investigation allowed to identify that since the beginning, the teaching proposal at the university, became an advance guard in the area, among other factors of the movement of the Health Policies in Campinas, as well as, the purpose included into the university project.

Referring to the curriculum in effect , we can observe adjustment necessities, mainly to what concerns to the sharing of the Collective Health with the other areas, since its characteristics and accumulated knowledge, that may contribute to the link between the teaching, to the profile of the required graduation.

The conclusions, point out to the strategies search of continuous improvement of the teaching-learning process, mainly aiming to the Pedagogical Project consolidation.

Key Words: Health manpower. Pedagogic project. Education evaluation. Education Nursing Diploma program. Nursing,education. Nursing Evaluation.



1- DAS ORIGENS E DOS OBJETIVOS

Minha inserção como professora da área de enfermagem ocorreu precocemente após um ano da graduada e com exercício profissional como enfermeira assistencial no Ambulatório do Hospital Universitário. Assim, há mais de vinte anos tenho me dedicado à formação do profissional enfermeiro em uma instituição de ensino de caráter confessional e comunitário, a PUC-Campinas. O ingresso nesta Universidade coincidiu com um período de revisão das suas estruturas e do seu papel enquanto aparelho formador.

Isto se deu no começo da década de 1980, ocasião em que a PUC-Campinas iniciou um processo de revisão do seu projeto de Universidade, resultando na construção do Projeto Pedagógico, que passou a orientar as ações de ensino, pesquisa e extensão (MARTINS, 1996).

Com esse projeto, a Universidade procurava resgatar seu compromisso social atendendo ainda a uma visão de mundo que pressupunha a transformação da sociedade e, além disso, enfatizando seu papel na formação de profissionais capacitados a atender às reais necessidades da população.

Paralelamente, e também como consequência do Projeto da Universidade, a Faculdade de Enfermagem vivenciou processo semelhante e elaborou o seu projeto pedagógico culminando com a reformulação curricular de 1986, que teve como marco conceitual a proposta de formação de alunos, além de tecnicamente competentes, com capacidade de crítica e de transformação da realidade.

Pretendia-se, naquela ocasião, romper com uma formação de caráter tecnicista, que valoriza o profissional com domínio das técnicas e procedimentos e dotado de habilidade motora e destreza manual. Assim, as transformações vislumbradas e ocorridas no perfil do profissional acompanharam as mudanças nos modos de conceber a saúde e a doença vistas até então, como fenômenos apenas biológicos e individuais para a compreensão deste processo como resultante das condições materiais da existência. Tais pressupostos, desde então, têm norteado o projeto da Escola, que, por razões diferentes, passou por mais duas reformulações.

Assim sendo, nas duas últimas décadas a Faculdade de Enfermagem contou com três reformulações curriculares, nos anos de 1986, 1996 e 2001, com vistas a atender às diretrizes do Ministério da Educação e Cultura (MEC), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), da própria Universidade, e, atualmente, à nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB).

Para possibilitar aos alunos a experiência em serviços de saúde, cujos modelos de atenção à saúde atendessem às diretrizes daquelas políticas, a PUC-Campinas, por meio de um grupo de docentes, no início dos anos 1980, criou serviços próprios para a área então denominada “Atenção Primária à Saúde”, compondo uma rede de quatro Centros de Saúde, que se integravam à Rede Básica de Serviços do município, nos quais também tive grande envolvimento pessoal e profissional. Na ocasião, a universidade reformulou práticas em seu Hospital e Ambulatório, hoje de suma importância para sistema local. Com o transcorrer do tempo, os iniciais quatro Centros de Saúde passaram para gestão do Município havendo parceria direta da Universidade em três deles, nos quais a Faculdade de Enfermagem tem inserção por meio dos seus alunos e docentes. No Centro de Saúde Integração, desenvolvi a coordenação pedagógica por um período de quatro anos.

Do início, década de 1980, até a última reformulação dos Estatutos da Universidade, em 1999, atuava no denominado Departamento de Enfermagem em Saúde Pública que, juntamente com o Departamento de Medicina Social e Preventiva, organizou seu projeto de ensino tomando por base o modelo assistencial proposto, de Medicina Comunitária, existente em alguns municípios brasileiros dentre os quais se destacam Londrina, Montes Claros e Niterói. Sabemos, na atualidade que iniciativas como estas culminaram na implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) e, hoje em dia, em sua consolidação, em que se almeja um sistema público e igualitário de saúde.

Essa trajetória percorrida refletiu-se diretamente no ensino da área de saúde, particularmente, neste caso, no da enfermagem. Pois, a vivência em serviços de saúde até então, fortemente centrada na área hospitalar, passou, já na década de 1980, a ser ampliada para o serviço de atenção básica e outros equipamentos sociais.

As mudanças do ensino foram, em grande parte decorrentes das novas formulações das políticas de saúde. Ou, neste caso, a Universidade se antecipou a elas, ou até mesmo caminhou lado a lado, também por afinidade de um grupo de docentes com ligação ao denominado Movimento Sanitário.

Enquanto professores, assistimos ao nascimento do Pró-Assistência no Município (implantação das Ações Integradas de Saúde) em 1984, do Sistema Unificado e Descentralização de Saúde (SUDS) em 1987 e do SUS após a Constituição de 1988. Atualmente, Campinas tem gestão plena do SUS e, em 2001, implantou o Projeto Paidéia de Saúde da Família, mudanças estas com inúmeras repercussões no modelo de ensino e na assistência.

Ainda na condição de docente da Faculdade de Enfermagem, também tenho acompanhado e vivenciado as discussões travadas no seu interior, no que diz respeito ao profissional que se deseja formar, às disciplinas que devem compor a grade curricular, conteúdos e enfoques a serem explorados, inserção em estágios por meio das experiências e práticas em campos clínicos (Serviços Públicos de Saúde) que devem ser ofertadas aos alunos.

Observo por parte do corpo docente da Unidade, a preocupação presente, como já dito, desde 1986, que deriva nas inúmeras buscas por aperfeiçoamento, tanto no campo de grades, ementas e conteúdos, como em oportunidades de práticas clínicas voltadas às reais necessidades de saúde da população.

Posso dizer que acompanhei, durante esta trajetória, os movimentos realizados pela escola no sentido de buscar a formação profissional em consonância com as diretrizes das políticas de educação e de saúde, por meio dos Projetos Pedagógicos e do processo ensino-aprendizagem.

Neste percurso, em 2002, assumi a direção da Faculdade de Enfermagem, fato que me mobilizou, ainda mais, para tentar compreender se as mudanças ocorridas no projeto pedagógico, cuja grade curricular foi implantada em 2001, respondem às necessidades de saúde da população e ainda atendem ao perfil necessário para atuar junto ao SUS e, particularmente, no PSF (Programa de Saúde da Família).

Tal ordem de preocupação decorre da experiência docente, da participação em fóruns da área de educação e da saúde, da leitura de textos que apontam como grande desafio para a sustentabilidade do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família, a questão da formação de recursos humanos, considerados, no mais das vezes, como um problema crucial para o pleno funcionamento do sistema, isto é, considera-se que haja inadequação de profissionais para atuar de forma conseqüente com seus pressupostos.

Neste contexto e com dupla responsabilidade pela formação do profissional enfermeiro, pretendo analisar a proposta de formação da Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas à luz do perfil pretendido pelo SUS e pelo PSF além da legislação que regulamenta o ensino na área. Compreendo que os resultados obtidos nesta investigação poderão se somar a tantos outros já identificados pela escola no sentido de aprimorar a proposta educativa da escola. Com base no exposto, formulamos os seguintes objetivos para este estudo:

Geral

Estudar aspectos pedagógicos do curso ministrado pela Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas identificando as alterações do projeto pedagógico ocorridas no período entre 1980 e 2004, relacionando-as com o quadro das políticas para a educação e a saúde no Brasil.

Específicos

- Identificar as alterações curriculares do período relacionando-as às diretrizes das políticas de saúde e educação;
- Analisar o perfil do profissional enfermeiro proposto pelo projeto pedagógico do curso;

2- PERCURSO METODOLÓGICO

Considerando a natureza do objeto a ser investigado e exposição dos motivos que determinaram este estudo, entendemos que a abordagem qualitativa seja o recurso metodológico mais adequado para a compreensão do problema no meio em que ele ocorre. Neste caso, de acordo com Pedro Demo esta investigação tem natureza teórica, ou seja, se orienta por teorias, quadros referenciais e condições que explicam a realidade, sem, no entanto, pretender nela intervir de imediato, mas, possibilitando condições para uma futura intervenção (DEMO, 1994).

Essa opção decorreu ainda do entendimento de que este tipo de escolha metodológica permite a investigação do objeto com base em sua dimensão histórica, o que torna possível estudar as ocorrências em sua “provisoriedade, no seu dinamismo e na sua especificidade, características fundamentais de qualquer questão social” (MINAYO, 1996a, p. 13).

Neste tipo de investigação “a relação entre o pesquisador e o seu campo de estudo se estabelece definitivamente” (MINAYO, 1996b, p.14), pois durante todo o processo de conhecimento do fenômeno, a visão de mundo de ambos está implicada e interligada o que também é exposto por LÜDKE e ANDRÉ (1986).

Entendemos ainda que a adoção desta metodologia permitiu uma melhor compreensão do objeto bem como do próprio pesquisador. Pois, conforme sinaliza Lévy Strauss (apud MINAYO, 1996a, p. 21), “numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação”.

Esta pesquisa tem a natureza de um estudo do referencial dos documentos produzidos pela Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas, escola com 32 anos e que se caracteriza por seu caráter pioneiro nesta região do Estado de São Paulo, estudando registros relativos a seu Projeto Pedagógico e reformulações curriculares, ocorridas entre a década de 1980 e o ano de 2001.

O interesse por avaliar a proposta de formação do enfermeiro nesta instituição de ensino, explica-se pelo fato de nos encontrarmos neste momento exercendo dupla função a de professora e diretora do curso, como já dito anteriormente.

A responsabilidade do cargo de diretora, entendido, também pela instituição, como função de condução e acompanhamento do projeto pedagógico desencadeou uma série de inquietações e questionamentos que deram origem ao presente estudo:

O perfil do profissional formado hoje pela PUC-Campinas está em consonância com as necessidades do serviço de saúde, como expressão das políticas do setor?

Como o curso organizou o seu currículo para atender às políticas de saúde e de Educação?

Como estão organizadas as práticas pedagógicas do curso para atender o perfil proposto no projeto pedagógico?

O método é um caminho que indica, de acordo com MINAYO (1996b), um instrumental para abordagem da realidade e que não pode prescindir da condução criativa do próprio pesquisador. Pela tradição, a pesquisa qualitativa é reconhecida como etnográfica que pode ser representada por inúmeras denominações e modos de ser construída. De acordo com TRIVIÑOS (1987) pode adotar a base teórica estrutural-funcionalista, que têm seu foco no positivismo, subjetivo-compreensiva, embasada na fenomenologia e histórico-instrumental, fundada no materialismo dialético. Esta dimensão teórica deve ser definida pelo pesquisador. O autor acredita que haja muitos obstáculos para que seja possível generalizar a pesquisa qualitativa.

Neste estudo, optaremos por reconhecer a subjetividade do objeto que se nos apresenta, documentos, e as dificuldades impostas neste tipo de análise, principalmente, quando o investigador tem clareza do projeto que pretenderia para a Faculdade e está, também, profundamente, impregnado da realidade em suas dimensões diversas, além do desejo de que o estado das coisas seja o melhor possível, aqui, reconhecendo que há uma valoração e um projeto político pessoal a ser melhor exposto no transcorrer do estudo.

BOGDAN e BIKLEN (1982) descrevem que as pesquisas qualitativas têm por características principais: descrever o processo de realização e não somente o produto; utilizar o ambiente, em seu estado de natureza, como fonte de dados, reconhecendo a não neutralidade do pesquisador; lógica indutiva na análise de dados e preocupação essencial

com o significado dos achados de pesquisa. Também as etapas metodológicas não podem ser rígidas em sua sequência, haja vista a natureza do material empírico. Para DEMO (1981) o pesquisador pode assumir postura mais liberta em relação aos seus construtos teóricos.

De acordo com CHIZZOTTI (1995) a pesquisa qualitativa, por sua natureza, se opõe à experimental, muito comum nas ciências naturais e se dá em busca da compreensão humana em tempos históricos e culturais. O pesquisador, nestes casos, é participante ativo na interpretação dos fenômenos que julga relevantes.

Para respondermos a estas indagações, o presente estudo utilizou a técnica da pesquisa documental. Esta técnica de pesquisa, segundo MARCONI e LAKATOS (2003) apresenta como característica a utilização como única fonte de dados, documentos escritos ou não, constituindo o que se denomina como fontes primárias.

A pesquisa documental integra todos os estudos sistemáticos e busca mostrar, por meio da análise de documentos o estado atual e a trajetória do que está sendo analisado. Para GUBA e LINCOLN (1981) os documentos consistem em fontes ricas em dados e contexto possibilitando várias leituras e enfoques. As desvantagens das pesquisas que os utilizam podem decorrer do fato de não representarem, significativamente, os fenômenos cotidianos e serem escolhas arbitrárias do próprio pesquisador, o que precisa ser destacado por ele. Ou seja: por que este e não outro documento?

Neste estudo, que utilizou, documentos de natureza retrospectiva ou contemporânea optamos por delimitar o período de 1980 até 2004, considerando que nele se deram vivências importantes para a enfermagem nacional e para a Faculdade. No cenário nacional optamos pela análise das regulamentações do Ministério de Educação e Cultura (MEC), produção da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Conselho Regional de Enfermagem (COREn).

Para a compreensão do perfil do profissional enfermeiro formado pela PUC-Campinas analisamos o projeto pedagógico do curso tomando como referência as diretrizes curriculares aprovadas pelo MEC para a área de enfermagem e ainda as diretrizes propostas pelo SUS para a formação dos profissionais de saúde.

Com o intuito de identificar como se efetiva a proposta de ensino do curso utilizamos também os registros contidos nos programas e planejamentos das disciplinas que compõem os chamados conteúdos essenciais básicos e específicos do currículo implantado em 2001.

Dessa forma, o material selecionado para coleta das informações envolveu uma combinação de documentos oficiais (decretos, resoluções normativas e diretrizes) e do tipo técnico (relatórios, planejamentos e programas), cuja escolha tomou em conta algumas propostas, idéias ou hipóteses contidas no trabalho de pesquisa.

Para LUDKE e ANDRÉ (1986) a análise documental envolve o uso de técnica exploratória com vistas a desvendar aspectos novos de um dado tema e supor que haja valores, sensações, ideologias e intenções por parte dos autores dos escritos. Implica escolha do tipo de documento a ser analisado e reflete idéias e propósitos delimitados aprioristicamente. Após esta primeira seleção dos documentos segue a análise de seu conteúdo por meio da apreciação de seu texto, que envolve as etapas de classificação, codificação e conceituação.

Tomando por base as orientações de TRIVIÑOS (1987); MINAYO (1996a) e BARDIN (1977) apresentamos as etapas a serem seguidas para a análise documental referenciada na metodologia de Análise de Conteúdo:

a) Pré-análise:

Consiste na organização do material, na seleção e escolha de todo os documentos e a leitura exaustiva de todo o conteúdo. Ainda nesta fase determinam-se a unidade de registros (palavra-chave ou frase) ou a unidade de contexto (a delimitação do conteúdo em que, ocorre determinada unidade).

b) Descrição Analítica / Exploração do Material:

O material documental é submetido a um estudo aprofundado orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Esta etapa envolve a codificação, a classificação, e a categorização dos dados.

c) Interpretação Inferencial / Tratamento dos dados obtidos e Interpretação

Esta fase tem início ainda na etapa da pré-análise. Agora o pesquisador reexamina o material com o objetivo de aumentar o conhecimento, aprofundar sua visão e estabelecer novas relações. Pretende-se que o pesquisador aprofunde sua análise desvendando o conteúdo latente dos documentos.

GUBA e LINCOLN (1981) esclarecem que as categorias de análise são construídas com o uso de processos denominados convergentes e divergentes e devem ser adequadas aos objetivos do estudo. No processo convergente identificam-se aspectos recorrentes de temas nos diferentes documentos a serem destacados de forma isolada, agregados ou desagregados. No processo divergente buscam-se as correlações do material obtido com outros contextos de análise, que não os documentos. Importante ressaltar que a categorização não esgota a análise pois, o pesquisador acrescenta a elas as possíveis conexões e inter-relações aprofundadas de acordo com o referencial teórico que subsidia a análise dos achados de pesquisa.

De acordo com MINAYO (1996a) a análise documental diferencia-se da de conteúdo pelo fato de considerá-la como uma denominação genérica para tratamento dos dados, já a de conteúdo tem significado inserido no referencial teórico e metodológico sendo adotada nas pesquisas qualitativas como forma de melhor compreender o material empírico. A autora também acredita que este tipo de análise e a análise de discurso, a seu ver mais refinada, correm o risco de excluir os aspectos social, econômico e cultural do contexto de onde foram extraídos os documentos. Embora esta idéia possa ser verdadeira, cabe aqui destacarmos que contextualizar a realidade e remeter a ela o que é analisado tem mais a ver com as idéias do pesquisador que com a forma adotada em seu percurso teórico, sendo, portanto, perigosas as generalizações.

TRIVIÑOS (1987) reforça esta idéia quando comenta:

Os investigadores que só ficam no conteúdo manifesto dos documentos seguramente pertencem à linha positivista. (...) Os analisadores do conteúdo latente, além do manifesto, têm raízes idealistas (...) A tendência de índole materialista dialética do

emprego do enfoque de análise de conteúdo apresentou-se quando surgiu com ênfase o estudo da ideologia e suas vinculações com variáveis complexas da vida social como os modos e relações de produção e as classes sociais e suas formações históricas em determinadas sociedades (TRIVIÑOS,1987, p.162).

Ao nos reportarmos à análise de conteúdo BARDIN (1977) é a autora de referência e considera que este tipo de análise seja um conjunto de técnicas de análise de comunicação, neste caso escrita, em que se busca descrever o conteúdo das mensagens, possibilitando que sejam feitas inferências acerca das atitudes, motivações, crenças, valores e tendências de pensamento.

De acordo com CHIZZOTTI (1995) compreender o sentido da comunicação é o objetivo da análise de conteúdo, por meio da análise das mensagens explícitas ou subjacentes ao texto. Por meio dela pode-se lidar com vários documentos reduzindo-os a categorias de análise de caráter conceitual.

Corpus Documental

- Diretrizes Curriculares para o ensino de enfermagem a partir da implantação da Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional.
- Recomendações da Associação Brasileira de Enfermagem.

Planejamentos Pedagógicos das Disciplinas dos denominados conteúdos essenciais básicos e específicos elaborados e aprovados em Reunião de Conselho da Faculdade de Enfermagem por ocasião da Reformulação Curricular de 2001 analisando as ementas e conteúdos programáticos.

Ementas em que se buscou apreender a concepção de saúde e doença; referência ao modelo tecno-assistencial que embasa a prática; inserção institucional da prática nos diversos níveis da atenção à saúde.

Conteúdos com vistas a analisar a menção às políticas de saúde; aos protocolos governamentais, para o atendimento aos vários grupos populacionais; atendimento ao perfil proposto pelo projeto pedagógico; referência às diretrizes doutrinárias do SUS; referência às diretrizes do PSF.

Na Faculdade de Enfermagem foram obtidos os documentos relativos ao Projeto Pedagógico; Grades Curriculares e Planejamentos. O material relativo à recomendações da ABEn também estava disponível no acervo da Faculdade. As Diretrizes Curriculares puderam ser obtidas por meio do uso da internet.

O referencial teórico que sustentou este percurso foi a análise das políticas de saúde no Brasil, as políticas de formação de profissionais de saúde, a compreensão da enfermagem como prática e profissão. Também foram analisados o significado do currículo e os currículos nacionais propostos com base na legislação que orienta o ensino de graduação.

***3- POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL:
contexto de formação na área da saúde
e da enfermagem***

Na observação dos serviços de saúde como são hoje constituídos no país notamos uma série de transformações fruto das mudanças sociais das políticas de saúde e, de acordo com SINGER et al (1981, p. 16) da: “evolução tanto das relações entre o homem e a natureza como das relações dos homens entre si”. Relações essas que se estabelecem com base na organização social da produção e que determinam modos de viver e de adoecer dos indivíduos e das populações.

Vemos que, se analisada sua história, surgiram para dar continência aos problemas de saúde gerados pela estrutura social. BRAGA e PAULA (1985) colocam que a:

... atenção à saúde passa a ser um problema político e econômico no interior de cada estrutura socio-econômica, o que se torna mais evidente mundialmente após a segunda guerra mundial. Sob essa óptica o Estado passa a propor medidas para manter a saúde e prevenir a doença das populações, o que configura o caráter social da medicina (BRAGA e PAULA, 1985, p. 1).

LUZ (1988) considera a medicina como ciência do social, nem tanto porque o discurso contido em uma parcela do ideário da área considera a determinação social da doença, e sim pela sua própria natureza, ou seja, por tratar do corpo de pessoas e grupos que vivem socialmente, considerando que :

É pelo contrário, por produzir um discurso natural sobre uma realidade social: o corpo do homem, seu sofrimento, sua morte, através da doença. Tanto mais social na medida em que o discurso naturalista sobre o corpo doente (corpo individual ou corpo social) é político em seus efeitos, contribuindo para a ordenação social e econômica de indivíduos e classes sociais na história moderna (LUZ, 1988, p. 94).

O termo Medicina Social data de 1848 sendo empregado por Jules Guérin para expressar um conjunto de teorias e ações sociais voltadas para “as relações existentes entre medicina e os assuntos públicos” (ROSEN, 1983) Para a sistematização da Medicina Social, NUNES (1980) sugere que Guérin tomou em conta os seguintes princípios para elaboração dos programas de ações:

A saúde das pessoas é um assunto de interesse societário direto e a sociedade tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros; As condições econômicas e sociais têm um impacto crucial sobre a saúde e a doença e estas devem ser estudadas cientificamente; Os passos para promover a saúde e combater a doença são tanto sociais como médicos (NUNES, 1980, p. 174).

Esta denominação, bastante difundida por toda Europa adquiriu contornos diversos conforme o país em que se desenvolveu sua prática. Assim, na Alemanha a organização da administração pública voltada à saúde recebe a denominação de polícia médica (medizin polizei/medical police¹), termo empregado pela primeira vez por Wolfgang Thomas Rau em 1764. A polícia médica propôs um programa de ação social voltado para a saúde e o bem-estar com o objetivo de aumentar a força do Estado. Destinava-se às atividades administrativas e reguladoras relativas ao controle das doenças transmissíveis, a organização de pessoal médico, ao saneamento ambiental e à assistência médica ao indigente. Ressalta-se que este conjunto de propostas foi marcado pelo autoritarismo.

ARAÚJO (1997) em estudo acerca da introdução de medidas de saúde no Nordeste Brasileiro, em particular em Pernambuco, na segunda metade do século XIX, considera que, no Brasil, a Medicina Social, em sua origem procurou relação entre causas de doenças e variações geográficas e climáticas, passando em seguida a enfatizar as estatísticas de saúde (registros de nascimentos e óbitos).

Vigorava o conceito de que as epidemias eram veiculadas por meio do ar, água e alimentos sem conhecer a noção do contágio, deste modo, todos os expostos seriam contaminados. A autora ARAÚJO (1997), enfatiza que a idéia do desconhecimento desta noção de contágio foi contraposta por Scliar (1987) e reforçada por Berlinguer (1988). Tais autores tomam por base a obra de Girolamo Fracastoro (1474-1573), que primeiramente traz o conceito de infecção, embora escrita na Idade Média, sem suporte tecnológico ou científico, portanto, mas que propõe teoria lógica da infecção e a existência

¹ De acordo com as definições de dicionário 'polizei' é traduzido como polícia e medizin equivaleria e medicina (Dicionário Michaelis Português- Alemão) neste caso, para que não pesem dúvidas, política como politik, ou no inglês politics. Em outro dicionário- 'German-Portuguese on line dictionary' para polícia encontramos os termos polizist e polizei. Também no inglês pode-se entender como polícia da medicina os termos.

de agentes específicos para cada doença e sua transmissão. Apesar da existência deste estudo prevaleciam teorias como a de Hipócrates que julgava que as doenças resultavam de maus ares. Não podemos negar que cada uma em seu tempo, expressava as possibilidades hipotéticas possíveis que hoje se mostram insuficientes, mas de modo nenhum podem ser consideradas “erradas”.

A teoria dos miasmas era a aceita pelos higienistas e população em geral, mas os autores que defendem o uso dos conhecimentos veiculados por Fracastoro vêem a noção de contágio presente com base no fato de que se fugia da doença ou, se usava o isolamento. Em seu trabalho ARAÚJO (1997) analisando documentos e registros, como fontes históricas, mostra que várias localidades espalhadas pelo Nordeste do Brasil ficaram completamente desertas na época quando atacadas pelas epidemias.

Na análise de ROSEN (1983, p.42) o “desenvolvimento e aplicação do conceito de polícia médica foram uma tentativa pioneira de uma análise sistemática dos problemas de saúde de vida comunitária”. Entretanto é preciso tomar cuidado com a tradução de policy por polícia. Policy é política. Há vários trabalhos denunciando esse erro de tradução, isso não pode ser desconsiderado, a despeito de efetivamente várias políticas serem policialescas.

Daí originou-se o estudo das relações sociais da saúde e da doença. São exemplares os trabalhos escritos por Peter Frank, no período de 1779 a 1817, a respeito das medidas governamentais para a proteção da saúde da população, consideradas marco na história do pensamento sobre a temática. Para ROSEN (1983), este autor é conhecido como um pioneiro em Saúde Pública e Medicina Social.

A saúde pública como aliás qualquer área da vida, só adquire características científicas no século XIX, junto com as medidas sistemáticas de prevenção. BERLINGUER (1988) cita o conhecimento da bacteriologia e a descoberta, ainda no século XIX, de que micróbios eram agentes responsáveis pelas doenças infecciosas. Também o conceito de "perigo social" foi usado mais como pretexto para um controle sobre as pessoas do que como meio de combater e prevenir as doenças. Fez-se uso cultural e político de medidas importantes para a saúde pública.

Já na França e na Inglaterra a preocupação com a influência das condições sociais sobre a saúde se manifesta de forma muito diversa daquela desenvolvida pelo conceito da política médica operada como polícia médica, havendo predomínio das questões relacionadas ao uso do espaço e do meio urbano e da classe de proletários representada pelo operariado.

Sabemos que o processo de industrialização, ocorrido na Inglaterra, provocou migração em massa para os centros industriais tornando as condições de vida precárias às quais se somavam jornadas de trabalho de 13 a 16 horas, utilização da mão-de-obra feminina e infantil, moradias insalubres e superlotadas e salários baixos que não proporcionavam acesso a bens de consumo e a alimentos. Condições que se mostraram favoráveis ao surgimento de muitas doenças tais como febre tifóide, cólera e tuberculose, o que alterou o padrão de enfermidade conhecido na época.

Os problemas de saúde, originados pelo crescimento acelerado e desordenado das cidades e das áreas industriais, colocavam em risco, não só a classe trabalhadora, como também a dominante, além disso, as péssimas condições de vida e trabalho poderiam comprometer a produtividade do operariado (ROSEN, 1983 e SINGER et al, 1981). Para conter e controlar essa situação foi necessária a intervenção do Estado, propondo legislação que interferisse no controle da força de trabalho pela Lei dos Pobres criada em 1601 e modificada no ano de 1832, que confere a medicina inglesa caráter de Medicina Social.

Na análise de FOUCAULT (1987) a Medicina Social surge como decorrência da medicina do Estado, na Alemanha, na França a medicina urbana e, na Inglaterra, a medicina da força de trabalho.

No Brasil, de acordo com NUNES (1980) no final do século XIX e início do século XX a Medicina Social adquire maior consistência vinculada à higiene pública e a medicalização do espaço urbano, idéia também enfatizada por ARAÚJO (1997).

MERHY (1994); MELLIN (2003), dentre outros, colocam que a abordagem das relações entre o Estado e as práticas de Assistência à Saúde, no Brasil do século XIX e início do XX, mostra que a intervenção estatal no setor tem ocorrido para beneficiar o desenvolvimento do modelo capitalista, sobretudo a partir do século XX.

Como exemplo, no início da década 1890, a Saúde Pública visava o controle das inúmeras epidemias, prejudiciais às exportações e à chegada dos imigrantes, principalmente nas cidades portuárias e nas mais importantes para o escoamento da produção do café. As intervenções posteriores estão relacionadas às alterações do modelo econômico, havendo momentos marcantes para análise dessas mudanças. Lembramos as inúmeras reações populares ocorridas à época e relatadas de forma bastante interessante por vários historiadores². Isto é, o estabelecimento de práticas “científicas” de atenção à saúde não ocorreu de forma pacífica e nem sempre a medicina foi hegemônica.

SAMPAIO (2001) em estudo acerca das práticas de medicina no Rio de Janeiro imperial, relata que, ao final do século XVII, havia no país uma medicina dita científica que lutava para se estabelecer, com o apoio da imprensa, diante dos inúmeros curandeiros – escravos ou não- com amplo reconhecimento popular. Havia ainda séria contenda entre os médicos e as inúmeras formas de tratamento propostas por um e, imediatamente, antagonizadas por outro, objeto de ironia popular. Já em 1889 a cidade se deparava com uma epidemia de febre amarela não havendo, entre médicos, consenso acerca do tratamento da afecção. A autora relativiza, na obra, o poder conferido aos médicos e descrito em vários estudos acerca da saúde pública no Brasil, em particular, no final do século XIX e início do XX.

É fundamental observar as políticas públicas de saúde no Brasil junto com as transformações do regime republicano no final do século XIX. Aí se pode verificar a adoção de determinados modelos e concepções ligados a um amplo projeto de dominação social das elites. Isto fomentava a exclusão das classes pobres e era motivado principalmente pela falta de políticas capazes de oferecer condições de vida e trabalho aos negros libertos pela abolição, em 1888.

Na ocasião os discursos médicos e sanitaristas legitimavam concepções racistas e eugenistas que respaldavam como “verdade científica” ações do Estado, como a destruição dos cortiços no Rio de Janeiro e a campanha de Oswaldo Cruz. Entretanto, estas

² Recomenda-se a leitura de CHALLOUB et al. (org.) **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas: Editora UNICAMP, 2003 além de SAMPAIO (2001) aqui citada, que discute as inúmeras obras que marcaram a historicidade da Saúde Pública no Brasil e das políticas de saúde. Dentre elas a de Roberto Machado, Jurandir Freire Costa e Madel Luz.

políticas se anunciavam antes da proclamação da república, ainda no reinado de D. Pedro II. Na obra “Cidade Febril. Cortiços e Epidemias na Corte Imperial”, o historiador Sidney Chalhoub traz elementos para debate sobre a chamada “ideologia da higiene”, analisando os cortiços e os que nele viviam, a febre amarela e a vacina antivariólica, relacionando cada um desses tópicos com a lógica de exclusão da sociedade brasileira (CHALHOUB, 1996).

Com relação à concepção vigente sobre as formas de abordagem da saúde e da doença vemos que, as grandes transformações científicas ocorridas particularmente a partir da 2ª metade do século XIX contribuíram para a valorização do enfoque da doença com base em seus aspectos biológicos. A concepção biológica ganha ainda mais força com a implantação dos princípios ‘flexnerianos’ no ensino médico. Para os estudiosos da área, o Relatório Flexner, realizado nos EUA em 1910, representa a institucionalização pedagógica do movimento de desenvolvimento científico.

Enquanto na América Latina as faculdades/escolas médicas organizavam seus cursos baseados inicialmente nos modelos europeus, especialmente o francês, operando por meio de grandes áreas incluindo filosofia, após as duas grandes guerras começam a seguir as orientações de Flexner. Na década de 50, os EUA já elaboravam revisão e reformulação do ensino, visando deslocar o foco da formação até então centrada na doença e no seu conhecimento (a fisiopatologia) para uma abordagem fenomenológica, um pouco mais centrada no paciente (indivíduo doente). Tal abordagem traz como implicação revisão das práticas da medicina, envolvendo um pouco mais os aspectos preventivos e criando, ainda dentro do paradigma flexneriano, os departamentos de medicina preventiva. Como possíveis práticas modelares criam-se os projetos de Medicina Comunitária de atenção a pobres, negros, índios e portoriquenhos.

A Medicina Comunitária originada nos Estados Unidos como modelo de prestação de serviços, teve ênfase nos anos 60 propagando-se pela América Latina até a década de 70. Destinava-se a uma parcela da população americana que não tinha acesso à compra dos serviços de saúde.³

³ Para maiores esclarecimentos sobre o tema recomenda-se a leitura da tese de Elisabeth SMEKE, cuja indicação se encontra em Referências Bibliográficas.

Sua implantação no Brasil se deu por meio de projetos experimentais vinculados às universidades, com financiamento de organismos internacionais, por meio da OPS (Organização Panamericana de Saúde), decorrente das conclusões CENDES/OPAS. Para viabilização da proposta de Medicina Comunitária, os centros de formação, ou seja, as Universidades, por meio dos departamentos de Medicina Preventiva e Social, promoveram reformulação em seu projeto pedagógico, incorporando as diretrizes contidas nos documentos dos seminários de Vina del Mar e Tehuacán ocorridos nos anos de 1955 e 1956, respectivamente. Nestes documentos propõe-se a inclusão das disciplinas de Sociologia, Ecologia, Antropologia Social, Saneamento, Epidemiologia e Bioestatística para subsidiar o aluno na compreensão do indivíduo em seu aspecto biológico, psicológico e social, ou seja “ver” o doente em relação com o mundo concretamente vivido. Nos discursos, essa era a perspectiva da integralidade

Na visão de NUNES (1989, p. 121):

A implantação do ideário preventivista, preconizando a medicina integral como prática, assim como incorporação do social, como um fator causal relacionado ao hospedeiro e ao meio ambiente, no paradigma da ‘ história natural da doença’ representa uma concepção restrita do social (NUNES,1989, p. 121).

Esse modelo de prática de saúde sofreu severas críticas no decorrer dos anos 1970, uma vez que se identificava que a teoria de multicausalidade se mostrava insuficiente para explicar a articulação que se processa entre a saúde e a estrutura social (AROUCA, 1975).

Retomando alguns aspectos de como se organizou a Atenção à Saúde no Brasil, vemos que, no Brasil colonial o tema da saúde não era alvo de preocupação da administração portuguesa pelo menos até a segunda metade do século XVII. Na avaliação de LUZ (1979), a chegada da família Real, em 1808, e a transferência do poder administrativo de Portugal para o Brasil e, mais tarde, o movimento da independência em 1822, determinam a necessidade de se organizar uma estrutura que orientasse o funcionamento do Estado.

Alguns autores têm estudado a história da saúde no Brasil em períodos, do descobrimento até aproximadamente o final do século XIX, do final do século XIX até 1920 e após a década de 20 até o início da década de 60. Efetuam sua análise sob os enfoques do estado de saúde da população, da organização dos serviços de saúde e dos conhecimentos médico-sanitários.

No primeiro período demarcado predominavam as doenças pestilenciais (varíola e febre amarela). A primeira referência à varíola é de 1561, trazida por um navio de Portugal que aportou em Ilhéus, tendo sido disseminada para todo o litoral e outras cidades do país. Já a febre amarela data de 1685 atingindo inicialmente Recife e depois toda a capitania, epidemia que durou sete anos. A malária é mencionada em documentos do ano de 1549 manifestando-se na Bahia e Pernambuco, também introduzida pelos colonizadores brancos. Cabe lembrar que as condições de saneamento eram extremamente precárias, mesmo considerados os conhecimentos vigentes em países mais desenvolvidos, pois, embora existisse abastecimento de água, não havia sistema de esgotos e as ruas encontravam-se entulhadas de lixo.

A organização dos serviços de saúde, era de caráter precário, diante também do possível na ocasião, concentrava-se no Rio de Janeiro e se baseava no modelo existente em Portugal. A ação assistencial por meio da fisicatura médica desenvolvida na época, não tinha relação com a problemática da higiene pública ou mesmo com a proposição de medidas de controle do espaço social, o seu objeto de atenção era o próprio doente. A prática baseava-se em conhecimentos tradicionais, com a cientificidade disponível na ocasião, no mais das vezes, a terapêutica fundamentava-se em sangrias e purgativos utilizados indistintamente em todas as doenças e por vários tipos de profissionais.

Quanto ao Estado sua atuação voltava-se para o estabelecimento de algumas medidas de controle como fiscalização dos portos, comércio de alimentos, e limpeza das ruas e cidades, porém sem continuidade e, nem mesmo, um planejamento direcionado para o combate das causas das doenças, de acordo com os conhecimentos, como já vimos, disponíveis na ocasião, tais como medidas de higiene urbana e isolamento.

Na visão de NUNES (1980, 1989) o deslocamento do objeto da medicina, da doença para a saúde irá ocorrer somente no século XIX, decorrência das transformações econômicas e institucionais.

Por parte de Portugal era necessário um conhecimento real das condições da colônia para que houvesse intervenção com base na lógica de aumento da produção/organização da propriedade da terra e saúde da população.

Para atender a esses pressupostos, foi instituído o cargo de provedor mor de saúde da Costa e Estados do Brasil (1809), com a tarefa de combater os focos das doenças. Tal situação acaba por conferir à instância diretamente ligada à saúde o controle das medidas de higiene pública. Para a melhoria das ações dos cirurgiões barbeiros (ofício dos executores da medicina na ocasião) criam-se as primeiras escolas médicas, 1808 na Bahia e 1809 no Rio de Janeiro. Após a inauguração da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, no ano de 1829, este órgão influenciará as decisões governamentais nas questões referentes à saúde pública.

O pensamento médico da época respaldou-se também na teoria miasmática da doença tanto em seu aspecto natural (situação geográfica) como no social (nível macro e micro social) para conhecer e analisar os espaços que oferecessem perigo de doenças e de desordem. Desta forma, fez-se necessária intervenção em diversas instituições em que houvesse ajuntamento de pessoas – hospital, cemitério, escola, quartel, fábrica e bordel, também como uma forma de manter a ordem social.

A fase compreendida entre o final do século XIX até 1920, denominada por SINGER et al (1981) como período de mudança, caracterizou-se pelas descobertas no campo de bacteriologia e uso de novas técnicas no combate às doenças. Na análise deste autor o enriquecimento experimentado pela sociedade brasileira em função da expansão da lavoura cafeeira e do comércio internacional, aliado à incorporação dos imigrantes estrangeiros ao processo produtivo conduz a novas formas de relações de trabalho, particularmente no estado de São Paulo. Parte da riqueza experimentada serviu para ampliação da vida cultural, com a criação de novas escolas e institutos de pesquisa. Nesta época são criadas novas escolas médicas em vários estados como São Paulo, Minas Gerais,

Pará, Paraná e Pernambuco, elevando o seu número para nove. Papel de destaque cabe aos institutos de pesquisa como o Instituto Bacteriológico fundado em 1892 na cidade de São Paulo que, sob a direção de Adolfo Lutz, teve atuação importante na política de saúde do Estado, além de realizar estudos e diagnósticos relativos à cólera, febre tifóide e febre amarela.

Já no século XX os estudos, as investigações e as descobertas realizadas pelos pesquisadores e, mais tarde, pelos institutos de pesquisa representaram os marcos da “medicina científica” em nosso país, possibilitando o “desenvolvimento das organizações de saúde e a ampliação da intervenção do estado na vida social, em nome da proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da melhora das condições gerais da vida” (SINGER et al, 1981, p.115). O exercício de medicina passa a ser regulamentado com a criação dos órgãos de classe como Sindicato dos Médicos, os Conselhos de Medicina e Associação Médica Brasileira, depois da década de 1940.

Nesta época, os serviços de saúde caracterizaram-se pela expansão atingindo parcelas cada vez maiores da população e pelo autoritarismo em suas ações interferindo diretamente na vida das pessoas.

MERHY (1988), na realização de estudos sobre a relação entre Estado e a Atenção à Saúde no Brasil do século XX, afirma que as intervenções no setor estavam fortemente articuladas a interesses para o desenvolvimento de grupos sociais organizados no sentido do avanço do capitalismo. Também para BRAGA e PAULA (1985), esta relação, já antiga, é fortalecida com a crise econômica deste Século na década de 20 o que ocorreu pelo esgotamento do modelo liberal.

BRAGA e PAULA (1985) nos lembram que: “Na década de 20 a saúde aparece como questão social no Brasil juntamente com o capitalismo, particularmente no auge da economia cafeeira, assumindo a forma de política social”.:

A partir de 1930 emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação. Essa política de saúde se organiza em dois sub-setores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária.

O primeiro será predominante até meados de 60, e em muitos traços fundamentais, a estrutura então montada vige até nossos dias alternativamente, o sub setor de medicina previdenciária se amplia significativamente a partir do fim da década de 50 e em termos de política estatal de saúde assume predominância a partir da segunda metade dos anos 60 (BRAGA e PAULA, 1985, p. 52).

O período de 30 até 1956 caracteriza-se, inicialmente, por um processo de centralização. Destaca-se a criação no ano 1930 do Ministério da Educação e Saúde que, mais tarde (1953), passa a funcionar apenas como Ministério da Saúde. Na ocasião, a expansão dos serviços de saúde pública pode ser demonstrada pelo Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) que visava a manutenção de hospitais e postos de saúde sob responsabilidade do Governo Federal, local e órgãos privados. Pode-se citar ainda a criação de SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) em 1942 com o objetivo de oferecer assistência médica aos trabalhadores que atuaram na produção de borracha no Vale Amazônico.

Houve no período aumento de uma classe operária urbana que reivindicava direitos sociais, dentre eles a assistência à saúde. Como resposta houve a criação das CAPS (Caixas de Aposentadorias e Pensões) em 1923. Também em decorrência, ocorreu ampliação da atuação do Estado, quando o governo passa a assumir a responsabilidade pela assistência médica e farmacêutica de várias categorias profissionais, estendendo esses benefícios ao trabalhador rural em 1963 com a criação do FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural).

Na ocasião há configuração de diversos modelos de prestação de assistência. No entender de MERHY (1994) diferentes serviços de saúde estavam disponíveis conforme com o engajamento das pessoas no processo produtivo. Em decorrência, para a população como um todo, eram oferecidas medidas de assistência a grupos considerados como mais frágeis, tais como mulheres grávidas e crianças, além do controle de endemias e epidemias. Já os trabalhadores urbanos, que contribuía financeiramente, além destas medidas, tinham acesso à assistência médica, através de suas organizações sindicais e por categoria profissional que contava com sua representação e participação na gestão e no controle dessa política. Importante destacar a existência da medicina liberal privada, a previdenciária e a

saúde pública destinada àqueles com inserção informal ou não inseridos no mercado, destacando-se o papel das Santas Casas de Misericórdia a quem coube prestar assistência médica e hospitalar aos excluídos do mercado formal.

Com relação aos recursos para assistência à saúde, o Estado, até como prestador de serviços, com ênfase a partir da década de 1950, e intervenção de maior monta após 1966, quando unificou o sistema criando o INPS, excluiu os trabalhadores da gestão. Essa estratégia era necessária ao desenvolvimento de um modelo liberal/privado, médico e hospital centrado, comprando serviços, financiando a construção de equipamentos de maior complexidade a juros irrisórios, sem, no entanto, garantir estrutura própria de prestação de assistência, mas garantindo e preservando o lucro sem riscos das empresas médicas que foram cada vez mais se multiplicando predominantemente nas regiões Sul e Sudeste do país (SMEKE, 1989; MERHY, 1994).

O golpe Militar de 1964 trouxe, para o país, de forma vigorosa, a lógica do desenvolvimento capitalista que também foi utilizada na prestação de assistência à saúde, predominantemente o que é denominado por vários autores, dentre eles BRAGA e PAULA (1985), uma capitalização privada da medicina, ou seja, grupos econômicos, subsidiados pelo Estado começam a investir na área e vender serviços ao próprio governo. De modo concomitante, neste período, os investimentos estatais na Saúde Pública também decresceram havendo piora dos Indicadores de Saúde da população como um todo.

Também, na ocasião, no interior das medidas de modernização do Estado, houve aumento dos trabalhadores com inserção no mercado formal, assistidos pela previdência. Cabendo ressaltar que a pobreza e desigualdade social, bem como o modelo que não privilegiava ações de promoção da saúde e prevenção da doença, fizeram com que houvesse maior demanda por serviços. A este conjunto de coisas juntaram-se fraudes dos prestadores de serviços de saúde comprados pelo governo, uma vez que o Controle Público desta agenda, ainda que incipiente, havia sido excluído e reprimido sob poder da força.

Embora diante de maiores ou menores protestos de grupos organizados da população, no final da década de 1970, há uma tendência de abertura política no Governo Militar, forçado a se abrir (a alternativa era levar os brasileiros em situação de exclusão

para uma guerra, como fez a Argentina, com as Malvinas) em função da completa falta de legitimidade. O partido MDB, que representava segmentos da burguesia nacional de oposição e ganhava todas as eleições na maior parte do Brasil e seguramente nas regiões mais significativas do ponto de vista da constituição de poderes. As pressões internas e externas (Igreja e forte relação do Brasil com grupos europeus) e a falta de legitimidade do regime forçaram então esta abertura dando visibilidade à expressão social. Mais seguros, a partir de vários, complexos e sofisticados processos de articulação entre diferentes segmentos sociais como CEBs, Grupos de Educação Popular de Adultos, Círculos Culturais Inspirados na Pedagogia Paulo Freire, Sanitaristas, e outros, grupos, até então, reprimidos, passaram a se manifestar por melhores condições de vida social e expressão forçando que o Estado investisse no encaminhamento da questão. Em 1976, tanto a crise da economia como a saúde, são assumidas pelo discurso oficial preocupado em propor alternativas racionalizadoras. (SMEKE, 1989)

Importante destacar aqui a influência e o papel do denominado “movimento sanitário”, como desses movimentos sociais que articulam vários segmentos e se contrapõem às políticas vigentes e que se constituiu com caráter suprapartidário e, dentre outras transformações sociais propunha a Reforma Sanitária Brasileira, o projeto que tem dirigido as ações na área da Saúde Coletiva no sentido da conformação de Sistema Único. “Nossos esforços profissionais devem dirigir-se à sua consolidação” (CAMPOS, 1988a; b).

Nos anos 1980, é então, grande a movimentação social ocorrendo a VII Conferência Nacional de Saúde; a elaboração do Plano do CONASP (Conselho Consultivo da Previdência e Assistência Social) que gerou a estratégia AIS (Ações Integradas de Saúde), posteriormente Programa AIS. Em 1986 há a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propõe diretrizes para a Reforma Sanitária Nacional e que subsidiam a elaboração da Constituição de 1988.

Na Constituição, com relação à Saúde, é estabelecida a figura do Direito à Saúde e as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado, posteriormente pela Lei 8080 sancionada pelo então presidente Fernando Collor.

Na ocasião, a legislação regulamentadora do SUS sofreu inúmeros vetos do governo federal, que descaracterizaram a proposta original, impondo dificuldades para a sua efetivação.

É possível observar a persistência de uma estratificação na prestação de assistência. Dentro desse contexto tem cabido ao SUS, principalmente, a prestação de atendimento básico e hospitalar, com caráter universal, mas única opção para a população de baixa renda, e sustentáculo da medicina privada entendida contraditoriamente como *consumo* de Saúde. Curioso assinalar que as empresas médicas, seguradoras, e a esmagadora maioria dos planos privados se sustentam na medida em que o SUS arca com procedimentos mais caros e de maior complexidade. A população capaz de arcar com os custos de transplantes, tratamento de câncer, AIDS e outras crônico degenerativas não sustenta a existência e ou compra desses equipamentos e pessoal, além de, em muitas situações, ter acesso a hotelaria em detrimento do nível técnico.

Sônia Fleury comenta que nos anos 1990 houve retrocesso com relação a muitas das propostas da Constituição que contava com vários mecanismos de política social considerados empecilhos à nova configuração de Estado que passou a entender estas demandas sociais como ameaça à construção democrática, em verdade, à organização econômica de caráter neoliberal (FLEURY, 1994).

Para COCCO (1999b) o final dos anos 1980 e início da década seguinte, foram de inúmeras transformações sociais e a área da saúde, além de outros problemas, recebeu tardiamente a incorporação de tecnologias e recursos o que trouxe acentuados reflexos.

Desde a implementação do SUS, o Ministério da Saúde propõe normas de funcionamento e regulação pela edição de Normas Operacionais Básicas (NOBs) com diretrizes para atuação dos Estados e Municípios em gestão semiplena ou plena de seus recursos, variando, conforme os recursos locais, a prestação da assistência. A partir de 1991, houve um incremento dos seguros privados e diminuição do atendimento do SUS pelos conveniados (COTTA et al, 1998).

NORONHA e SOARES (2001) referem-se ao avanço das políticas neoliberais no Brasil dos anos 1990 e as dificuldades acarretadas para a plena institucionalização do SUS. O fazem igualmente LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO (2001) considerando que, apesar da descentralização avançada nesta década o Governo Federal centralizou grande parte das políticas por meio da edição das NOBs vistas, por parte de intelectuais e trabalhadores da saúde, como instrumentos antidemocráticos e inconstitucionais (CARVALHO, 2001).

Esta reforma deve conter tanto mudanças na legislação vigente, figurando aí o direito à saúde e a equidade, como a inserção dos cidadãos e o compromisso dos profissionais e do Estado com transformações sociais de monta.

Vemos em MELLIN (1998) ser impossível acreditar que ela possa ocorrer apenas contando com a legislação. Também não se dá por meio da inserção de alguns intelectuais nos organismos do Estado. Além disso, a reorganização de serviços e do sistema de saúde não a consolida. Ressalta-se que para atingir tais objetivos depende da luta de toda a sociedade, ou pelo menos dos segmentos interessados, em busca da ampliação da cidadania.

CAMPOS (1988a) considera ser este projeto contra-hegemônico e de transformações radicais, diferindo, entre os diversos intelectuais a compreensão sobre o seu caráter, pois a sua compreensão particular aos princípios que a norteiam para atingi-la tem sido diversa.

Durante a Constituição de 1988 e as inúmeras comissões posteriormente formadas para estruturar o SUS houve técnicos inseridos nas instâncias estatais cujos propósitos se sobrepuseram a outros com visões mais socialistas. CAMPOS (1988a) comenta que:

Apesar dos limites 'transformistas' desse projeto, seus defensores trouxeram inúmeras contribuições à análise e a prática institucional e se constituíram nos principais formuladores de normas legais, em larga medida incorporadas na Constituinte de 1988 e nas regulamentações posteriores CAMPOS (1988a, p. 43).

Alguns ganhos no processo também podem ser observados na década de 1990, tais como o incremento das instâncias de participação em Conselhos de Saúde e a própria descentralização, bem como transformações na gestão observadas como decorrência deste processo (BARROS, 1998). A descentralização pode tornar mais eficaz a administração pública permitindo democratização de espaços decisórios, maior participação social e o controle sobre a ação estatal.

Destaca-se que o sistema de saúde brasileiro deva possuir as seguintes características, ou diretrizes doutrinárias do SUS: acesso universal, integralidade da atenção, ênfase em ações de promoção e proteção da saúde, descentralização e controle social.

Os vários serviços de saúde, que podem ser considerados como uma das expressões finais das políticas públicas de Saúde, por terem contato direto com os usuários têm também a finalidade de prestar assistência integral às populações sob sua responsabilidade, definida por políticas locais.

Cabe, na organização do SUS, papel de relevância aos Centros de Saúde, base do sistema como um todo e local em que é possível solucionar grande parte dos problemas de saúde das populações a eles adstritas.

Historicamente, implantados no Estado de São Paulo por Geraldo de Paula Souza, na década de 20, adotaram o modelo americano de ações médico-sanitárias com vistas a desenvolver ações educativas, de prevenção e preservação de saúde e de controle de endemias (MERHY, 1988).

De acordo com MELLIN (1998) que apesar da criação do Centro de Saúde Modelo em São Paulo, a maioria dos serviços atuava sob a óptica de dispensários até o ano de 1967. A partir desta data os Centros de Saúde passaram a desenvolver ações programáticas voltadas para o atendimento de gestantes, da criança, da tuberculose e da hanseníase.

Essa forma de prestação de assistência à saúde, embora consideradas outras experiências, de modo geral, perdurou até o início da década de 80, época de grandes transformações ocorridas no setor saúde nacionalmente. Como já apontado, várias, de caráter racionalizador, preconizavam a incorporação dos serviços públicos de saúde das esferas federal, estadual e municipal com o objetivo de disciplinar as relações entre eles e evitar a justaposição das ações. A orientação do repasse de verbas do nível federal (Ministérios da Previdência e Assistência Social/ Ministério da Saúde) para o nível estadual (Secretaria Estadual de Saúde) possibilitou mudanças na estrutura de Rede Pública de serviços com ênfase nos serviços básicos, visando revisão do modelo assistencial vigente.

As propostas de descentralização administrativa possibilitaram aos municípios a prestação da assistência à saúde da população por meio da constituição de serviços próprios. Fato esse que não ocorria até a implementação das Ações Integradas em Saúde (AIS) em 1984, pois conforme o descrito por TANAKA (1991) a maior parte dos municípios restringia suas ações ao transporte de pacientes e a dispensação de medicamentos.

3.1- A Saúde em Campinas

Já a cidade de Campinas vivenciou experiência bastante diversa, pois a criação dos Centros de Saúde (CS) obedeceu a outras determinações. Os Postos de Saúde se iniciam por meio de trabalho de um grupo de estudantes de medicina em alguns bairros da periferia da cidade, vinculados aos movimentos populares e articulados ao Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp (SMEKE, 1989; L'ABATTE, 1990; KIRSCHBAUM, 1989). Cabe ressaltar que a cidade vivia, na década de 70, processo de urbanização e industrialização aceleradas, com intenso fluxo migratório que gerou crescimento da periferia. Paralelamente, o movimento popular, em particular as Comunidades Eclesiais de Base articulava-se para reivindicar maiores benefícios sociais dentre eles os Postos de Saúde.

Conforme vemos em KIRSCHBAUM (1989) a consolidação deste trabalho, então denominado, Programa de Medicina Comunitária, ocorreu em março de 1977, quando a Secretaria de Saúde deu início à implementação dos Postos de Saúde em bairros periféricos para o desenvolvimento de ações médicas simplificadas. Esses serviços tinham ainda como propostas a extensão da cobertura dos serviços de saúde para população moradora na periferia da cidade, a participação da comunidade e a incorporação de moradores selecionados na região para atuar como auxiliares de saúde.

Para a implementação dos Programas de Medicina Comunitária foram consideradas as características de organização dos serviços de saúde municipais e o estado de saúde das populações atendidas.

Documento da Secretaria Municipal de Saúde, levantado por KIRSCHBAUM (1989), apontava que em Campinas nos anos de 1976 a 1977 predominava a assistência curativa, característica também encontrada na organização da assistência médica do país (hospitalização e ênfase nas ações de caráter curativo).

Os serviços municipais criados na época passaram a "conviver" com uma rede ambulatorial do Estado de forma desarticulada e muitas vezes com concentração de serviços em uma mesma área geográfica.

Em 1978, houve ampliação da rede municipal de saúde por meio da criação de inúmeros mecanismos com vistas a articular a Secretaria da Saúde e os atuais Postos de Saúde pretendendo formular estratégias e políticas para o município (SMEKE, 1989).

Campinas, em 1982, foi pioneira na implementação das Ações Integradas de Saúde por meio do Pró Assistência I, segundo L'ABATTE (1990) que pretendia a integração de serviços e a capacitação de recursos humanos com ampla participação das duas Universidades, Pontifícia Universidade Católica de Campinas e Universidade Estadual de Campinas.

Na sequência acompanhando a movimentação política nacional, de implementação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), em 1987, e posteriormente do SUS a Secretaria de Saúde ampliou serviços e qualificou o sistema utilizando recursos dos convênios SUDS e SUS e, em seguida implementando gestão semiplena e plena da Saúde Pública no município, o que ocorreu na década de 1990.

Em 1989 a Secretaria de Saúde de Campinas propõe adotar como prioridade a reforma do modelo de prestação de Serviços de Saúde a ser atingida tanto por meio da expansão da rede de serviços como por medidas de mudanças de práticas de modelo e administrativas CAMPOS (1991).

Com tais finalidades foram criadas Diretorias Regionais de Saúde – atuais Distritos– com equipes multidisciplinares. Instâncias colegiadas de gestão: Colegiado de Governo, Coordenadores e Assembléia dos Trabalhadores da Saúde, com demandas remetidas ao Conselho Municipal de Saúde. Houve também estímulo à formação dos Conselhos Locais de Saúde (ainda não regulamentados por lei). O Conselho Nacional de Saúde aprova a constituição dos Conselhos em 1992 por meio da Resolução nº 33 (BRASIL, 1992).

A rede de CS, então expandida e com mais recursos humanos, deveria funcionar como porta de entrada do sistema, com capacidade de realizar ações de demanda espontânea, em atendimento ao modelo de atenção integral à saúde.

Grande movimento para qualificação da rede básica de saúde ressaltando-se o reforço ao papel de Coordenador dos Serviços, ações de gerenciamento dos serviços: planejamento anual, criação das planilhas de avaliação de desempenho das Unidades Básicas de Saúde, além da contratação de um grande contingente de profissionais, via concursos públicos (MELLIN, 1998). Destaca-se também o processo de seleção dos coordenadores de UBS por meio de prova de títulos e que foi deixado de lado nas gestões posteriores para as quais esses cargos assumiram o *caráter* de confiança, até a nova gestão do Partido dos Trabalhadores, iniciada em 2001.

Posteriormente, podemos dizer que o momento mais significativo para as políticas locais de saúde foi à implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família. Anteriormente a este momento houve inúmeras discussões no interior do Conselho Municipal de Saúde, acompanhando uma movimentação nacional, acerca da viabilidade da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) proposto pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 1994, no sentido de reordenamento do modelo assistencial em saúde e de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vale lembrar que o início de PSF foi marcado por uma situação de resistência por vários segmentos, estando, na ocasião, vinculado ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, sem articulação com outros setores do Ministério da Saúde (SOUZA, 2000).

Além disso, as grandes dificuldades apontadas para a viabilidade da proposta diziam respeito ao financiamento e aos recursos humanos. Contribuiu também para a compreensão equivocada da proposta o fato do documento inicial do PSF focar em sua ação os 32 milhões de excluídos, contrariando, em uma primeira leitura, os pressupostos de universalização e equidade do SUS. Para chegar a estes dados acerca dos supostos excluídos sociais houve seguimento do mapa da fome do IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas) sendo rotulado por vários técnicos como um programa de “pobre para pobre” de acordo com as premissas e suas origens conceituais (SOUZA, 2000, p. 8).

Algumas alterações ocorridas na própria estrutura administrativa do MS como a criação do Departamento de Atenção Básica e particularmente aquelas ocorridas no campo de financiamento, foram determinantes para superar a condição de marginalidade inicial adquirindo prioridade para o Ministério.

As primeiras experiências na área de Saúde da Família tiveram início na região Nordeste do país, com ações voltadas para o combate da mortalidade infantil e materna sendo desenvolvido por um único profissional– o agente comunitário– dada a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. A expansão da atuação deste profissional para as áreas metropolitanas provoca uma revisão de seu papel, uma ampliação de seu trabalho, dada a:

identidade que ele mantém com as pessoas, pela facilidade de interlocução, pela capacidade de facilitar o vínculo com o restante da equipe e pela possibilidade de atender os interesses, necessidades e potencialidades da própria comunidade..... possibilitando a criação de laços de compromisso e coresponsabilidade entre os serviços, a equipe e a população (SOUZA, 2000, p. 12).

Constituem-se como características fundamentais da atual Estratégia de Saúde da Família a concepção do modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como direito de cidadania; o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, por meio da constituição da equipe de saúde da família. Nela, cada profissional teria papel específico buscando, de forma integrada, o enfrentamento dos problemas e a definição conjunta das possibilidades de intervenção.

Também contempla a prestação da assistência integral à saúde dos indivíduos nos diferentes ciclos de vida e das famílias, envolvendo ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, além da recuperação e a aplicação do princípio da vigilância à saúde utilizando o enfoque de risco como método de trabalho.

A assistência à família, núcleo básico de atendimento à saúde, deve ser considerada em seu contexto social envolvendo a prática de saúde humanizada. Para tanto é importante o desenvolvimento das ações intersetoriais; o estímulo à participação da comunidade e sua organização além do estabelecimento de efetivo vínculo entre profissionais de saúde- família- comunidade (FEURWERKER e ALMEIDA, 2000).

É possível se dizer que, de forma mais enfática, desde o início da década de 1980, ocasião em que as AIS assumem a necessidade de investir recursos financeiros e, acentuadamente após o nascimento do SUS (1988) está contida no texto constitucional a questão e a importância dos Recursos Humanos no que tange à sua formação e atuação, constituindo-os como objeto de análise, reflexão e preocupação.

Vista à distância a situação é considerada como de muita gravidade, principalmente ao se pensar nas dimensões do Brasil e num sistema de saúde que abarca, a despeito do uso da terminologia ‘único’, na legislação várias lógicas a partir de mesmos ou de diferentes interesses de prestadores. Dentre eles, destaca-se o setor privado, conveniado, ou não ao SUS; o de medicina de grupo além, é claro do público, ofertando assistência direta e regulamentando o mercado. Inicialmente, isto já se constitui como grande problema para as instâncias da educação formal.

Analisado o caso da enfermagem, profissão composta por segmentos do ensino fundamental, médio e superior, além da educação em serviço, ou para o serviço, a questão torna-se mais complexa.

Ao elencarmos as inúmeras facetas, que se tornam questões para debate nos deparamos com o grande contingente numérico representado pelos profissionais de saúde: todos aqueles envolvidos na prestação de assistência aos sujeitos de modo direto ou não. Também aí estão presentes os modos de pensar diversos destes sujeitos- diferentes ideologias- que sustentam suas práticas, embutidas no ensino e na prestação de serviços. Neste caso, se consideramos que um mesmo trabalhador pode ter inserção em serviços de saúde de várias naturezas, significa que ele se envolve com modelos e lógicas diferentes de ação, sendo ele uma mesma pessoa.

Um outro problema é dado pelos baixos salários, o que obriga que o profissional tenha vários vínculos empregatícios. Na profissão de enfermagem, como exemplo, um mesmo profissional de nível universitário tem dois e até três empregos, o que tem sido objeto de estudo de diversos autores. No caso da Faculdade de Enfermagem da PUC há alunos em nosso curso de graduação, que atuam como auxiliares e técnicos, que têm até duas inserções em serviços diversos, o que também ocorre com egressos que freqüentam as especializações em Gestão e Enfermagem em Terapia Intensiva.

Estamos diante de uma questão: como um mesmo profissional assume seu papel em um Hospital Privado e num público, ou SUS conveniado? De que forma se porta? Visto pelo seu aspecto pessoal: qual seria seu cansaço e stress? De que forma se dá sua inserção política? Tem sido tratado de modo humanizado? Trata de modo humanizado?

Caso estas questões não sejam colocadas, um primeiro argumento nem sempre verdadeiro, é o de que grande parte da responsabilidade pelo ‘mau’ funcionamento das coisas, ou seja, das práticas em saúde, assumido em muitas circunstâncias pelo discurso oficial, seria do trabalhador da saúde. Afinal dele, como veremos a seguir, se espera ética, compromisso, vínculo, responsabilização.

Por outro lado, das escolas (instância da formação) se espera que o produto, não materializado - compreendendo como materializado o que se têm na engenharia, por exemplo, o edifício, a estrada, ou na indústria têxtil, tecido - o acadêmico com sua bagagem de conhecimentos, seja o de melhor qualidade e portador de todas as competências e atributos aqui descritos, ficando uma grande questão para todos: como fazer? Em outras palavras, de que modo se dá, na prática, o projeto pedagógico que sustenta as instituições de ensino?

OFFE (1984) coloca de forma muito pertinente esta questão, ou seja, o espaço do trabalhador da saúde, ou mesmo do professor para introdução do seu modo de fazer as coisas na atuação direta com a clientela, o que também discutiremos a posteriori.

Há uma complexidade na temática dos trabalhadores em saúde e amplos sentidos da dificuldade de se trabalhar com ela. Isto se torna mais problemático, enquanto não se dá conta das questões subjacentes a ela e que têm sua origem social e seu termo na própria sociedade. Neste sentido, pretendemos nos aproximar do problema trazendo as contribuições de diversos autores que se dedicam a estes estudos.

***4- POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE***

A formação do profissional de saúde para atuar no SUS, tanto acadêmica, ou seja, por meio dos conhecimentos adquiridos nas escolas, quanto em serviço, pela educação permanente necessita partir da premissa do respeito ao princípio constitucional e humanitário do direito à saúde, e, mais que isto, superar a visão biologizada do homem, que sustentou o ensino e a prática por muitos anos, seja pelo exercício da cura da doença e não do doente, seja pelo campo onde se dá a maior parte da formação, o hospital. Considerando o local, hospital, como último recurso de um sistema que se baseie nas ações de promoção e prevenção e que conte com serviços de menor complexidade em pleno funcionamento.

As escolas, neste caso as de enfermagem, têm relevância para que se possa refletir sobre esta questão, pois, elas se orientam por projetos políticos - pedagógicos ocultos ou explícitos. Os explícitos escritos em documentos, ementas, projetos, os ocultos, nas formas de expressão de seu corpo docente, nas oportunidades de ensino realmente propiciadas, no tipo de estratégia adotadas (MOREIRA, 1997).

Deve-se considerar também, o que é fruto da experiência e observação, que os professores das escolas da saúde lidam com saberes específicos e veiculam ideologia em suas ações e no seu modo de ensinar. Com relação à inserção profissional, muitos têm vínculo trabalhista no setor privado o que pode trazer conflitos ao se pensar em princípios que regem o SUS. Isto é, são exemplo de práticas assistenciais, muitas vezes, contrárias ao preconizado como diretrizes para ação.

Além do conteúdo escolar o cotidiano dos serviços de saúde promove a educação, por meio da experiência concreta, o que se dá nas inter-relações entre os diversos profissionais e a clientela e nos quais se configuram os vários saberes e visões de mundo.

Neste sentido COCCO (1999a) comenta que as práticas de saúde têm sua expressão nos serviços de saúde, por meio da educação apontando a necessidade de que os profissionais reconheçam seu conteúdo ideológico, além das inúmeras contribuições decorrentes das relações dialógicas e emancipatórias com a clientela.

A questão da formação dos recursos humanos para o Sistema, como veremos posteriormente, e também na análise das intervenções estatais traz controvérsias. Pois, muitas vezes, quando em reuniões com prestadores diretos de serviços, até mesmo de modo informal, apontam-se as falhas das escolas (Universidades) que, na visão de senso comum, ‘ensinam teoria’ distante da ação. Também, por sua vez, as escolas, nas inúmeras reuniões de avaliação, a Faculdade de Enfermagem, por exemplo, formulam críticas aos serviços que a seu ver ‘não aplicam a teoria’ faltando aí o sentido da ação conjunta, afinal, a escola deveria formar buscando inserção qualificada no campo do saber e da prática.

Pode-se, como forma de minimizar esta problemática, adotar um conceito que rompe com a lógica corporativista do exercício das profissões, regulamentado em lei, é o do trabalhador coletivo, isto é, a efetividade do trabalho, diante do atual estado do saber, faz com que um profissional dependa do outro na ação cotidiana (ZUCCO e CAVALCANTI, 2002).

Também, de modo que se alcance a pretendida qualificação na área da enfermagem e da saúde é importante explicitar que o profissional tem uma ação de caráter social, com suas potencialidades para transformar a realidade, considerado seu espaço de intervir e escolher, presente nas relações inter-pessoais com o outro: paciente, trabalhador, gerente.

SCHRAIBER (1995) coloca que os profissionais da saúde são, ao mesmo tempo, indivíduos privados e técnicos, sujeitos em dadas sociedades e cidadãos com formações próprias. Diante de tais considerações, a ética de suas ações dá-se para além da biomédica e das decisões de políticas de saúde e envolve a organização e avaliação de cuidados prestados aos indivíduos e pessoas, que deveria estar contida no ato técnico e interpessoal.

GARRAFA (1993) também aponta a necessidade de se pensar na ética do trabalho do profissional com objetivo de ampliar a cidadania, e mesmo resgatá-la no exercício, para além do fato de implementar técnicas e ações. Esta ética é desenvolvida na formação escolar e na prática dos serviços de saúde. Implica considerar diferenças e necessidades, relacionar-se e comprometer-se. Responsabilizar-se.

Neste sentido, para MOTTA; BUSS; NUNES (2001) a lei de diretrizes e bases da educação tem papel relevante ao reconhecer a necessidade de adoção de novas metodologias de ensino e estruturar os currículos sobre a noção de competências para o exercício da profissão, abordando também o conceito de educação permanente, o que pressupõe que a formação não se esgote nas escolas.

Para os autores MOTTA; BUSS; NUNES (2001) nos anos 1980, na Europa, o termo e o conceito de competência substitui o de qualificação, vinculada esta exclusivamente à escolarização, ou seja, uma vez formado já estaria apto ao exercício profissional. Já a competência toma por base os resultados, ou seja, como se é capaz de agir diante de situações problema postas. Assim, sobrepõe-se à qualificação por abarcar dimensões mais amplas: cognitiva, intelectual, técnica, organizacional e comunicativa.

Um currículo organizado sob a ótica da competência traria vivências práticas com similitude ao mundo do trabalho daquele profissional e da equipe, privilegiando o aprendizado individualizado e processual. Teria como princípio a inserção precoce do estudante no mundo do trabalho.

Também é sabido que o projeto que entendemos deva nortear a ação em saúde seja o da Reforma Sanitária, dependente da inserção profissional e do compromisso com a transformação da sociedade, um de seus princípios básicos. A reforma pretendida vai além da legislação, porque tem aplicabilidade no cotidiano o que é maior que a reorganização de serviços e do sistema de saúde e depende de inúmeras conjunções da sociedade como um todo (CAMPOS, 1988a; b; 1992).

SIMIONE e ATIQUÉ (1993) relatam que os princípios que norteiam o SUS, em suas inúmeras estratégias de implementação, e, portanto, subsidiam o que se entende por reforma sanitária, antecedem a década de 1980. Sua origem é social e foi mantida por núcleos de intelectuais, mesmo durante a ditadura militar destacando-se, em sua visão, os Departamentos de Medicina Preventiva além do movimento popular; sindical e de profissionais de saúde com esses mesmos anseios, idéia desenvolvida também por SMEKE (1989).

Quando da implementação do SUS um grupo de pensadores da área da saúde entendeu que grande parte da reforma seria sustentada no arcabouço legal o que, posteriormente se comprovou não ser via única para alcance das pretensões, até porque o trabalho em saúde, como já dissemos, depende dos técnicos de ponta e da participação popular. ELIAS (1993) aponta a reforma como estratégia possível para a transformação social, em construção, não como um fim. Com intrínseca dependência da obtenção da plena cidadania e da consolidação da sociedade democrática.

Daí se depreende que todos os envolvidos no processo de trabalho na saúde, prestadores de serviço, gerentes, técnicos e usuários joguem papel de relevância para alcance dos objetivos contidos no ideário da reforma. Os profissionais de saúde, aqui compreendidos como executores finais das políticas de saúde devem ser vistos como figuras centrais neste debate. Neles se concentram muitas das possibilidades de transformação da assistência, o que leva a reflexões acerca de seu processo de trabalho nas diversas posições que ocupem no sistema, bem como decorrentes, de forma direta ou não, de sua formação.

De acordo com SAKAI et al (2001) os recursos humanos sempre se constituíram como pauta na discussão do SUS e, para sermos mais precisos, anteriormente a ele. Como forma de expressão estão presentes assuntos como formação, qualificação, processos de trabalho e de gestão, o que pode ser entendido, como busca do profissional adequado para nele atuar. Deve ter perfil para atender o que dele se espera.

Estes autores SAKAI et al (2001) comentam, com relação ao número de profissionais com atuação no SUS, que a distribuição quantitativa daqueles com nível superior, médicos, dentistas e enfermeiros, em particular, é heterogênea em todo o território nacional havendo maior concentração na região Sudeste do país. Além disto, comparadas as proporções, observa-se maior número de médicos em detrimento aos outros profissionais, em todas as regiões. Como exemplo, no Brasil, em 2000, pode-se apontar a proporção de quatro médicos para um enfermeiro e um e meio para cada dentista, considerados 10.000 habitantes.

No cenário da formulação das políticas são tratados genericamente como Recursos Humanos. Para alguns autores é mais adequada a expressão ‘trabalhadores de saúde’. O termo, por si, subjetivaria sua ação, ou seja, em vez de tratar estes sujeitos sociais como mais um recurso do trabalho, dentre os físicos e materiais, os tornaria personagens, sujeitos do trabalho em saúde.

Ao se tratar das denominações podemos ter: “Profissionais de Saúde, Pessoal de Saúde, Trabalhadores da Saúde, Força de Trabalho em Saúde e também Recursos Humanos em Saúde” (SAKAI et al, 2001, p. 112).

Jairnilson Paim aponta as diferenças no uso das diversas denominações que, para ele não têm apenas diversidades semânticas. Assim por **pessoal de saúde** se entenderia um conjunto de trabalhadores com formação específica; **força de trabalho em saúde**, população economicamente ativa (PEA, como classificado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE) vinculada ao mercado de trabalho, de forma independente da capacitação. **Profissionais de Saúde** toma em conta a formação, de forma independente do emprego, por ser capacitada para este exercício e **trabalhadores de Saúde** como todos que têm inserção direta ou não na prestação de serviços de saúde, no atendimento direto à clientela ou não, o que aproxima mais o conceito da ação exercida por alguém (PAIM, 1994).

A definição de Recursos Humanos coloca os sujeitos como mais um dos componentes da organização. Assim, considerada uma definição clássica, por Recursos Humanos se entenderia os que participam de uma empresa, em qualquer de seus níveis hierárquicos, diferenciando-se dos físicos e materiais por não serem inertes e estáticos (CHIAVENATO, 1985).

Diversos outros autores, como veremos, tratam da ampliação deste conceito dos Recursos Humanos em Saúde (RHS), ou mesmo da mudança da terminologia, considerando os sujeitos envolvidos no trabalho em saúde, incluídos também os usuários. Como exemplo:

Considerando o processo saúde-doença como determinado socialmente, podemos incluir os diversos atores da sociedade que atuam na saúde, como as lideranças políticas, sindicais, comunitárias e empresariais como integrantes da equipe de saúde. O envolvimento de todos os cidadãos leva a uma concepção ampliada de RHS (SAKAI et al, 2001, p. 113).

PAIM (1994) propõe que a questão desta ampliação, ou dos RHS seja analisada observando-se os modos como o sistema de formação se relaciona com os serviços de saúde e sua autonomia em relação a eles. Destaca o papel do Estado e das empresas na regulação do mercado de trabalho em saúde além dos diversos processos de trabalho em serviços de natureza diferentes o que já foi comentado anteriormente neste estudo.

GONÇALVES (1994) elaborou alguns conceitos para a discussão do trabalho em saúde abordando o espaço entre as diversas práticas e saberes veiculados pelos profissionais. Trabalho morto que tem por base a reprodução de práticas sem maiores reflexões e o trabalho vivo no qual o sujeito (trabalhador) se coloca de forma particularizada diante de pessoas únicas. Auto-governo, abordando aí o espaço de ação que não é, ou dificilmente é, supervisionado, garantindo liberdade de atuação norteadas pelos modos de pensar. Responsabilização que depende do nível de conscientização acerca da importância da ação no trabalho diante de quem necessita cuidados de saúde.

Para PEREIRA et al (1996) o trabalhador da saúde vive desta prática e muitas vezes tem uma rotina de vários empregos em modalidades de serviços diversas, muitas vezes sem tempo maior para reflexão. A isso se soma a formação em escolas que estimulam o corporativismo, ou seja, a determinação do espaço social-corporativo de um sobre o outro, o que, por si, dificulta as relações posteriores em equipes multiprofissionais. Por princípio, neste convívio coletivo há muitos interesses, formas de pensar diversas, o que nem sempre facilita o trabalho cotidiano. Também está posta a dicotomia entre os que atuam, e os gerentes e planejadores. Todas estas questões fazem com que haja, por parte das autoras, a análise de que estes potenciais sujeitos de mudança são tratados como um grande problema que muitas vezes se tenta solucionar com adoção de medidas burocráticas e, ou coercitivas, a seu ver pouco humanizadas, o que não contribui para a consolidação do projeto de reforma sanitária.

Podem também ser consideradas, como propõe SAKAI et al (2001), as vertentes da preparação dos recursos humanos por meio da educação formal – formação e o que se denomina como capacitação – educação necessária ao trabalho, ou qualificação para o exercício de uma atividade.

MOTTA; BUSS; NUNES (2001) abordam a necessidade da formação contínua do profissional de saúde e, no caso do SUS, responsabilidade do Estado, conceituando os termos educação continuada e permanente. Termos com naturezas metodológicas e de base conceitual diversas. Assim, permanente diz respeito à educação cotidiana, nas vivências de problemas e situações tornando o aprendiz sujeito da aprendizagem, enquanto continuada pressupõe formação após a graduação, em algum nível formal, de modo estanque, em tempo definido e usando métodos tradicionais. Para RIBEIRO (2001) na educação permanente se inter-relacionam escolas e serviços considerando a prática em sua dinamicidade nem sempre dependente da teoria prévia.

De acordo com REDE UNIDA (2004) já na Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, nos artigos 12 e 13 está escrito que: "serão criadas comissões intersetoriais, de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde" cujas atribuições envolvem os recursos humanos. O artigo 14 refere-se à criação de comissões permanentes para integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. E seu parágrafo único prevê as funções destas comissões, que deverão propor políticas e estratégias para a formação, o ensino e a pesquisa. No artigo 27 da mesma legislação há estabelecimento de que deverá haver uma organização nacional para reger a formação, o ensino em todos os níveis e a pesquisa considerando o SUS, no parágrafo único como campo de prática de ensino e pesquisa em conjunto com as instâncias responsáveis pela educação no país.

As Conferências Nacionais de Saúde e as de Recursos Humanos podem, para RIBEIRO (2001) e MOTTA; BUSS; NUNES (2001) ser consideradas como marcos na definição de políticas para a área. Os autores colocam que as duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde, ocorridas, respectivamente em 1941 e 1950 dispunham mais geralmente sobre a formação superior focada no médico. Em 1963 há uma terceira Conferência que discute a formação de técnicos para a área. Nos anais da IV e V

(1967 e 1975) discute-se o termo “treinamento em serviço” com objetivo de capacitar o pessoal de nível médio, apenas na VI, em 1977, a educação continuada figura explicitamente havendo aí a recomendação de que fosse criada a carreira de sanitaria.

Em 1980 ocorre a VII Conferência que se relaciona à extensão de programas de assistência, estendidos à população, além de mencionar a integração docente-assistencial e a educação. Já a VIII Conferência, (1986) e a IX (1992) sugerem a discussão da temática dos Recursos Humanos em fóruns específicos, devido ao reconhecimento de sua importância. Faz parte do relatório final da X Conferência, realizada em 1996 a seguinte recomendação:

Estabelecer, imediatamente, uma agenda de prioridades para a implantação de política de recursos humanos coerente com os princípios e diretrizes do SUS, que valorize o trabalho na sua qualidade e seus resultados para a população, rompendo a atual situação perversa de má remuneração e não incentivo à qualificação e que construa um pacto ético e solidário entre os gestores, os trabalhadores de saúde e a população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE X, 1996, p. 95).

A XI Conferência, de 2000, preconiza, diante da constatação da grande problemática decorrente das políticas de recursos humanos e do cotidiano nacional da saúde:

Uma política de Recursos Humanos para o SUS, com contratação através de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário. Nesta perspectiva é imprescindível a efetiva implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos e das mesas nacionais, estaduais e municipais de negociação do SUS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE XI, 2000, p. 2).

A primeira Conferência de Recursos Humanos de 1986 define o conceito de educação continuada como prática de fortalecimento dos Serviços de Saúde que poderia, em médio prazo, contribuir com a formação dos profissionais de nível universitário. Em

1993 ocorre a II Conferência que propõe, em meio a outras medidas, que as instâncias governamentais dos Estados e Municípios sistematizem mecanismos e setores de prestação de educação continuada.

RIBEIRO e MOTTA; BUSS; NUNES (2001) realizando análise das Conferências propõem:

O que podemos observar através desta breve passagem pelas Conferências, é que, se por um lado a educação continuada cresce nos discursos, no que se refere à formulação de propostas permanece no campo de proposições ainda demasiado genéricas.

Exemplificam deste modo seu argumento:

Um recente documento publicado pelo Ministério da Saúde (sic) sob o título de “Política de Recursos Humanos para o SUS, Prioridades e Diretrizes para a Ação do Ministério da Saúde” (MS-1995) apenas confirma esta observação. No referido documento o fomento aos processos de educação para o trabalho em saúde, é definido como uma das quatro prioridades de Ministério, e assim aparece na abrangente proposta formulada: fomento ao desenvolvimento e à aplicação de metodologias educacionais voltadas para a educação continuada do pessoal dos serviços, que permitam sua qualificação coerente com os novos postulados assistenciais do SUS, através das Escolas e Faculdades de Ciências da Saúde, as quais teriam, assim, espaço concreto para efetuação de seu declarado compromisso com o interesse social por melhores serviços à população, o que, em última instância, se refletiria no desenvolvimento do próprio ensino de graduação.

E sintetizam: “Observamos, assim, nos documentos das Conferências uma caracterização vaga dos processos de educação continuada/permanente no que diz respeito às suas dimensões metodológicas, organizacionais e estratégica.” (RIBEIRO e MOTTA; BUSS; NUNES, 2001, s.n.)

Com relação ao tema, os serviços de saúde adotaram algumas estratégias, mais significativamente, a partir da década de 1970, um movimento visando adequar os profissionais ao então proposto modelo de saúde que pretendia romper com práticas vigentes.

Importante lembrar que, na área da enfermagem, no ano de 1986, é promulgada a Lei do Exercício Profissional prevendo a extinção dos atendentes de enfermagem, profissionais praticamente sem escolaridade, como categoria profissional. Desta data previu-se prazo de dez anos para sua extinção. Anteriormente, prevendo sua posterior capacitação, o Conselho Regional de Enfermagem registrou todos os profissionais da área.

De acordo com MELLIN (1998) para capacitar este contingente profissional, nacionalmente, foi criado o Projeto Larga Escala por iniciativa das instituições de Saúde. GUIMARÃES (1989) enfatiza a preocupação estatal com a adequação da formação às necessidades dos serviços. Para a autora, a partir de 1963, o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), juntamente com o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) desenvolviam atividades de formação de pessoal de nível médio, havendo outras iniciativas posteriores. A experiência do Projeto surgiu no início da década de 80, sob coordenação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), envolvendo os Ministérios da Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia e Previdência e Assistência Social.

SANTOS et al (1987) apontavam que ele tem sua origem na valorização do papel dos profissionais e em sua importância para a consolidação do SUS e Reforma Sanitária. Ao projeto competia o segmento profissionalizante do curso de auxiliar de enfermagem, assim, os alunos inscritos deveriam ter cursado o então denominado primeiro grau (primeira a oitava série), por meio do ensino, regular ou supletivo o que se daria de forma concomitante ou mesmo posterior. A entrega do certificado com o título de auxiliar de enfermagem estaria, portanto, atrelada ao certificado do 1º grau.

Mais marcadamente em 1987 houve uma preocupação com a qualificação dos gerentes para as atividades do SUS tendo início, por meio de parceria entre o Ministério da Saúde e a OPAS o Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de

Saúde (CADRHU) com apoio da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCO); Universidade de Brasília (NESP); Universidade Estadual de Londrina (NESCO); Universidade Federal da Bahia (Departamento de Medicina Preventiva) e Escola Nacional de Saúde Pública, do Rio de Janeiro. Qualificou 1664 profissionais entre 1987 e 1997 (SAKAI et al., 2001).

Para a qualificação também de gerente, outra iniciativa foi o GERUS-Capacitação de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde, em convênio, também, com a OPAS, cuja implantação se iniciou em 1993, por meio da parceria entre Secretarias Estaduais e Universidades, pois o Curso tinha natureza de especialização 'latu sensu'. Havendo, na época, também convênio com a PUC-Campinas. Ao final de 1995, foram formadas 700 pessoas (SAKAI et al., 2001).

Também as Universidades apresentaram propostas no sentido de capacitar profissionais de saúde por meio de processos de integração entre docência e assistência (IDA), que, de acordo com MARSIGLIA (1995) foi uma iniciativa apoiada pela OMS (Organização Mundial de Saúde), OPS e Fundação Kellogg, iniciada no final da década de 1970 e amplamente discutida. Segundo a autora:

Concebida como um processo social, parte do processo global da sociedade, que exigia participação da comunidade, compreendia a formação de todas as categorias profissionais e um compromisso claro entre as instituições com a manutenção da individualidade delas. Defendia também um novo processo de ensino-aprendizagem mediante vivências práticas na realidade concreta e participação do aluno... (MARSIGLIA, 1995, p. 31-2).

A Rede UNIDA, inicialmente Rede IDA, criada em 1985, subsidiada pela OPAS e por diversas outras instâncias públicas nacionais, além das Universidades na qual se integram também os Projetos UNI congregam vários segmentos interessados e comprometidos com a formação de Recursos Humanos em Saúde, contando com, na atualidade, 70 instituições. Iniciou com o objetivo de articular projetos de integração docente assistencial de forma a romper as distâncias entre eles, considerado seu impacto no SUS (REDE UNIDA, 2004).

A Rede UNIDA conecta pessoas que executam e/ou articulam projetos que têm como objetivo comum o desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Caracteriza-se pela diversidade de projetos e de experimentos na área da saúde que buscam uma mudança no modelo de atenção, no modelo de ensino e na participação social no setor. Como forma de articulação multicêntrica de situações heterogêneas, a Rede Unida tem múltiplos nós que constituem lugares de articulação, não estando a propulsão das suas ações localizada em um único lugar fixo. Os participantes da rede são portanto heterogeneidades que se articulam e se organizam em torno de algum propósito comum. O poder da rede está na riqueza das conexões, na riqueza dos vínculos e a existência de uma coordenação tem o sentido apenas de facilitar a circulação dessas relações (REDE UNIDA, 2004, p. 1).

Destacamos, que muitos têm sido os investimentos de diversos autores nas reflexões acerca da temática aqui discutida, dos quais traremos alguns exemplos.

TEIXEIRA e SÁ (1996) analisam o referencial da área de Planejamento e Gestão em Saúde no âmbito acadêmico. As autoras iniciam o estudo com uma revisão sobre a criação da Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, em 1979, comentando, já na ocasião, os processos de sistemas de planejamento setorial, em torno de questões relacionadas à pesquisa, ao ensino e à cooperação técnica no processo de implementação do SUS.

Foram enunciados oito grupos temáticos denominados como áreas, com diferentes generalidades e especificidades, subdivididas em “sub áreas” e “temas”. A partir dos relatórios formulados, as autoras discutiram as tendências observadas embasadas em questões teórico-metodológicas, possibilitando a definição das estratégias institucionais para a superação das dificuldades e obstáculos no âmbito da Pesquisa, do Ensino e da Cooperação técnica, tendo como referência o processo de construção do SUS. Propõe a reflexão e um debate nos diversos núcleos acadêmicos, visando aprofundamento e uma melhor compreensão da dinâmica do desenvolvimento científico e técnico da área, bem como propostas para o fortalecimento e aperfeiçoamento das atividades de Pesquisa, Ensino e Cooperação.

SCHRAIBER et al. (1999) apresentam um estudo do conjunto de problemáticas para o planejamento e gestão dos serviços de saúde, a partir dos processos de trabalho, produtores diretos da assistência e dos cuidados em saúde. Buscam contribuir com questões relevantes ao estudo das interfaces entre a gestão e o trabalho em saúde, abordando o planejamento e a gestão como produção de um trabalho; visando a racionalidade produtiva.

A integralidade das ações, e interdisciplinaridade das práticas e interação entre multiprofissionais no trabalho e equipe, tal como a qualidade resolutive da assistência, a eficácia técnico-científica e a adesão e intercomunicação na relação entre diversos profissionais e os usuários dos serviços, são questões pontuadas.

Para os autores, existe uma nova perspectiva de propor projetos de intervenção na organização do coletivo do trabalho. Citam Castanheira, em estudo de 1996, para quem o produto das políticas de saúde brasileiras na construção do SUS foi tomado como questão social e de Estado. Assim, o Estado brasileiro, interferiu no mercado e nos postos de trabalho na saúde, praticando políticas de proteção social, abrindo espaços profissionais em seus dispositivos e aparelhos prestadores de serviços. Indicam que, em razão da atual globalização dos mercados, há uma tendência a se adotar políticas que passem tanto a “desproteger” o trabalho e o trabalhador, quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados interferindo em seus processos de trabalho, ou seja, em muitas ocasiões enfatizando aspectos técnicos tais como produção e produtividade, de suma importância, temos claro, mas que não se configuram, isoladamente, como indicadores de qualidade de assistência.

As ações estratégicas do Estado e seus respectivos gestores são questionados quanto aos modos da prestação da assistência, padrões de produtividade, valorização do médico e da equipe, resultados alcançados junto à população e suas relações na articulação do setor público e privado muitas vezes sem discutir de que modo os trabalhadores estão preparados para executar, e mesmo aderir, as estratégias propostas.

Também nesta linha de preocupação com os executores do planejamento SÁ (2001) discute as diversas características que envolvem o planejamento e seus atores considerando-nas em suas dimensões cultural, subjetiva e inconsciente, já AZEVEDO (2002) vê necessidade de se discutir a liderança e o melhor modo de exercê-la na área da saúde.

Autores como Juarez Furtado e Francisco Rivera discutem a incorporação de métodos e técnicas de ensino e aprendizagem incorporados ao planejamento, o primeiro na perspectiva construtivista e interessado nas abordagens avaliativas consideradas de quarta geração com modelos circulares de gestão e discussão de propósitos, citando a literatura estrangeira incorporada por Gastão Campos ao propor o “Método da Roda” contido em texto base para os serviços de saúde de Campinas incorporados ao Projeto Paidéia FURTADO (2001); RIVERA e ARTMANN (1999) dão ênfase ao aprendizado gerencial com base nas teorias de aprendizagem organizacional, considerando que a conscientização dos indivíduos, a partir do aprendizado, seja essencial para que se efetivem mudanças necessárias das ações de planejamento.

PIERANTONI e RIBEIRO (2001) consideram que os recursos humanos em saúde e suas ações devam ser centro do debate diante da reforma do Estado, enfraquecido no momento na América Latina como um todo, e que são necessários processos de reintrodução destes profissionais em todas as ações do setor saúde, deixando ainda claro, o papel estatal de investir na capacitação contínua.

A formação dos enfermeiros com perfil para atuar em saúde pública têm sido preocupação antiga de vários autores e das agências mundiais de fomento à saúde tais como Organização Pan-americana e Mundial de Saúde (OPS e OMS) que vêem o profissional com potencial para a gerência dos serviços e a atuação na educação em saúde.

A pesquisa de STEAGALL-GOMES (1990) na qual se caracteriza o profissional enfermeiro, no trabalho de enfermagem em saúde pública, estudo realizado com dados primários coletados de questionários na cidade de Ribeirão Preto-SP e região pode ser considerada exemplar. Nele se evidencia a importância do levantamento das necessidades de saúde da população, o que resultaria na melhoria da prestação de serviços e da utilização dos recursos humanos como serviço indispensável.

De modo geral, os resultados indicam que as enfermeiras sentiam-se preparadas para a execução de suas atividades, apesar de serem cobradas pelo exercício de funções não previstas por lei e muitas vezes assumidas. Com relação às práticas das enfermeiras, verificou-se que as ações administrativas ocupavam a maior parte de seu tempo, seguidas

da assistência, ensino, assessoria e pesquisa. Várias delas com inúmeros profissionais sob sua responsabilidade e, muitas (59,0%) relatando algum tipo de insatisfação com o trabalho, embora a quase totalidade tenha referido pretender aposentar-se no exercício da função. Na ocasião, não havia municipalização dos serviços, cabendo à rede estadual a realização da assistência.

MATUMOTO; MISHIMA; PINTO (2001) empreendem um resgate histórico do campo teórico da saúde coletiva, pensando na inserção da enfermagem na área (além dos objetivos e finalidades desta atuação conjunta com outros profissionais). Recomendaram a partir desta análise, que os enfermeiros busquem maior autonomia de suas práticas e dêem ênfase ao vínculo e ao acolhimento da clientela.

SILVA et al (2002) descrevem pesquisa efetuada com enfermeiros de Campinas-SP, em 1998, durante oficinas de trabalho de um determinado projeto com 162 profissionais, com análise de conteúdo de falas. Observaram que a maior parte dos profissionais atuava como educador da equipe e população, além de realizar ações de vigilância e co-gestão das unidades.

É consenso entre os estudiosos do setor saúde que a área de recursos humanos se constitui em elemento crítico na transformação do sistema de saúde. Essa compreensão ganha maior ênfase a partir da implantação do PSF/ESF, entendendo-se que a formação de profissionais de saúde constitui “desafio crucial para o êxito da proposta” (CORDEIRO, 2000, p.39). Tal constatação demanda para as instituições formadoras uma revisão na proposta de formação dos profissionais de saúde de modo a atender o perfil profissional para atuar no SUS.

“É necessário que o sistema formador de recursos humanos repense a partir de uma perspectiva histórica, sobre para quem, como e com que propostas vem formando profissionais de saúde” (PIANCASTELLI et al, 2000, p. 45).

A formação de profissionais de saúde além de atender às recomendações da legislação na área da educação deve se dar em consonância com as diretrizes da política nacional de saúde dentro de um modelo que responda às reais necessidades de saúde da população

O PSF (Programa Saúde da Família) vem fomentar juntamente com as diretrizes curriculares das várias áreas, consequência da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), um movimento de revisão do ensino na área da saúde, inicialmente determinado pela necessidade de adequação do perfil profissional para atuar no novo modelo de atenção à saúde e ainda porque se configura um novo mercado de trabalho com possibilidade de inserção de grande contingente de profissionais, especialmente médicos e enfermeiros.

A estratégia de saúde da família propõe a reorganização da prática assistencial em novas bases, que se refletem na mudança do objeto da atenção, nas formas de atuação, na organização geral do serviço. Sabe-se que a formação do profissional não deve ocorrer de forma isolada do contexto político-social, e sim estar em consonância com as diretrizes de uma política nacional de saúde, em um modelo que priorize a integralidade, resolutividade e a equidade.

Esta ordem de dificuldade leva o Ministério da Saúde, na condição de gestor nacional do SUS e tendo como prerrogativa a ordenação de recursos humanos para o setor, a instituir os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, que vinculados às universidades (ou instituições de ensino superior), implementam programas de formação destinados a profissionais já inseridos em serviços de saúde da família.

Assim, essas instâncias de formação:

ao assumirem o compromisso de articular ensino e serviço e promover a capacitação de pessoas para o setor, têm se consolidado como um dos atores principais na tarefa da interlocução e catalisação das ações que buscam elevar a qualidade da saúde da família (PIANCASTELLI, 2000, p. 44).

Outra iniciativa de interesse para a área da enfermagem é o Programa denominado como Profae – Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, criado pelo Ministério da Saúde com vistas a conferir qualidade aos serviços de saúde dependentes da equipe de enfermagem, formada numericamente, por um grande

contingente de profissionais de nível médio, ou assim denominados. É comentário do COFEN (2004), que a despeito da Regulamentação, em 1986, da Lei do Exercício Profissional o que ocorre nacionalmente e justifica a iniciativa:

Isto porque o setor saúde foi utilizado historicamente no Brasil como espaço para assegurar o emprego de milhares de trabalhadores sem qualquer capacitação para os diversos trabalhos da área. Em 2000 estimava-se existirem aproximadamente 225.000 profissionais, em nível nacional, genericamente classificados como de nível médio, atuando como atendentes de enfermagem, nos segmentos público e privado que compõem o SUS (COFEN, 2004, s/n).

Esta proposta de formação teve início no ano 2000, duração prevista de quatro anos e contou com o investimento de 370 milhões de dólares, fruto de empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Tesouro Nacional e Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Conta ainda com apoio da Organização das Nações Unidas por meio da Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). O programa visa capacitar ‘atendentes’ como auxiliares de enfermagem, responsabilizando-se por ofertar acesso ao primeiro grau completo, e auxiliares em técnicos.

No que se refere às instituições formadoras, a ABEn, com apoio da OPAS, desenvolveu o Programa de Sustentabilidade para a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem com o intuito de apoiar a construção e implementação dos Projetos Político-Pedagógicos para este nível de ensino. Ressaltamos que tal projeto teve início em maio de 2002.

Na tentativa de consolidar sua participação na formação de trabalhadores da área da saúde o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b) assume tarefas relativas à formulação de políticas para formação, regulação e gestão do que denomina trabalhadores em Saúde no Brasil, criando, com esta finalidade, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde que contém o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, organizado em três Coordenações Gerais: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, voltada para a Educação Superior; Ações Técnicas em Educação na Saúde, responsável pela educação técnica e Ações Populares de Educação na Saúde com vistas à educação popular. Assume assim, o papel legislativo de gestor federal do SUS. Como estratégia de ação está descrito que:

Deve estabelecer articulação permanente com os diversos órgãos do Ministério da Saúde (MS), do Ministério da Educação (MEC), com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e as Secretarias Estaduais de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Consems) e as Secretarias Municipais de Saúde, associações de ensino e profissionais, entidades estudantis e movimentos sociais entre outros (BRASIL, 2003b, p. 2).

O documento (BRASIL, 2003b) aborda ainda as inúmeras estratégias adotadas pelo SUS, e que têm por objetivo reverter-se em benefícios da saúde individual e coletiva, cita as iniciativas em andamento que se baseiam em pedagogia que proporcione modos diversos de ensino e aprendizagem. Dentre estas se destacam os Programas de Capacitação e Formação em Saúde da Família que abrigam os Pólos de Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família; a Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE) com objetivo de capacitar auxiliares como técnicos de enfermagem e atendentes como auxiliares; a Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde tais como o Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS); Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras); Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED); Mestrados Profissionais; Cursos de formação de Conselheiros de Saúde e do Ministério Público para o controle social, além de outras iniciativas. O próprio Ministério elabora a crítica a estes programas da seguinte forma:

Esses programas: possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições no sentido de uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS; desenvolveram condições de crítica e reflexão sistemática; estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação; introduziram mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde. No entanto, por se realizarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, tiveram limitada capacidade de: produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os

processos de mudança; promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões e não se conseguiu desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (BRASIL, 2003b, p. 6).

Com base nesta avaliação propõe que seja adotado o conceito de educação permanente que possa envolver todos os sujeitos do processo de trabalho e que de fato se dê a Educação Permanente em Saúde, com ampla participação popular, que seja capaz de transformar as práticas nos cotidianos em que elas se dêem, como demandas das equipes de atuação, recomendando:

É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente é o de aceitar que formação e desenvolvimento devem-se fazer de modo: descentralizado; ascendente; transdisciplinar. Possa propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde; a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2003b, p. 9).

A adoção destes pressupostos impõe novas práticas de atender e, principalmente, de gerenciar relações, processos, atos e pessoas, agregando ensino e serviço nesta perspectiva, o que, em princípio, a nosso ver, parece ser uma tarefa hercúlea.

A compreensão é de que a educação permanente tenha gestão realizada pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde que funcionariam como locais de articulação interinstitucional e criando espaços denominados rodas de educação permanente. Funcionando como dispositivo do SUS para as transformações pretendidas e que contariam com a participação dos vários segmentos envolvidos tais como:

Gestores estaduais e municipais; as universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo principalmente as suas áreas clínicas e da saúde coletiva; as escolas de saúde pública (ESP); os centros formadores (Cefor), os núcleos de saúde coletiva (Nesc); as escolas técnicas de saúde (ET-SUS); os hospitais de ensino; os estudantes da área de saúde; os trabalhadores de saúde; os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; os movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde; outros (BRASIL, 2003b, p. 11).

Uma das primeiras iniciativas foi tornar o SUS: “... uma escola em ato da Reforma Sanitária Brasileira, bem como se engajar com o projeto de abertura da gestão do SUS para o aprendizado *in loco/ in acto* para estudantes de graduação (BRASIL, 2003, p. 34)”.

Em outro documento do Ministério da Saúde ficam mais claros os propósitos deste projeto ora denominado “Aprender SUS” que prevê a integração entre o sistema e os Cursos de Graduação em Saúde (BRASIL, 2004).

Em que pesem os investimentos promovidos pelo MS para a formação e qualificação dos recursos humanos do setor saúde, compete às instituições formadoras ampla discussão no sentido de reorganizar o ensino para atendimento do perfil do profissional necessário para o SUS/ESF, valendo-se das reformas educacionais do país, no caso a LDB e das diretrizes educacionais definidas para as profissões da saúde.

Em nosso caso, o interesse particular reside na formação do enfermeiro. Para melhor compreender a trajetória da profissão faremos um resgate de sua história e dos modos como ela foi organizada no país.

***5- TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM NO
MUNDO E NO BRASIL:
contexto das práticas de saúde***

5.1- Primórdios da Profissão

“A enfermagem é uma prática social que está também determinada socialmente. Essa determinação se evidencia em seu pensar, em seu fazer e em sua relação com as concepções, os objetivos e os princípios de cada sociedade em que está inserida” (Castellanos apud SENA CHOMPRÉ; EGRY, 1998, p. 51).

Assim, sua prática é a resultante e a expressão dos modos de organização social num dado período histórico. Cabendo, neste momento, fazer um resgate da história do surgimento da profissão na Antigüidade e modernamente, sem, no entanto, pretendermos esgotar aqui assunto de tamanha complexidade e da seara própria dos inúmeros e competentes historiadores, tomando a história mais como cenário dos acontecimentos em que se deu a constituição da enfermagem e utilizando apoio dos que buscaram documentos como fontes para os relatos que se seguem. Nesta etapa utilizamos de forma contundente os textos de TURKIEWICZ (1995) e GEOVANINI et al (1995), além das contribuições apontadas na redação deste capítulo.

Analizando a história da saúde, de modo cronológico, no mundo ocidental, período denominado Pré-Cristão, as doenças eram tidas como um castigo de Deus ou resultavam do poder do demônio, o que perdura até a atualidade, pelo menos em algumas crenças ou religiões e caminha lado a lado com a medicina dita científica. Na ocasião, sacerdotes ou feiticeiras exerciam as funções que, na atualidade cabem aos profissionais de saúde. Os métodos de tratamento, na maioria das vezes, consistiam em modos de conter divindades usando sacrifícios. Também havia recursos técnicos disponíveis tais como massagens, banhos - uso do calor ou frio-purgativos e vomitórios. Há também o registro do uso de fitoterápicos. Os documentos que permitem construir esta história são papiros, inscrições, monumentos, livros de orientações políticas e religiosas, ruínas de aquedutos e outras descobertas nos possibilitam formar uma idéia sobre o tratamento dos doentes.

Na Grécia as primeiras teorias acerca da causalidade das doenças eram fruto da mitologia. O Deus Sol-Apolo era pai de Esculápio, semideus onde eram projetados os ideais de saúde e de cura. Já se usava sedativos, fortificantes e hemostáticos, ataduras e retiradas de corpos estranhos. Havia casas para tratamento dos doentes. Os sacerdotes de

Esculápio interpretavam sonhos das pessoas. Também adotavam banhos, massagens, sangrias, dietas, sol, ar puro, água pura mineral como medidas terapêuticas. Eram valoradas beleza física, cultural e hospitalidade. Na ocasião os estudos anatômicos foram postergados pela sacralização do cadáver. Nascimento e morte, considerados impuros, fizeram com que houvesse abandono das técnicas de obstetrícia e de doentes graves.

Hipócrates considerado o ‘pai da medicina’ dita científica, observava o doente, criando o diagnóstico, prognóstico e terapêutica. Reconheceu e relatou casos de doenças como a tuberculose, malária, histeria, neurose, luxações e fraturas. A terapêutica consistia em não contrariar a natureza, auxiliando-a a reagir, por meio da utilização de banhos, massagens, ginástica, dieta, sangria além de ventosas, vomitórios, purgativos, calmantes, ervas medicinais e medicamentos minerais.

Em Roma a medicina não teve destaque por muito tempo, sendo executada pelos escravos ou estrangeiros. O povo era essencialmente guerreiro e o Estado cuidava dos cidadãos para que estivessem aptos para a guerra, audazes e vigorosos. Havia limpeza das ruas, ventilação das casas, água pura e abundante e redes de esgoto. Os mortos eram sepultados fora da cidade, na via Ápia. O desenvolvimento da medicina dos romanos sofreu influência do povo grego. Esculápio grego era Asclépio romano.

Já no Oriente, o povo egípcio deixou documentos acerca das práticas de cura conhecidas e desenvolvidas em sua época. Neles vê-se que as receitas seriam acompanhadas da récita de frases religiosas. Já nesta ocasião praticava-se hipnotismo, interpretação de sonhos; crença da influência de algumas pessoas sobre a saúde de outras. Os atendimentos eram gratuitos e eram também recomendados hospitalidade e auxílio aos desamparados.

Na Índia, documentos do século VI a.C., sugerem que eram conhecidos ligamentos, músculos, nervos, plexos, circulação linfática, antídotos para alguns venenos além do funcionamento do processo digestivo. Havia uso de procedimentos de suturas, amputações, trepanações e correção de fraturas. As práticas de cura contaram com a contribuição do budismo, houve, à época construção de hospitais. Há, nesta civilização, citações específicas sobre os cuidadores de doentes (enfermeiros?) entre os que lidavam com saúde e sofrimento e se exigia deles qualidades morais e conhecimentos da época.

Nos locais destinados a cuidar de pessoas em situação de sofrimento (o mais próximo do que hoje chamaríamos de hospital) havia músicos e narradores de histórias. A influência da seita denominada bramanismo proibia a dissecação de cadáveres e o derramamento de sangue, considerava as doenças como castigo e fez com que o cuidado ao doente tomasse rumos específicos.

Assírios e babilônios impunham penalidades aos que se propunham a curar e não obtinham o resultado desejado: amputação das mãos, indenização, e outras. O exercício da cura baseava-se na crença mágica de que havia sete demônios causadores das doenças. Sacerdotes vendiam talismãs com orações usadas contra ataques destes demônios. Em documentos deste povo não há menção a hospitais, nem a enfermeiros. A lepra (hanseníase) era conhecida e sua cura dependia de milagres de Deus.

Na China o cuidado aos doentes era feito por sacerdotes e as doenças classificadas como benignas, médias e graves. Havia divisão dos sacerdotes em três categorias relativas à complexidade das doenças de que se ocupavam. Ao redor dos templos eram plantadas ervas. Conheciam algumas doenças, dentre elas varíola e sífilis. Realizavam cirurgias corretivas de lábios. Para as anemias indicavam ferro e fígado. Aplicavam o arsênico nas doenças de pele e usavam ópio como anestésico, não há muitos registros de outras cirurgias nem de dissecação de cadáveres, porque eram proibidos. Alguns locais para isolamento e casas de repouso foram construídos. Já os japoneses têm registros acerca da aprovação e estímulo para eutanásia. Usavam curas com base considerada fetichista e a única terapêutica era o uso de águas termais.

Voltando à discussão acerca do mundo ocidental, há necessidade de que seja considerado o grande impacto do advento do cristianismo, marco histórico e moral desta civilização. Deve-se, por princípio, considerar que os cristãos praticavam a caridade indistintamente e, a partir dos anos iniciais, os pobres e enfermos foram objeto de cuidados especiais por parte da constituída Igreja.

Com relação à enfermagem, cujo percurso vai do exercício leigo ao profissional, há registros acerca do seu surgimento a partir do desenvolvimento das práticas de saúde, aí considerados os diferentes acontecimentos em períodos históricos

cronológicos. Cabe aqui, destacar, que as ações de cuidado aos doentes, velhos e crianças, sempre existiram. Tais práticas de saúde eram executadas de modo natural, ou seja, de acordo com os conhecimentos disponíveis, com caráter de senso comum. Podem ser consideradas como primeiras formas de prestação de assistência.

Este tipo de cuidado possibilitava as melhores condições de existência e era ligado ao trabalho da mulher e, com o passar do tempo e com a aquisição de caráter científico, as atividades de maior sofisticação, tais como as de cura, tornaram-se masculinas.

As únicas referências concernentes ao trabalho da enfermagem relacionam-se com a prática domiciliar realizando partos. Na história há citações àquelas de classe social elevada, que tinham atuação nos templos junto aos sacerdotes.

As ações de saúde, com caráter mágico, e ligadas aos sacerdotes eram executadas nos templos, em fase denominada como empirismo, anterior ao século V a.C. Assim permanecem por muitos séculos sendo que, tais locais se constituíam em escolas e santuários. As escolas específicas para o ensino da ‘arte de curar’ são muito posteriores e se tem referência a sua localização no sul da Itália e na Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades da costa.

Nas escolas pré-hipocráticas havia variadas concepções do funcionamento do corpo humano, distúrbios e doenças. Concepções que marcaram a fase denominada empírica na trajetória dos acontecimentos, e mesmo, conhecimentos na área da saúde. O ensino era vinculado à filosofia e às artes, e os estudantes viviam ligados aos sacerdotes conformando famílias que foram o início das castas. O surgimento da filosofia e o progresso da ciência relacionam-se às práticas de saúde que tinham por princípio relações de causa-efeito. Seu início data do século V a.C., estendendo-se até os primeiros séculos da Era Cristã.

De acordo com CHAUÍ (2001) a Filosofia se localiza na História e tem sua própria história enquanto campo das manifestações humanas. Para a autora:

... A Filosofia manifesta e exprime os problemas e as questões que, em cada época de uma sociedade, os homens colocam para si mesmos, diante do que é novo e ainda não foi compreendido... procura enfrentar essa novidade, oferecendo caminhos, respostas e, sobretudo, propondo novas perguntas, num diálogo permanente com a sociedade e a cultura de seu tempo, do qual ela faz parte. Tem uma história: as respostas, as soluções e as novas perguntas que os filósofos de uma época oferecem tornam-se saberes adquiridos que outros filósofos prosseguem ou, freqüentemente, tornam-se novos problemas que outros filósofos tentam resolver, seja aproveitando o passado filosófico, seja criticando-o e refutando-o. Além disso, as transformações nos modos de conhecer podem ampliar os campos de investigação da Filosofia, fazendo surgir novas disciplinas filosóficas, como também podem diminuir esses campos, porque alguns de seus conhecimentos podem desligar-se dela e formar disciplinas separadas (CHAUÍ, 2001, p: 1).

A filosofia antiga abrange os períodos da greco-romana e vai dos pré-socráticos aos grandes pensadores do período helenístico (século VI a C. a VI dc). A denominada Patrícia inicia na era cristã, século I ao VII e tem como marco as Epístolas de São Paulo e Evangelho de São João terminando com o início da Medieval, já no século VIII (CHAUÍ, 2001).

Neste período a assistência à saúde, antes com caráter eminentemente místico e sacerdotal, passa a basear-se essencialmente no mundo real nos conhecimentos da natureza, e raciocínio lógico. Especulação acerca das causas das doenças e seus efeitos, e no uso da investigação filosófica, investigação livre e observação dos fenômenos, limitada, pela ausência de conhecimentos da anatomia e fisiologia.

A ação, com caráter individual estava voltada ao ser humano em suas relações com a natureza e leis naturais, em período considerado, pela medicina grega, como hipocrático, destacando a dissociação entre cura e misticismo, utilizando o raciocínio lógico indutivo e usando a inspeção e a observação. Não há caracterização nítida da prática de enfermagem nesta época.

No período denominado monástico-medieval tomaram-se em conta fatores socio-econômicos e políticos nas práticas de saúde e suas relações com o cristianismo. Esta época corresponde ao aparecimento da enfermagem leiga, desempenhada por religiosos. Período compreendido pelos séculos V a XIII em que se desenvolveram valores posteriormente legitimados e aceitos socialmente como característicos do exercício desta profissão. São eles: abnegação, subserviência, prontidão que conferem um certo caráter de sacerdócio à ação.

Na época pós-monástica, avança o caráter científico da atuação de enfermagem destacando-se aí movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Cronologicamente, esta etapa ocorre no findar do século XIII estendendo-se ao XVI. A ciência, como entendida na atualidade, progride no Renascentismo e as Universidades assumem papel relevante, ocasião em que, no quadro da época, houve certo avanço da ação que mais tarde seria chamado de enfermagem.

Apesar disto, a enfermagem, exercida em hospitais religiosos, era realizada de forma empírica e desarticulada desagregando-se mais em decorrência do movimento da Inquisição, em que muitas executoras da profissão foram julgadas como feiticeiras. A instituição hospitalar, que não tinha de perto as características atuais, torna-se depósito de doentes, pobres na maioria das vezes, em que as pessoas, de modo não classificatório usavam quartos e leitos coletivos.

Considerada similar ao serviço doméstico, por não haver mais a moral que sustentava a profissão e desvalorizada por se ocupar de cuidar de um corpo em sofrimento num momento em que o sofrimento (incluindo as auto punições e os autos de fé) era tido como purificador para a vida eterna, especialmente junto a determinados segmentos sociais, esta prática passou a ser considerada menor e vil atraindo apenas mulheres pobres e excluídas, incluindo as prostitutas. Fase difícil que significou uma grave crise para a enfermagem, perdurou por muito tempo e, apenas no limiar da revolução capitalista, alguns movimentos reformistas, que partiram, principalmente, de iniciativas religiosas e sociais, tentaram melhorar as condições do pessoal a serviço dos estabelecimentos nosocomiais.

5.2- Enfermagem Moderna

No mundo moderno analisam-se ações de saúde sob a égide do modelo econômico capitalista, que viu surgir a profissão de enfermagem como profissão institucionalizada, que inicia na Revolução Industrial no século XVII o marco que se denomina enfermagem moderna da Inglaterra, do século XIX.

Para CHAUÍ (2001) o período denominado como Iluminismo, do século XIII até o início do XIX, aumenta o interesse pelas ciências relacionadas à idéia de evolução e a Biologia, por isto, toma lugar de destaque no pensamento dito ilustrado. Ainda nesta ocasião, surge o empenho em compreender as “bases econômicas da vida social e política” e o pensamento acerca do modo de constituição da riqueza das nações. A autora exemplifica com as seguintes palavras:

A origem e a forma das riquezas das nações, com uma controvérsia sobre a importância maior ou menor da agricultura e do comércio, controvérsia que se exprime em duas correntes do pensamento econômico: a corrente fisiocrata (a agricultura é a fonte principal das riquezas) e a mercantilista (o comércio é a fonte principal da riqueza das nações) (CHAUÍ, 2001, p. 6).

Ressalta-se que, à época, há grande avanço e afirmação social da Medicina como corpo de conhecimentos sistematizados o que favorece a reorganização dos hospitais em outros moldes que vão se voltando para o cuidado terapêutico. Também as condições de vida possíveis gerava o predomínio de doenças transmissíveis e falta de pessoal para cuidar dos doentes. Os ricos continuavam a ser tratados em suas casas, e os pobres, hospitalizados, contribuíam com experiências que tinham finalidades de aquisição de conhecimento sobre as doenças¹.

Aí a enfermagem passa a atuar, ocasião em que Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar com feridos em combate na Guerra da Criméia (1854 – 1856). Assim, a história da enfermagem profissional tem início na Inglaterra, na segunda metade do século XIX com o trabalho realizado por Florence Nightingale nesta batalha.

¹ Interessante observar várias obras com o relato acerca da pesquisa de Smeltwweis acerca da febre puerperal em que mulheres são utilizadas como cobaias de forma inaceitável na atualidade.

A personagem Florence nasceu em 12 de maio de 1820, na Itália em Florença, filha de ingleses abastados. De acordo com os relatos, era muito inteligente e tenaz, tinha personalidade determinada, e origem social que permitia que tivesse trânsito entre os políticos e oficiais do Exército, situações em que muitas vezes fazia valer o que pensava. Era uma mulher culta e dominava conhecimentos do inglês, francês, alemão, italiano, grego e o latim.

A Europa vivia uma efervescência do desenvolvimento das forças produtivas, a política de saúde já estava em foco, a ciência se desenvolvia, a ética protestante e a lógica do capitalismo, o desenvolvimento do referencial socialista, comunista e anarquista, disputavam a melhor explicação e direção para o desenvolvimento pós revolução industrial. O catolicismo romano disputava com dificuldade outras vertentes cristãs e estava na Europa em franco declínio. O iluminismo ganhava corações e mentes. Algumas tradições até então sufocadas pela inquisição começam a se expor e respirar. Muitas mulheres começam a se revelar na ciência, nas artes, na política.

Articulando sua fé e a ciência num exercício concreto de possível coerência, é nesse cenário que Florence se desenvolve e, dentro das brechas possíveis para a época, vai construindo a identidade do que mais tarde seria chamada a profissão Enfermagem.

Florence Nightingale teria passado o inverno de 1844 em Roma, estudando as atividades das Irmandades Católicas para tornar-se enfermeira e, no ano de 1849, viajou para o Egito, local em que decide dedicar-se a Deus. Atuou como diaconisa² na cidade de Kaiserswert, Alemanha.

Para adquirir maiores conhecimentos visitou também o Hospital de Dublin (Alemanha), que era dirigido pelas Irmãs de Misericórdia, Ordem Católica de Enfermeiras, fundada 20 anos antes. Conhece as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, na Maison de la Providence em Paris.

² De acordo com o Dicionário Houaiss o Verbetes Diaconisa tem como definição 1- na Igreja primitiva, mulher que, entre outras funções, tratava do serviço do templo e cuidava dos pobres, podendo ser- na segunda definição- mulher do diácono. Disponível em <http://houaiss.uol.com.br>. Acesso em dezembro de 2004.

Quando, em 1854, a Inglaterra, França e Turquia declaram guerra à Rússia, denominada Guerra da Criméia, era uma pessoa altamente preparada para a ocasião e a missão. Chegando ao campo de trabalho se deparou com soldados abandonados e alta taxa de mortalidade hospitalar.

Em Scutari contava com 38 voluntárias por ela arregimentadas, religiosas e leigas que trabalhavam em diferentes hospitais. Algumas foram despedidas por não se adaptar ou, por indisciplina. O trabalho deste grupo contribuiu para o brutal decréscimo da mortalidade. Na memória, há registros de que Florence era muito admirada pelos pacientes-soldados que a descreviam como "Dama da Lâmpada" por andar, pelas enfermarias, iluminada pelo recurso da época, a lamparina.

Nossa precursora contrai tifo na guerra e, em 1856, quando retorna para a Inglaterra tem a vida limitada, dedicando-se, aos trabalhos intelectuais. Recebe prêmio do Governo Inglês e, com ele, consegue iniciar um sonho pessoal: criar a Escola de Enfermagem. Assim, nascia, em 1859, a primeira escola para formar profissionais sob o signo da disciplina rigorosa, militar, uma das principais características da escola 'nightingaleana' que também exigia qualidades morais das candidatas. O curso, com um ano de duração contava com aulas diárias ministradas por médicos. De acordo com GERMANO (1993) havia mulheres de melhor condição social e que teriam formação para trabalhos mais sofisticados, denominadas 'ladies nurses' e as de classe social inferior, que executariam trabalhos de natureza mais braçal 'nurses'.

Deste modo o nome de Florence vincula-se definitivamente à enfermagem moderna com a fundação desta escola, junto ao hospital St. Thomas, em Londres, destinada a formação de pessoas para uma "prática de enfermagem redimensionada aos novos tempos". (SILVA, 1989, p. 52). Nas primeiras escolas, o médico foi o profissional considerado único qualificado para o ensino. Decidia quais de suas atuais funções poderia delegar.

Em 13 de agosto de 1910 faleceu Florence deixando à profissão vários legados, dentre eles, o de não mais ser atividade empírica. Nascia uma ocupação assalariada, mão-de-obra em hospitais, prática social institucionalizada e específica, também sob o estigma da rigidez e da disciplina, além, é claro, da subordinação ao médico.

As pioneiras da enfermagem enfrentaram percalços decorrentes da incompreensão sobre a profissão e seus valores, entretanto, a partir da Inglaterra várias escolas foram criadas em outros países. A primeira norte-americana data 1873, e tem matriz inglesa. Já no ano de 1877 havia enfermeiras diplomadas que prestavam serviços domiciliares em Nova York.

Todas as escolas funcionavam conforme a filosofia da ‘Escola Florence Nightingale’, com base em quatro conceitos: o treinamento era tão importante quanto qualquer outra forma de ensino e devia ser mantido pelo governo; as escolas ‘de treinamento’ teriam estreita associação com os hospitais, mantendo independência financeira e administrativa; as enfermeiras profissionais deveriam ser responsáveis pelo ensino; estudantes, durante o período de treinamento, residiriam em locais em que estivessem, todo o tempo, disponíveis em ambiente confortável, próximo ao hospital.

Os outros pontos eram: direção da escola por enfermeira, adoção de metodologia para o ensino, igualando as oportunidades de aprendizagem teóricas e práticas. Candidatos selecionados sob diversos julgamentos: físico, moral, intelectual e de aptidão.

5.3- A constituição da enfermagem no Brasil

Na Sociedade Brasileira se tem notícia do início da organização da enfermagem no período colonial que se estende ao século XIX com a Proclamação da República. Aqui também surge, vinculada à prestação de cuidados aos doentes, sob responsabilidade, na maior parte das vezes, de grupo composto pelos escravos domiciliares (mucamos e mucamas).

As Santas Casas de Misericórdia, com origem em Portugal estiveram presentes no Brasil, desde o início da colonização. A primeira fundada na Vila de Santos, em 1543. Também no século XVI, foram inauguradas no Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Em seguida Porto Alegre e Curitiba, inaugurada em 1880, com a presença de D. Pedro II e da Imperatriz.

Padre José de Anchieta também foi personagem de importância, por atender necessitados, executando, além da catequese, atividades de cura e tratamento de doentes. Nos seus registros há relatos acerca do país, a respeito dos primitivos habitantes, clima e as doenças mais comuns.

Com aplicação de terapêuticas baseadas no uso das plantas medicinais descritas, supõe-se que os Jesuítas faziam a supervisão do serviço que era prestado por pessoas treinadas por eles, embora não haja registro a respeito. Também se destaca Frei Fabiano Cristo, que durante 40 anos exerceu atividades de enfermeiro no Convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro (Séc. XVIII).

Os escravos tiveram papel relevante, pois auxiliavam os religiosos no cuidado aos doentes. Em 1738, Romão de Matos Duarte consegue fundar no Rio de Janeiro a Casa dos Expostos. Somente em 1822, o Brasil tomou as primeiras medidas de proteção à maternidade, graças à atuação de José Bonifácio Andrada e Silva. A primeira sala de partos funcionava na Casa dos Expostos em 1822. Na década de 1830 o ensino médico tem início no país, na Bahia, em Salvador. Em 32 foi criada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A escola de parteiras da Faculdade de Medicina diplomou no ano seguinte a célebre Madame Durocher, a primeira parteira formada no Brasil.

No início do século XX, um indicativo de avanços na área pode ser obtido ao observarmos o grande número de publicações médicas sobre Higiene Infantil e Escolar. Este progresso da medicina, entretanto, não teve influência imediata sobre a enfermagem.

À época, no cenário apresentado, destaca-se o nome de Ana Justina Ferreira Néri³, conhecida como Ana Néri, referência na área da enfermagem, também por serviços prestados junto aos soldados feridos durante a guerra do Paraguai (1864 – 1870).

Como com Nightingale, vale uma incursão à vida de Neri nascida em 13 de dezembro de 1814 em Cachoeira, Província da Bahia, onde cresceu e se casou com Isidoro Antonio Néri, enviuvando aos 30 anos. Teve dois filhos, um médico militar e um oficial do exército, foram convocados para servir na Guerra do Paraguai (1864-1870), o mais novo

³ Encontramos para este nome, pelo menos três grafias: Anna Nery; Ana Nery e Ana Néri, adotando a terceira por ser mais freqüente e simples.

deles, cursando sexto ano de medicina se alistou como médico. Ana, para ficar próxima dos filhos e de outros membros de sua família na Guerra, pede autorização ao governo para servir e, em 15 de agosto, vai para a batalha em que organiza hospitais improvisados e se dedica a atender aos feridos.

Retorna ao Brasil cinco anos depois, coberta de louvores pátrios, sendo pintada por Victor Meireles, e o quadro exposto no Paço Municipal. Recebeu uma pensão do governo imperial, medalhas humanitárias e de campanha. Morreu no Rio de Janeiro em 20 de maio de 1880.

Como vimos ao tratarmos das políticas de saúde, no final do século XIX há um imenso território brasileiro com pequeno e disperso contingente populacional e urbanização lenta, centrada nos portos e cidades próximas, em que havia necessidade de escoamento de produtos da agricultura, recebimento de bens manufaturados, além de pessoas, agora já no contexto da abolição, para servirem de mão de obra. Nestes ambientes proliferavam doenças transmissíveis e havia péssimas condições de saneamento básico.

A problemática de saúde é assumida pelo Estado, pois os portos, insalubres, impediam que houvesse a expansão comercial brasileira. Sob pressões externas, houve criação de serviços públicos de vigilância e controle mais eficaz dos portos, estabelecendo também a quarentena, medidas de reforma conduzida por Oswaldo Cruz, em 1904, então responsável pela Diretoria-Geral de Saúde Pública, incorporando novos elementos à estrutura sanitária: Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, Inspetoria de Isolamento e Desinfecção e Instituto Soroterápico Federal, posteriormente Instituto Oswaldo Cruz.

Em 1920 ocorreu a denominada Reforma Carlos Chagas, tentativa de reorganização dos serviços de saúde, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, que, por muitos anos, teve função normativa e executiva na Saúde Pública no Brasil.

GERMANO (1993); SILVA (1989) nos apresentam como antecedentes específicos imediatos do surgimento da enfermagem profissional no Brasil: a fundação da Escola da Cruz Vermelha Brasileira (1916) e o curso para enfermeiros visitantes junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública (1921), que atendiam e respondiam às

necessidades da sociedade brasileira naquele momento histórico, localizadas, sobretudo, nas precárias condições de saneamento básico nas principais cidades do país, especialmente a cidade do Rio de Janeiro que era, política e economicamente, a cidade que tinha maior abertura dos portos ao comércio exterior, além de ser a capital da nação.

Nessa época, o quadro sanitário caracterizado pelo predomínio de doenças pestilenciais (cólera, peste bubônica, febre amarela, varicela) e doenças de massa (tuberculose, lepra, febre tifóide) somadas aos interesses ligados à economia exportadora cafeeira, levam o governo republicano a esboçar sua política sanitária (GERMANO, 1993).

A formação de pessoal de Enfermagem deu-se, inicialmente, como forma de atender hospitais civis e militares e, com o maior desenvolvimento da área, a saúde pública. Teve início a partir de uma Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, iniciativa do governo, e que funcionava no Hospital Nacional de Alienados. Esta pode ser considerada como primeira escola de Enfermagem brasileira instituída por meio do Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO.

Destaca-se como de importância a organização e instalação, em 1908, da Cruz Vermelha Brasileira, presidida por Oswaldo Cruz, que recebeu elogios à sua atuação na Primeira Grande Guerra (1914-1918).

A Instituição também colaborou na contenção da epidemia de gripe espanhola, em 1918, criando postos de socorro, hospitalizando doentes e enviando profissionais para socorro às diversas instituições hospitalares e domicílios. Ressalta-se sua participação no socorro a vítimas de inundações em Sergipe e na Bahia, além das secas nos demais Estados nordestinos. Nos Estados de Sergipe e Bahia, formou mulheres voluntárias que continuaram a trabalhar após o término da guerra.

De acordo com SILVA (1989) o advento da “enfermagem moderna” no Brasil tem como marco o ano de 1922, isto é, 63 anos depois de seu surgimento na Inglaterra, o que se deu por meio da criação da Escola Ana Néri, pelo decreto federal nº 15799/22. Entretanto, o seu funcionamento ocorreu a partir do ano seguinte e ela serviu de modelo para outras escolas brasileiras.

Nos estudos de GERMANO (1993); SILVA (1989) identificamos como antecedentes específicos mediatos à profissionalização na área, o surgimento de cursos de parteiras junto às Faculdades de Medicina da Bahia (1808) e do Rio de Janeiro (1832), a criação da primeira enfermagem obstétrica brasileira em 1947, em 1890, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro. Além de um curso de obstetrícia em São Paulo (1899) e fundações da Escola de Enfermagem do Hospital Samaritano (1901) e da Escola de Parteiras (1902) ambas em São Paulo (SILVA, 1989).

A Escola Alfredo Pinto é, de fato, a mais antiga escola do Brasil, 1890, reformada pelo Decreto Lei de 23 de maio de 1939, em que o curso passou a ter três anos de duração e ser dirigida por enfermeiras diplomadas. Foi reorganizada por Maria Pamphiro, uma das pioneiras da Escola Anna Néri.

No início do século XX, anos de 1901 e 1902, tem início um curso de enfermagem sob a orientação de enfermeiras inglesas junto ao Hospital Evangélico, hoje Hospital Samaritano, destinado ao atendimento de estrangeiros.

Conforme dito anteriormente, as condições para o crescimento da enfermagem científica se deram com a Escola Ana Néri, que funcionou sob moldes norte-americanos, que eram os mesmos usados por Florence, cuja metodologia foi absorvida nos Estados Unidos e serviu de padrão para as outras escolas brasileiras. Para ingresso nesta escola havia como pré-requisito o diploma de Escola Normal, sendo facultada entrada de candidatas que comprovassem capacitação para o curso, o que a diferenciava das anteriores, cuja exigência para ingresso era saber ler e escrever. Vale destacar que a Fundação Rockefeller enviou ao Brasil nove enfermeiras americanas com vistas à organização da referida escola, bem como para estruturar o serviço de enfermagem na área de saúde pública no Rio de Janeiro.

Havia um internato próximo ao Hospital São Francisco de Assis, local dos primeiros estágios. Durante um surto de varíola, em 1923, enfermeiras e alunas dedicaram-se ao combate à doença, com muita eficiência, o que se observou pela diminuição dos índices de mortalidade. Na primeira turma de 1925, formaram-se nomes de

destaque na enfermagem nacional como Laís Netto dos Reys, Maria de Castro Pamphiro, Olga Salinas Lacôrte e Zulema Castro, que obtiveram bolsa de estudos a serem realizados nos Estados Unidos.

Somente no ano de 1931, a direção da escola passou a ser assumida por uma brasileira, e enfermeira Rachel Haddock Lobo, e processo semelhante ocorreu gradativamente com a inserção de professoras brasileiras. O curso, inicialmente proposto com a duração de dois anos e quatro meses, teve ampliado o tempo de formação para trinta e seis meses, em sua terceira turma. O currículo vigente desde 1923 apresentava como destaque disciplinas de cunho preventivo, o que atendia os objetivos de formar enfermeiros para a saúde pública. Entretanto, de forma contraditória, o espaço privilegiado para a formação era o Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública, local em que as alunas desenvolviam oito horas diárias de trabalho, evidenciando uma incoerência que vemos presente em muitos dos currículos atuais.

Neste momento, retomaremos brevemente, a título de melhor compreensão da temática, fatos relacionados com as escolas de enfermagem brasileiras, pioneiras no ensino.

A Escola da Cruz Vermelha Brasileira iniciou as atividades em 1916 por meio de um curso de ‘socorrista’ para atender às necessidades da 1ª Guerra Mundial. Em seguida tornou-se clara a necessidade de formar profissionais de forma diversa da dos voluntários, o que só foi feito pela Escola Anna Néri. Na Cruz vermelha os diplomas eram registrados no Ministério da Guerra e considerados oficiais.

Por Decreto nº 10.925, de sete de junho de 1933 e iniciativa de Dr. Ernani Agrícola, diretor da Saúde Pública de Minas Gerais, foi criada no Estado a Escola de Enfermagem "Carlos Chagas", fora da Capital da República, inaugurada em 19 de julho cuja organização e direção couberam a Laís Netto dos Reys, primeira escola a diplomar religiosas.

A Escola de Enfermagem Luisa de Marillac foi fundada, na cidade do Rio de Janeiro, e dirigida pela Irmã Matilde Nina, freira e foi a primeira a abrir suas portas a estudantes seculares e religiosas de todas as congregações. A mais antiga escola de religiosas do Brasil pertence à União Social Camiliana.

Já a Escola Paulista de Enfermagem, fundada em 1939, por freiras Franciscanas Missionárias de Maria, na Capital paulista, acolheu religiosas de outras congregações. Foi a primeira a ministrar Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica.

A da USP de São Paulo foi fundada, em 1944, com apoio da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), integrando a Universidade de São Paulo. A primeira diretora foi Edith Franckel, que fora superintendente do Serviço de Enfermeiras do Departamento de Saúde. A primeira turma diplomou-se em 1946.

CYTRYNOWICZ (2000) discute que o Estado Novo (1937 a 1945) em consequência da segunda Grande Guerra, assunto que retomaremos a seguir, fez com que fosse uma meta nacional formar para o exercício da profissão de enfermeira, havendo na ocasião estímulo ao seu preparo profissional. Já em 1938 o governo federal institui o Dia do Enfermeiro.

Na década de 1930 já se observavam conflitos entre enfermeiras "profissionais" reconhecidas pelo governo federal, e formadas pela Ana Néri. Estas se encontravam organizadas na Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, considerada como a primeira entidade sindical das enfermeiras, fundada em 1926, que aceitava, na ocasião, apenas graduadas pela Ana Néri.

Eram consideradas amadoras, tradicionais, ou práticas, de acordo com dados disponíveis, as formadas pelas quatro escolas já existentes, ou que trabalhavam sem um curso formal, como, por exemplo, freiras. Uma melhor leitura das palavras do autor se faz necessária:

Uma discussão em torno de qual teria sido de fato a primeira escola de enfermagem depende da própria concepção e definição da enfermagem, dos parâmetros de análise do trabalho no hospital (se ela utilizava na sua totalidade o chamado Sistema Nightingale), da conceituação sobre as escolas consideradas "não-oficiais", além da caracterização de outras profissionais de áreas afins, como as "educadoras sanitárias" do Instituto de Higiene, curso iniciado em 1925. Esta problemática, extremamente controversa e complexa, está longe de ter sido resolvida e a tendência é que se avalie criticamente

... este processo de implantação da chamada "enfermagem moderna" ou "enfermagem profissional" ... e do chamado Sistema Nightingale instituídos pela Escola Anna Nery (CYTRYNOWICZ, 2000, p.3).

De acordo com CYTRYNOWICZ (2000) à época da criação da Escola Ana Néri (1923) já, no país, existiam atuando, pelo menos mais quatro escolas de enfermagem sendo três no Rio de Janeiro e uma em São Paulo, antes da criação da Escola Anna Nery. Este autor considera como a primeira, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospício Nacional dos Alienados, Rio de Janeiro, 1890 (depois Escola Profissional de Enfermeiros do Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1941, e Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto em 1942). A Escola da Cruz Vermelha, fundada entre 1916 e 1917, e a de enfermeiras do Exército.

No Estado de São Paulo, capital, o primeiro curso era no Hospital Samaritano, entre 1900 e 1901, escola esta que não se cadastrou segundo as normas da Ana Néri, padrão oficial para o ensino, de 1931. A Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo, ligado à Escola Paulista de Medicina, começou a funcionar em 1939, quando houve regulamentação da profissão neste Estado. A Escola de Enfermagem de São Paulo, data de 1942, era anexa à Faculdade de Medicina da USP e contou com o apoio decisivo da Fundação Rockefeller, à época, em mais uma cruzada desenvolvimentista no país.

A Escola Ana Néri, fundada com a vinda de Ethel Parsons, teve papel crucial para que este padrão se estabelecesse. Posteriormente, ela foi diretora-geral do Serviço de Enfermeiras de Saúde Pública. Sua chegada precedeu a de um grupo de enfermeiras que contava com o apoio do Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller.

Este grupo fundou a Escola de ‘Enfermeiros e Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública’ –1923- anexa ao Hospital São Francisco de Assis e com curso de duração de 28 meses. Dirigida primeiramente por Clara Louis Kienninger. Esta escola, no ano de 1926 passou a denominar-se Escola de Enfermagem Anna Nery e, em 1931, foi definida como padrão para a criação de outras escolas de enfermagem.

A denominada Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, já citada, aportou no ano de 1923, no Brasil, permanecendo até 1931. Era composta por 31 enfermeiras, delas 24 norte-americanas havendo duas inglesas, uma do Canadá e as outras de vários países europeus. Tinha por objetivo criar serviço de enfermeiras para atuar como visitadoras sanitárias nas campanhas de saúde do governo, o que faziam visitando, no mais das vezes, tuberculosos.

Esta missão foi solicitada por Carlos Chagas, que dirigia o Departamento Nacional de Saúde Pública entre 1921 e 1931, cuja função era organizar um Serviço de Enfermeiras no Departamento.

Suas componentes circulavam livremente pelas ruas do Rio de Janeiro, com chapéus e vestidas de linho escuro, de forma diversa aos trajes com que se atuava nos hospitais e com práticas diversas, originadas da saúde pública americana bastante desenvolvida durante a primeira guerra, proposta diferente da de Florence cujo caráter era hospitalar (CYTRYNOWICZ 2000).

Podemos fazer uma suposição, considerada a dicotomia em que vivemos até a atualidade entre a opção pelo exercício hospitalar e a Saúde Pública, já detectada por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, um médico, em sua investigação memorável, pelo que representou, acerca de práticas de saúde pública no Estado de São Paulo (GONÇALVES, 1986).

Entre as décadas de 1920 e 1940 a enfermagem foi tida como a profissão do servir e do serviço, estimulada por Getúlio, exercida por freiras, pois, muitas escolas nascidas nos anos 1930 eram ligadas a ordens religiosas a exemplo a do Hospital São Paulo, de 1938, fundada por Franciscanas. CYTRYNOWICZ (2000), nos traz um trecho extraído de uma revista da Escola Ana Néri que exemplifica bem o caráter da enfermagem da ocasião:

Em seu discurso na colação de grau da turma de enfermeiras de 1942 da Escola Anna Nery e da qual foi paraninfa Kienninger (primeira diretora da escola entre 1922 e 1925 e que serviu por 26 meses durante a Primeira Guerra Mundial nos exércitos britânico e norte-americano, voltando ao Brasil, em 1942, pela primeira vez após 17 anos), a escritora Maria Eugenia Celso, autora do Hino das Enfermeiras, afirmou:

... colaboradora do médico, mobilizada na disciplina dum dever mais alto e mais sagrado – o dever de ‘servir’ – a enfermeira forma esta admirável retaguarda de amparo e salvação, doçura única entrevista na dureza implacável da guerra. Anima-a, como deve animar a todos nós, este espírito de altruísmo desinteressado, exaltando até o supremo holocausto da própria vida, se for preciso, a capacidade de dar o máximo de seu esforço pessoal em prol da coletividade sofredora. Espírito de sacrifício, sem o qual nada de proveitoso se pode fazer; força de ânimo enfrentando serenamente dores, rudes tarefas e privações, neste despojamento voluntário do comodismo egoísta e da tibiez hesitante, o único que desperta o heroísmo e é capaz de levar à vitória. O papel da enfermeira resume-se todo na corajosa aceitação, aplicação inteligente deste espírito de sacrifício (CYTRYNOWICZ, 2000, p. 4).

E prossegue dando destaque a outras funções que não o exercício hospitalar:

-Adquiriu, aliás, nos tempos modernos, capital magnitude, porquanto não é só à cabeceira de doentes e feridos que a sua presença é requerida. Em serviços de assistência, cantinal, evacuação de cidades, alertas de bombardeios, transportes, em tudo e por tudo a cooperação da enfermeira e da assistente é solicitada O Brasil, dum minuto para outro, pode reclamar o auxílio de suas filhas. Urge prepará-las. As democracias ameaçadas cerram fileiras em torno dum mesmo ideal de liberdade a defender e a preservar. É pela enfermagem e pela assistência que a mulher melhor pode pagar à pátria em vigília o tributo dos seus serviços, do seu amor e da sua abnegação – (CYTRYNOWICZ, 2000, p.4).⁴

Como podemos ver, não houve questionamento, nem sobre as barbáries do regime ditatorial, se houve, não teve significação maior, ou não foi registrado, o que pode denotar um alinhamento da profissão ao Estado, fosse quem fosse o regime que representasse, que prosseguiu por muito tempo ou um compromisso com o objeto da profissão supra regime.

⁴ Os textos extraídos do scielo quando em forma de pdf perdem a numeração original. Nestes casos utilizamos a numeração contida na estrutura do texto.

Assim, o momento posterior à segunda Guerra tinha este pano de fundo e outras questões do Estado brasileiro que se redemocratizava em 1945. Ao discutir a Lei que regulamentou a oficialização do curso de auxiliar de enfermagem em 1949, nº 775, SANTOS et al (2002) empreendem um resgate histórico do contexto vigente ao final do Estado Novo, 1945, ocasião em que, por meio de eleição, estaria no poder Eurico Gaspar Dutra, que governou com base na Carta Constitucional de 1946 sob um ar de liberalismo contraposto pelas autoras.

Nesta Constituição a educação manteve princípios herdados da de 1934 e o projeto nela contido só foi encaminhado ao Congresso Nacional em 1948 para, apenas no ano de 1961, ser aprovado como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira. Por conseguinte, a legislação vigente em 1949 tinha como base a denominada Reforma Capanema que, usando Leis Orgânicas, possibilitou que fosse sancionada Lei específica para o Ensino de Enfermagem.

Na ocasião, vivendo os resquícios da Guerra e seu impacto, o presidente optou por assinar um acordo com os Estados Unidos (EUA), com base no denominado Relatório Abbink, fruto de trabalho de comissão mista Brasil-EUA, e que destacou a situação precária de saneamento, além de outros pontos impeditivos do desenvolvimento nacional, tais como transporte e energia.

Na área da saúde o projeto se propôs a garantir a autonomia do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), dando continuidade ao seu trabalho. No país, neste tempo, havia péssimos indicadores de saúde e meio ambiente, ressaltando-se a atuação enfática do Serviço em pontos estratégicos no litoral, considerada a situação pós-guerra e a possibilidade de invasão estrangeira. Esta intervenção também ocorria nos locais de produção de matéria prima para indústria e teve o objetivo de diminuir a incidência de doenças endêmicas e melhorar o saneamento, construindo latrinas com condição higiênica além de solução para tratamento de água.

Para atuar neste serviço esperava-se que as enfermeiras pudessem viajar e que, de forma não explícita, se subordinassem às americanas. No país, havia pequeno número de enfermeiros, 263 diplomadas até então. Por outro lado, no período, surgiam e estavam

crescendo hospitais nas grandes cidades que absorviam grande parte desta mão de obra, além de pessoal sem preparo formal. A situação era diversa nos âmbitos hospitalar e de saúde pública.

Para as autoras:

Assim, enquanto a atuação do SESP no interior do País tornava evidente a inexistência de pessoal de enfermagem para executar as ações necessárias no âmbito da saúde pública, a situação do pessoal de enfermagem nos hospitais recém criados, sendo a maioria leiga expunha a dificuldade do ensino de enfermagem vigente, voltado para formar enfermeiras de alto padrão, reproduzindo o modelo anglo-americano implantado no Brasil pelas americanas da Missão Parsons... que não produzia o quantitativo de enfermeiras que o Brasil necessitava. Nesta condição, as enfermeiras diplomadas se viram diante de um dilema. Houve mesmo proposta de preparar enfermeiras em curto prazo, reduzindo carga horária e duração do curso, a fim de que mais rapidamente se atendesse a demanda nacional de pessoal de enfermagem... (SANTOS et al, 2002, p. 564).

Em 1943 de um contingente de trezentos e trinta e quatro enfermeiras, 66% atuavam na área de saúde pública e uma parcela reduzida de 9,5% trabalhava em hospitais. Em 1950 começa a ser percebido um deslocamento desta mão de obra, com predomínio de profissionais enfermeiras na área hospitalar (49,4%) em relação à saúde pública (17,2%) tendência que tende a se reverter apenas na década de 1980 (ALMEIDA e ROCHA, 1986).

CYTRYNOWICZ (2000) no estudo sobre a participação de enfermeiras, nas duas guerras mundiais enfatiza neste texto, a segunda, ocorrida entre os anos 1939 e 1949 com estadia do Brasil no final da batalha em campos da Itália.

O autor discute que esta participação criou para a enfermagem outro lugar, tanto no imaginário como na cultura, como personificação da bondade e da candura. Para ela: “Maternais e angelicais, elas consolam, imagem magnificada durante as guerras, principalmente a Primeira, que exalta “the greatest mother in the world” (sic) título de um cartaz da Cruz Vermelha para o aliciamento das mulheres” (CYTRYNOWICZ, 2000, p.1). Comenta que esta seria uma profissão modelar para que a mulher servisse ao Estado, com

apelo entre os segmentos médios da sociedade. Assim funcionava para jovens de classe média como espaço de afirmação a partir do final da década de 1920 e, em especial nas de 1930 e 40. Seria uma segunda carreira possível, além da de professora primária. A autora comenta, como exemplo, que as 38 alunas matriculadas na USP de São Paulo em 1946 eram normalistas. Importante nos lembrarmos que o Brasil da década de 1930, ditadura de Getúlio Vargas, tinha o Estado fortalecido que em seu projeto previa o aumento da empregabilidade das mulheres mais escolarizadas.

No país, o envio de mulheres para a frente de batalha se dá de forma diversa à ocorrida durante a primeira, pois, os meios de combate mais avançados tornavam necessária a constituição de um aporte civil de mais estratégia. Havia no país uma mobilização popular durante a guerra e, da enfermagem, destacadamente. No ensino fundamental, meninas aprendiam noções de enfermagem. Já os meninos, aprendiam responsabilidades cívicas.

Como reflexo desta realidade, entre 1942 e 1943 muitos cursos para enfermeiras voluntárias foram criados, além da formação profissional, o de samaritanas (um ano) e voluntárias socorristas (duração de três meses).

Com a Força Expedicionária Brasileira (FEB) foram para a Itália 67 mulheres, sendo que a quase totalidade das alistadas era composta por samaritanas e voluntárias socorristas, muitas destas também religiosas, sendo oito enfermeiras reconhecidas pela regulamentação federal como "profissionais" e uma era parteira.

Obrigatório neste momento tratarmos da criação da ABEn (Associação Brasileira de enfermagem) marco maior para a organização profissional e científica da enfermagem brasileira que data de 1927, presidida pela pioneira Edith Fraenkel, originária da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, que reunia as graduadas pela Ana Néri. Esta entidade foi registrada em 1928 e filiada ao Conselho Internacional de Enfermagem em 1929. O Conselho Federal de Enfermagem, órgão disciplinador das atividades profissionais foi criado em 1973 e, posteriormente os sindicatos.

A ABEn, que tem e teve, grande influência na profissão e no ensino, é uma associação com caráter cultural, científico e político tem articulação com as demais entidades de classe e culturais da enfermagem brasileira e define seus princípios da seguinte forma:

Tem como eixo nuclear a defesa e a consolidação da enfermagem como prática social essencial na assistência à saúde e na organização e funcionamento dos serviços de saúde... como compromisso ético, político e técnico propor e defender políticas e programas que visem a melhoria da qualidade de vida da população, maior grau de resolutividade dos seus problemas de saúde e garantia do acesso universal e equânime nos serviços de saúde. (ABEn sd, memória, finalidades).

Em 1947 ocorre o I Congresso Brasileiro de Enfermagem, uma das maiores realizações da Associação que edita também a Revista Brasileira de Enfermagem a partir de maio de 1932 (ABEn, sd-REBEn) cujo conteúdo foi analisado no estudo de GERMANO (1993).

Também na década de 1940 o Projeto de Lei 775 impôs controle sobre a expansão das escolas e a exigência de que a educação em enfermagem fosse acoplada aos Centros Universitários e, apenas a partir de 1961 (Lei 2995/56) as escolas passaram a exigir, para ingresso, curso secundário ou equivalente e, assim, no ano seguinte, o curso de enfermagem foi considerado superior.

A década de 1950, marcada pelo desenvolvimentismo nacional, encontrou a educação em enfermagem quase consolidada, integrada aos programas universitários e estatais, podendo-se também observar o crescimento desordenado das outras categorias da enfermagem, originário do aumento dos hospitais, decorrência do modelo assistencial que privilegiava a medicina individual e curativa.

Na ocasião, e também nos anos 1960, os enfermeiros de nível superior foram absorvidos, predominantemente, pelo setor público de prestação de assistência e o privado, como forma de redução de custos absorveu auxiliares de enfermagem e atendentes⁵ em grande quantidade.

Esta mudança no modelo assistencial e nas políticas públicas se refletiu nos currículos, cuja ênfase anterior dava-se na área da saúde pública e então passaram a priorizar o campo hospitalar e a assistência curativa.

Configura-se, mais fortemente, na ocasião, a divisão social do trabalho em enfermagem e a tão citada dicotomia entre o pensar e o fazer. Para GEOVANINI et al (1995), comentando o quadro vigente no período:

Observa-se que a composição heterogênea da Enfermagem brasileira é sustentada pelo sistema de formação e que, ao mesmo tempo, atende às necessidades do mercado, reforça a fragmentação e a subdivisão do trabalho na área. Forma-se assim uma nova pirâmide, em que o vértice é ocupado pelos enfermeiros e a base pelos atendentes, estando entre ambos o auxiliar e o técnico de enfermagem (GEOVANINI et al, 1995, p.26).

E comentando a formação superior:

Embora os currículos dos cursos de graduação sejam pautados no conhecimento da totalidade do trabalho em Enfermagem, os enfermeiros encontraram-se afastados da possibilidade de reflexão e crítica sobre o *fazer* (itálico dos autores), porque, quase que totalmente são alheios a esta prática da vida profissional (GEOVANINI et al, 1995, p. 27).

As políticas de saúde no Brasil passam por transformações mais acentuadas ao final da década de 1970, em particular, após a Conferência de Alma Ata (1978) ocasião em que o modelo de Atenção Primária em Saúde introduz dois profissionais que, posteriormente, são incorporados à equipe de enfermagem: auxiliares de saúde (também chamados agentes de saúde) e atendentes rurais, sob supervisão médica e de enfermagem.

⁵ Os Atendentes de Enfermagem, dos quais não se exigia educação formal, só foram reconhecidos como categoria profissional na década de 1970 e, a partir da Lei do Exercício Profissional, promulgada em 1986, considerada extinta havendo, como já dito, vários movimentos para que, ao obter o primeiro grau, se tornassem auxiliares de enfermagem.

Na década, a pós-graduação em enfermagem – lato e strictu senso – foi incentivada com vistas ao estímulo da produção científica na área, o que foi acompanhado pela ênfase às práticas com uso de tecnologias mais sofisticadas, em função do desenvolvimento da medicina, com repercussões nos cursos de graduação, que se vêem, ao findar da década de 1990 às voltas com o re-inserção da saúde pública.

Já nos anos 1980, é promulgada a nova Lei do Exercício Profissional (1986) que substitui a de 1955. Nesta lei são reconhecidas as categorias, de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira, prevendo a extinção dos atendentes em dez anos. Também aí a enfermagem se vê as voltas com as inúmeras transformações do sistema de saúde sendo, uma grande parte do seu contingente, partícipe do movimento da Reforma Sanitária e militando em prol da saúde pública, o que se dá também na área da saúde mental.

Para melhor analisar o período compreendido entre 1970 a 1987 utilizamos o trabalho de PADILHA; SILVA; BORENSTEIN (2001) que retomam a história dos Congressos Brasileiros de enfermagem, promovidos pela ABEn e que têm funcionado como fórum de discussão da profissão e do ensino da enfermagem.

Em 1977, se discutiram rumos para o ensino superior com base no Parecer 163/72, que instituiu o Currículo Mínimo e tomou em conta também as Licenciaturas nos Cursos de Enfermagem com objetivo de formar enfermeiros para lecionar no ensino fundamental e médio para auxiliares e técnicos de enfermagem. Além da regulamentação das habilitações profissionalizantes, por meio da Lei nº 5692/71.

À época houve grande aumento de vagas e abertura de novos cursos elevando de 41 para 57 cursos no período compreendido entre 1976 e 1978. Também criação de cursos de Pós-Graduação, ocasião em que havia mestrados em cinco escolas sendo 197 docentes de graduação neles matriculados e seis inscritos em doutorados em outras áreas.

O mercado de trabalho, segundo PADILHA; SILVA; BORENSTEIN (2001), é pauta deste e dos demais congressos ocorridos na década que se dedicaram a discutir a instituição do Sistema Nacional de Saúde criado pela Lei nº 6229/75 e suas implicações

para a profissão, também a inserção de enfermeiros nos órgãos governamentais. Houve ainda discussões acerca do aprimoramento do ensino superior e discussão de projetos de Integração Docente Assistencial (IDA)

O ensino médio também era discutido tendo em vista as políticas nacionais de incentivo ao atendente de enfermagem e auxiliar de saúde (entidade inspiradora do posteriormente chamado Agente Comunitário de Saúde) considerados, na ocasião como um prejuízo para a qualidade da assistência de enfermagem, o que determinou criação de inúmeros projetos para capacitação de pessoal auxiliar em todo o Brasil. No período estudado (1976 a 1987) as autoras puderam constatar expansão de cursos de técnico de enfermagem de 57 para 174 e de auxiliares de 90 para 129. Também houve inclusão da Disciplina “Programas de Saúde”, responsabilidade de enfermeiros licenciados, nos currículos plenos dos estabelecimentos de ensino 1º e 2º graus (Lei 5.692/71-resoluções 07/77 e 08/77). Apesar de todos estes fatos a questão dos Recursos Humanos só foi enfatizada pelos congressos de 1982 e 1987.

Os autores apontam que foram observadas poucas discussões acerca da pesquisa, o que atribuem à criação de fóruns específicos, os Seminários Nacionais de Pesquisa em enfermagem (SENPE), promovidos anualmente pela ABEn a partir de 1979.

PADILHA; SILVA; BORENSTEIN (2001) observam que na década de 1980 as transformações da área da saúde, já aqui reportadas, influíram muito na revisão de currículos de enfermagem e do cuidado. A década de oitenta deflagra grandes transformações na profissão, apesar do ocorrido com a proposta curricular elaborada pela Comissão de Especialistas de Enfermagem do MEC/DAU, recusada pela comunidade de enfermagem representada na reunião especial em Salvador/Bahia.

Na ocasião, destacou-se a prioridade para atenção primária e o lema da Conferência de Alma Ata: saúde para todos no ano 2000 incentivando propostas de reorganizações curriculares com vistas à formação dos enfermeiros generalistas para atuar na saúde coletiva. Para as autoras: “Esta nova compreensão da prática de Enfermagem vai se refletir nos serviços de saúde, nos currículos das escolas, principalmente a partir da metade da década de oitenta, e continua em fase de transformação e ruptura dos velhos paradigmas até os dias de hoje” (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2001, p. 11).

Os congressos da década têm propósito claro de discutir as políticas de saúde, informando enfermeiros, contando com a contribuição de teóricos de outras áreas para cumprir com esta finalidade. Destacando que, a partir de 1979 os enfermeiros começaram a posicionar-se diante destas políticas, questionando sua exclusão dos processos formuladores e decisórios. Como exemplo trazemos o trecho a seguir: “O grande ressentimento dos enfermeiros era a não participação nos processos decisórios da área de saúde o que implicou muitas vezes na sua não inclusão nos Programas de Saúde, ficando na verdade correndo atrás do tempo e da história para acompanhar o processo e reclamar da sua não participação” (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2001, p. 11).

Para as autoras, deste momento em diante, até pelo movimento denominado “**Participação**” que previa mudanças na ABEn e no congresso de 1984 no qual “enfermeiros são chamados a “olhar para fora de si, sair da clausura, buscar uma nova maneira de pensar, e principalmente, questionar sempre” em busca de novas soluções para problemas antigos” (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2001, p. 12).

A partir de 1985, a ABEn e a Comissão de Especialistas nomeada pelo MEC-Secretaria de Ensino Superior, iniciaram a discussão acerca de parâmetros e diretrizes para nortear o ensino de enfermagem sob nova perspectiva, ocasião em que foram organizados inúmeros seminários regionais e nacionais, além de oficinas e outros mecanismos de discussão que redundaram no Seminário Nacional sobre Currículo Mínimo, realizado em Niterói-RJ, em 1989 e, por fim, na proposta apresentadas em 1991, que discutiremos posteriormente (GEOVANINI, 1995).

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem de 1986 (Lei nº 7498/86) sancionada pelo Presidente José Sarney é vista como fruto desta luta. Na ocasião têm início discussão para a elaboração de Novo Currículo Mínimo de Enfermagem.

A enfermagem na Reforma Sanitária Brasileira foi pauta de vários congressos sendo realidade consolidada no ano de 1987, que avaliou a importância da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Constituição de 1988. Assim:

O 39º CBEn, em 1987, ocorre exatamente em meio às mais acirradas discussões acerca da Reforma Sanitária Brasileira e lutas da

Comissão Nacional de Reforma com a participação de enfermeiros, junto a Assembléia Nacional Constituinte para garantir que:

“a saúde seja entendida como um processo resultante de condições de vida e a atenção à saúde não se restrinja à assistência médica, mas a todas as ações de promoção, proteção e recuperação; seja um direito de todos e um dever do Estado, assegurados constitucionalmente, daí decorrendo a natureza social das ações e serviços de saúde, subordinados ao interesse público; o setor saúde seja reorganizado e redimensionado, de forma a permitir o acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessários, dentro do conhecimento e da tecnologia disponíveis (definição contida nos anais da VIII Conferência)” (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2001, p. 12).

Também é tema bastante discutido, de acordo com as autoras “cantado em prosa e verso” a imagem da enfermeira. Fazendo um aparte, é interessante observarmos que não há um consenso acerca do artigo que antecede a palavra enfermeiro, geralmente, apesar da profissão contar, na atualidade, com muitos homens, o que se vê é a feminilização do tratamento: a enfermeira, ou apenas: enfermeira, o que contraria a gramática da língua que prevê tratamento no masculino quando há os dois sexos.

Quando é discutida a ‘imagem’ coloca-se imediatamente o gênero: ou seja, feminino, imagem da enfermeira, aqui enfatizando o gênero compreendido de formas diferentes durante os períodos analisados, ora reforçada pelos sentimentos da caridade e do amor referendando o caráter submisso, historicamente dado: Assim:

... como influenciando a não valorização da mesma pela sociedade, fluindo numa visão onírica da enfermeira como um “anjo branco”, “anjo do bem”, “anjos de candura” e “anjos tutelares de médicos”. Em nenhum dos congressos investigados percebemos a discussão do inverso desta visão tão cândida da profissão, isto é, da “prostituta”, “anjo negro”, “empregada de médico” (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2001, p.13).

Pode-se, em um primeiro momento, supor que as autoras estejam aqui cometendo um exagero de linguagem e uma espécie de reiteração do preconceito, mas, parece difícil supor, que, por ser um trabalho baseado na análise de documentos, isto não seja verdade. Supor, ainda que os textos não andam atrelados às vivências reais, nem sempre tão rigorosas, assim, no cotidiano, há médicos e enfermeiros experimentando as mais diversas relações.

Já no congresso realizado em 1979, PADILHA; SILVA; BORENSTEIN (2001) constata que há um chamado, por parte da organização, para que esta imagem seja mudada de forma a que o profissional seja visto como parceiro do processo de cuidar e não executor, simplesmente, das ordens médicas, havendo vários estudos de Gênero em tentativa de compreender a historicidade da profissão e romper com alguns estigmas, o que se dá também em outros eventos da mesma natureza.

Retomando as discussões, os anos 1990 presenciam o que pode ser denominado como retomada da enfermagem, em que pese o fato, de ainda haver muito da formação voltada às práticas hospitalares e de maior sofisticação. Este repensar a profissão e suas práticas, se deu tanto na graduação como na pós-graduação. Destaca-se na área a valorização do trabalho interdisciplinar e multidisciplinar e a grande movimentação política deste grupo profissional no cenário nacional, o que se vê até atualidade.

***6- CURRÍCULO E ENSINO DE
ENFERMAGEM***

6.1- Currículos: significados e reflexos nos modos de ensinar

Arieh Lewy foi, modernamente, quem primeiro editou uma enciclopédia sobre currículos denominada ‘The international encyclopedia of curriculum’, no ano de 1991, reunindo conceitos acerca do tema e dos estudos curriculares, posteriormente, realizou trabalhos sobre avaliação institucional.

Para o autor, os estudos curriculares emergiram e tomaram corpo no século XX, em seus aspectos estruturais, organizacionais, além dos relativos às condições de implementações curriculares.

Nesta enciclopédia CONELLY e LANTZ (1991) trazem as definições de vários autores acerca do tema. Assim, em 1957, Smith et al vêem currículo como um contexto de experiências que ocorrem visando disciplinar adolescentes e crianças formando o pensamento e a ação. Good, 1959, refere-se ao plano geral sobre conteúdos instrucionais usados pela escola para qualificar o estudante ao exercício de uma vocação. Também há definições posteriores que o colocam como experiência de aprendizagem dirigida pela escola. Sintetizando, funcionaria como um guia pautado em elementos prévios que sustentem o ensino e aprendizagem.

Há ainda os que sugerem que haja dinamicidade no currículo, como exemplo Westbury e Steimer, 1971, para quem consiste na investigação metodológica com características de explorar mudança de elementos da matéria alvo do professor e aluno em que se evidenciam o sujeito e o meio.

De acordo com o Dicionário Houaiss¹ este substantivo masculino tem datação em 1899 e significa o ato de correr ou corrida, atalho, desvio ou caminho. Coloca como um regionalismo brasileiro: “programação total ou parcial de um curso ou de matéria a ser examinada Ex.: no primeiro dia, os professores apresentaram os c. dos cursos de matemática e física”. Já na língua inglesa, nos dicionários modernos, ‘curriculum’ mantendo a grafia latina, tem também a acepção de programação escolar num contínuo.

¹ Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (on line). Disponível em [www http://houaiss.uol.com.br/busca](http://houaiss.uol.com.br/busca). Acesso em dezembro de 2004.

Os currículos tratam de um conjunto de atividades desenvolvidas por professores e alunos, normalmente definidas por órgãos governamentais regulamentadores em que constam matérias e disciplinas nos diferentes níveis de ensino.

APPLE (1982) ao estudar ideologia e currículo tem a idéia que o primeiro surgiu como mais um mecanismo de controle social evidenciado no início do século XX, influência da administração científica e de quantificação social. Na ocasião, houve inúmeras reformas sociais. Nos EUA, por exemplo, aconteceu a padronização dos ambientes de educação e ensino com vistas a atenuar as diferenças sociais e impor padrões interessantes para a economia. Para o autor, nas escolas se firmam ‘conjuntos ideológicos’ formados por regras do senso-comum e estes embasam a seleção de conteúdos e práticas escolares. Denomina o que subjaz ao currículo explícito, ou seja, a ideologia, como **currículo oculto** calcado nas normas disciplinares.

Em decorrência as escolas se tornaram locais de treinamento especializado para o mercado de trabalho, que, por sua vez, determinou o currículo. A ele se atribuiu a tarefa de incentivo à cooperação, integração e consciência de grupo. O discurso avaliativo de classificação de inteligências maiores ou menores serviu também, a seu ver, para mascarar as diferenças de classe, étnicas e raciais. Assim, aos mais dotados foram oferecidas as melhores oportunidades de aprendizagem que reiterarão as diferenças sociais. Elabora crítica à política de definição nacional de currículos e sistemas avaliativos, que distinguem, por este mecanismo, as melhores e piores escolas (APPLE, 1982).

MENDES (1996) traz em seu estudo, a definição do currículo como um processo que depende da definição do marco referencial, reflexo do contexto social, político e econômico da educação e, em nosso caso, da saúde. Marco conceitual que expressa valores e conceitos adotados e marco estrutural com a inclusão de objetivos, métodos, estratégias de ensino, avaliação e outras experiências pedagógicas. Numa definição de currículo estão embutidas as percepções acerca da educação e da qualificação que se pretende para o aprendiz, a vida ou o trabalho.

Diversos estudiosos conceituam os currículos como **formal** – desejável por uma organização normativa; **operacional** - o que é passível de observação e ocorre, verdadeiramente, em sala de aula, ou outros locais que propiciem situações de ensino e aprendizagem. Há também o **percebido**- expresso pelo docente e que reflete sua ação ao ensinar e o **experienciado**, ou seja, vivido pelos alunos que são capazes de opinar sobre ele.

MOREIRA e SILVA (2002) comenta que o currículo denominado como **fato** direciona a educação de forma a transmitir cultura e conhecimentos, socializando habilidades e valores e, abstraindo desta construção, o mundo real e os homens que o criaram, além dos sujeitos da educação. Neste caso torna-se um conjunto de conhecimentos objetivos prescritos socialmente de forma externa aos alunos. Tem por base a valorização da disciplina e o professor como transmissor.

Ao compreender-se o currículo como **uma prática** está prevista a relação dialógica ente sujeito e objeto, aspectos teóricos e práticos, trazendo a ênfase para os papéis de aluno e professor, embora destituindo a educação do seu caráter social. O aluno aprende a viver no seu mundo e a relacionar-se nas trocas com os docentes (MOREIRA e SILVA, 2002).

Ao ser concebido como **uma crítica** a consideração se dá sobre o processo histórico em que se encontram as pessoas para que elas possam realizar buscas de novo ordenamento social. Assim, a escola se envolve nos movimentos sociais, visando a emancipação humana e a valorização da utopia. Nesta vertente os campos de aprendizagem se tornam espaço de indagação, que permite outras seleções de conteúdos e estratégias de viabilização. O professor e o aluno têm participação real e o resultado da aprendizagem é fruto desta relação em que se percebe o conhecimento como processo. A concepção crítica vê com cautela as exigências de conteúdos mínimos por meio das determinações legais e entende que as proposições acadêmicas deveriam ser compartilhadas entre os que a vivem e aqueles que propõem as políticas (MOREIRA e SILVA, 2002).

De acordo com MENDES (1996) as freqüentes mudanças curriculares se devem a inúmeros fatores, tais como insatisfações internas das escolas. Influências externas de caráter econômico, social e ideológico. Ressalta as legais, decorrência da política educacional. As concepções acerca dos modos como se ensina e aprende, campo da psicologia escolar, também interferem nestas transformações.

PINAR (1991) defende a idéia de que haja três grandes vertentes que dominem os estudos sobre currículo. A primeira, denominada tradicionalista enfoca mais a prática do currículo que a pesquisa, ou seus aspectos teóricos. Preocupa-se com a formação de docentes e a seleção de conteúdos.

A segunda: conceitual-empirista, adota princípios lógicos nas pesquisas e tem por base a ciência do comportamento humano. Prepara o sujeito para o mundo do trabalho. Seu surgimento se deu a partir da década de 1960 contendo inúmeras sugestões acerca dos modos de ensinar e aprender.

Uma terceira vertente, surgida a partir dos anos 1970, é denominada como reconceitualista, criada pelos chamados curriculistas, críticos do empirismo, se baseiam nas ciências humanas e sociais e dão ênfase às pesquisas qualitativas. Focam as relações interpessoais integrando teoria e prática. A abordagem da sociedade procura ser dialética e problematizadora (PINAR, 1991).

Importante incorporar a noção de paradigmas curriculares analisando a concepção de paradigma de Thomas KUHN (1991) que a propõe com dois sentidos, no primeiro se incluem valores sociais e de visão de mundo de uma dada comunidade científica, já no segundo as realizações científicas aceitas universalmente, em um dado período de tempo. Como um padrão modelar dirige os cientistas, assim quem aceita um dado paradigma não o faz com outro, pois, certamente, há diferenças acentuadas entre ambos.

Com relação aos estudos curriculares pode-se adotar o paradigma positivista que tem por base o método das ciências naturais e compreensão mecanizada das coisas e das relações. Já a concepção fenomenológica ou paradigma fenomenológico, adota teorias que enfatizam o sujeito e suas vivências, utilizando, na pesquisa os métodos etnográficos e de interação (CHIZZOTTI, 1995). De acordo com TRIVIÑOS (1987) a maior crítica a ela é a sua falta de referência ao mundo econômico e social.

TRIVIÑOS (1987), em contraposição a este paradigma, apresenta o materialista, ou crítico, que tem por base o marxismo e o materialismo histórico e dialético que considera a dinamicidade do real, a ideologia e as construções históricas como reflexos das lutas sociais.

De acordo com MENDES (1996), Habermas que fundamenta outro estudioso da área de currículo, denominado McDonald, define três enfoques de pesquisa: analítico, histórico hermenêutico e praxiológico.

As ciências exatas seriam orientadas pelo enfoque empírico-analítico. O histórico hermenêutico usa métodos interpretativos e históricos, considera a subjetividade e a relação entre conhecimento científico e de senso-comum. O praxiológico busca a apreensão dos fenômenos com base na dialética e busca a inovação social.

MCDONALD (1975), tomando por base as proposições de Habermas reconceituou os paradigmas curriculares em três vertentes: técnico-linear; circular-consensual e dinâmico-dialógico.

PALMA FILHO (1992) elabora o esquema em que aborda tais paradigmas curriculares, enfoques de pesquisa e seus reflexos nos interesses e nas dimensões da vida humana (Figura 1). Já na Figura 2 complementa com os fundamentos filosóficos, sociológicos e psicológicos, fazendo ainda uma adaptação à realidade brasileira.

Paradigma de Currículo	Enfoque de Pesquisa	Interesse	Dimensões da Vida Humana
Técnico-Linear	Empírico-Analítico	Técnico (controle)	Trabalho
Circular-consensual	Histórico-Hermenêutico	Consenso (compreensão)	Interação Linguagem
Dinâmico-Dialógico	Praxiológico-Dialético	Emancipação (libertação)	Poder (dominação)

Fonte: PALMA FILHO (1992)

Figura 1- Paradigmas Curriculares, enfoques de pesquisa e dimensões da vida humana.

Paradigma de Currículo	Fundamentos Filosóficos	Fundamentos Sociológicos	Fundamentos Psicológicos
Técnico-Linear	Positivismo-Empirismo	Funcionalismo (Parsons)	Behaviorismo
Circular-consensual	Fenomenologia Existencialismo	Sociologia Compreensiva (Weber)	Interacionismo Humanismo
Dinâmico-Dialógico	Marxismo Escola de Frankfurt (neomarxismo)	Marxismo Neomarxismo (Paulo Freire)	Interacionismo Construtivismo (Piaget, Vigotsky)

Fonte: PALMA FILHO (1992)

Figura 2- Paradigmas Curriculares, fundamentos filosóficos, sociológicos e psicológicos.

VILLALOBOS TAPIA (2000) coloca a abordagem de McDonald como sistêmica, em que se pretende abordar o comportamento do professor; a aprendizagem, ou mudança do comportamento do aluno, a instrução que se dá na inter-relação professor-aluno e o currículo, visto como iniciativa de planejamento que ocorre antes da instrução. Conforme o paradigma adotado a ênfase se dá no objeto, a aprendizagem, ou no sujeito (s) aluno e professor.

Importante neste contexto não minimizar, ou, relativizar, o papel social do professor, que não se restringe à sala de aula. Assim, para SAVIANI (1993): “Considerando-se(...), que dado o caráter da educação como mediação no seio da prática social global, a relação em pedagogia tem na prática social o seu ponto de partida e o seu ponto de chegada...”. (SAVIANI, 1993, p. 86)

Quando pensamos em ação profissional devemos refletir necessariamente num ponto que extrapola a questão, ou seja, a de que um sujeito é dono de um conhecimento socialmente dado e compartilhado. Assim, para LUCKESI et al (1991) “Esse conhecimento, que vimos analisando, não se processa tão individualmente... A realidade do mundo nos circunda mediatiza as nossas consciências. Serve de núcleo e objeto de pensamento e reflexão de diversos indivíduos ao mesmo tempo” (LUCKESI et al, 1991, p. 53).

Na concepção de APLE (1982) a ideologia liberal tem orientado a maior parte da atividade educacional e visa atender aos interesses das escolas, nem sempre públicas, e todas as reformas de educação, como um todo, têm sido graduais e parciais, desprezando a atitude crítica frente à questão, o que se reflete na pesquisa acerca da atividade educacional. Assim:

Uma atitude crítica é importante por diversas razões. Primeiro, os especialistas em currículo ajudam a estabelecer e a manter instituições que afetam aos estudantes e a outros numa multiplicidade de formas. Em virtude destes efeitos, devem estar conscientes das razões e intenções que os orientam. Isto é especialmente verdadeiro quanto às finalidades ideológicas e políticas manifestas e latentes. ... as escolas como instituições estão tão interligadas com outras instituições econômicas e políticas, e de vez que as escolas em geral atuam sempre no sentido de distribuir conhecimentos e valores tanto através do currículo manifesto quanto oculto, que em geral atuam para apoiar essas mesmas instituições, é necessário que os educadores se empenhem em analisar as formas pelas quais permitem que valores e compromissos inconscientemente operem através deles. (APLE, 1982, p. 191).

De acordo com MOREIRA e SILVA (2002) a sociologia e a teoria crítica de currículo são originárias dos Estados Unidos e posteriormente, Inglaterra campo e foco central da Sociologia da Educação. Nos EUA a emergência da temática se dá no final do século XIX e início do XX idéia originária, ao que tudo indica, de superintendentes de sistemas escolares do país e teóricos precursores no assunto que tiveram como objetivo o planejar e controlar de modo científico, as ações pedagógicas, associando este campo de estudos às ações de controle social e eficiência destas mesmas sociedades. Há neste país, predominantemente a partir dos anos 1920, inúmeras iniciativas e marcos temáticos que, neste momento, não nos parecem do escopo deste estudo.

Parece, embora efetuando um salto cronológico, que devamos nos ater à década de 1970, mais particularmente a 1973, ano em que houve uma grande conferência americana com vistas a considerar o currículo como instrumento político e teórico, rejeitando a tendência behaviorista e empirista, predominante até então.

A partir daí surgiram duas correntes uma fundada nos princípios neomarxistas e teoria crítica predominantes nas Universidades de Wisconsin e Columbia, cujos teóricos mais conhecidos no Brasil, nos dizeres de MOREIRA e SILVA (2002), são Michel Apple e Henry Giroux. A outra, de tradição humanista e hermenêutica, predominante em Ohio, representada principalmente por William Pinar. Todos, apesar de não formarem um bloco uniforme, denominados reconceitualistas. As questões de fundo eram as críticas dos neomarxistas a uma hipotética alienação dos outros das questões de fundo da sociedade.

Os precursores do que se denominou nos EUA como sociologia do currículo foram os neomarxistas secundados por britânicos, mais eminentemente na figura de Michael Young o que foi denominado na Inglaterra como Nova Sociologia da Educação e que deu base para uma grande reforma do ensino na Grã Bretanha, entre 1950 e 1980 prosseguindo os estudos até a atualidade, embora sem impacto e divulgação no Brasil.

De todo modo o currículo, em sua concepção, tem sido área de debate e palco de discussões políticas que se dão com base na Sociologia do Currículo e Teoria Crítica, e que tomam em conta aspectos da ideologia, da cultura e do poder.

MOREIRA e MACEDO (1999) consideram que, no Brasil, sempre houve forte influência dos padrões americanos no ensino. Temos claro neste estudo, por exemplo, o que aconteceu na enfermagem brasileira. Esta influência preponderou nas décadas de 1960 e 70. Tal transferência destas teorias perdurou até os anos 1980 quando procurou-se adaptar o pensamento vigente à realidade local. Comentando o fato MOREIRA e MACEDO (1999) avaliam que:

Nesse momento a resistência à recepção do material – estrangeiro – foi pouco expressiva, em decorrência das interações das circunstâncias políticas, econômicas, culturais e educacionais do país com a dinâmica do contexto internacional em que as influências se processaram. Durante o segundo momento ocorreram significativas mudanças políticas e econômicas tanto no cenário nacional como internacional. Oscilou-se, então, entre a tentativa de rejeição pura e simples da experiência americana e a adaptação crítica destas e de outras experiências, na busca de um desenvolvimento mais independente no campo do currículo. Foi a segunda perspectiva que, no final da década de 1980, acabou por se tornar hegemônica (MOREIRA e MACEDO, 1999, p. 12).

A análise da produção brasileira na década de 1990 é prova, de acordo com estes autores, MOREIRA e MACEDO (1999) de que, embora com grandes investimentos nacionais, estão presentes ainda as influências dos teóricos estrangeiros associados à teoria curricular crítica. Nos últimos anos da década trazendo à baila estudos sobre raça e gênero, sem, a seu ver, no entanto, considerar que a realidade brasileira seja diversa.

Muito do que foi dito, decorre da concessão de empréstimos do Banco Mundial que imprimiu ao setor da educação a lógica da economia, uma outra coisa é a adoção, mais enfática com o Governo Collor, iniciado na década de 1990, de uma política claramente neoliberal e que norteiam medidas educacionais que atendem a tais princípios, pretendendo tornar a educação mais voltada às necessidades do trabalho. Dentre elas são mencionados os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) do MEC, que têm forte influência do construtivismo. E, embora com caráter singular as reformas educacionais brasileiras apresentam tendências internacionais como:

- a) adoção de um modelo centralizado de currículo coexistente com processos de desregulação de outros aspectos da educação; b) recurso à equipe de notáveis para a definição do conhecimento oficial; c) elaboração de propostas detalhadas, extensas e complexas; e d) associação do currículo com um sistema nacional de avaliação (MOREIRA e MACEDO, 1999, p. 13).

MOREIRA (1997) também efetua a análise da denominada pós-modernidade e sua influência nos currículos e na educação apontando as crescentes divergências em torno da temática e do próprio sentido do que seja o currículo. O pós-modernismo, cuja produção estrangeira mais recente data das décadas de 1980 e 1990, aponta para as condições sociais que reconstroem o mapa geográfico mundial e produzem novas formas de analisar este quadro. Neste contexto o currículo passa a ser interpretado “como um todo significativo, como um *texto*, como um instrumento privilegiado de construção de identidades e subjetividades” (MOREIRA, 1997, p. 15).

Nesta nova visão se incluem os planos e as propostas, valoriza-se o que, de fato, ocorre nas salas de aula e outros campos do aprendizado, regras não explícitas e que envolvem as relações professor-aluno (currículo oculto). Faz-se de interesse em nossa investigação trazer uma idéia deste autor:

Aponta, assim, para o fato de que no currículo desenvolvem-se representações, codificadas de forma complexa nos documentos, a partir de interesses, disputas e alianças, e decodificadas nas escolas, também de modo complexo, pelos indivíduos nelas presentes. Sugere, ainda, a visão do currículo como um campo de lutas e conflitos em torno de símbolos e significados (MOREIRA, 1997, p. 15).

De acordo com VEIGA (1995) é importante, ao analisar a organização curricular, acreditar na premissa de que o currículo não é neutro competindo, à escola desvelar os aspectos ideológicos nele imbuídos o que implica análise interpretativa e crítica da cultura dominante e escolar. Não é possível, portanto destituí-lo de significado político e social.

Assim parece-nos repleto de sentido o debruçar sobre tais questões como forma de entender nossas práticas e vivências escolares que estão contidas, explicitamente, no Projeto Pedagógico e suas expressões curriculares e, implicitamente, numa análise do fazer cotidiano que, neste momento, foge do escopo deste estudo.

6.2- Legislação e Organização dos Currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil

O ensino de enfermagem é regulamentado pela primeira vez, em nosso país, pela lei nº 775/49 do Governo Federal, que estabeleceu o reconhecimento das escolas pelo Ministério da Educação e não mais pela Escola Ana Néri. Esta legislação determinou ainda a duração do curso de trinta e seis meses, ou quatro anos acadêmicos; e a exigência do ensino secundário completo como requisito da admissão. Para isso, concedeu um período de carência de sete anos, prazo este prorrogado em 1956 por mais cinco anos para vigência

desta decisão (ALMEIDA e ROCHA, 1986). De acordo com GEOVANINI (1995) esta legislação derrubou o fixado pelo Decreto Lei 20.109 de junho de 1931, que recomendava que todas as escolas de enfermagem brasileira deveriam funcionar de acordo com os padrões da modelar Ana Néri.

Portanto, o ensino de enfermeiras que vigorou no Brasil no período de 1949 a 1961 era de nível médio. A partir desta data, o ensino de nível médio, antigo secundário, passa a ser uma exigência para ingresso nas escolas de enfermagem que se tornam de nível universitário.

Em vigor, a legislação de 1949 não trouxe implicações nos currículos do curso de enfermagem, particularmente na Escola Ana Néri. Neles, eram priorizadas as “as disciplinas de caráter preventivo, embora o mercado utilizador já apontasse forte tendência para o campo hospitalar” (GERMANO, 1993, p. 37). Já na década de 1950, resultado das tendências do pós-guerra, os currículos de enfermagem passam a enfatizar a assistência curativa e o ensino especializado. Na análise da autora, ao comparar a legislação de 1949 com a de 1962:

Tomando-se agora o currículo do curso de enfermagem de 1949 e o seguinte, ou seja, o de 1962- Parecer 271/62 do Conselho Federal de Educação, percebe-se uma mudança considerável; o primeiro surge numa fase em que prevalecia um espírito político supostamente liberal com um capitalismo que ainda não comportava a privatização da saúde de forma empresarial, privilegiando, por conseguinte o estudo das doenças de massas, através das disciplinas ditas de área preventiva. O segundo emerge num momento em que a economia brasileira começa a tender para um processo excludente... A saúde pública antes considerada tão básica, já não aparece no currículo como disciplina obrigatória do currículo mínimo, mas como especialização, caso o aluno pretenda continuar os estudos após graduar-se ((GERMANO, 1993, p. 37).

CARVALHO (1976), retoma a memória da Associação Brasileira de Enfermagem, apresentando a sua visão a respeito dos fatos. Assim, em 1962, antes da Criação do Conselho Federal de Educação (CFE), havia, em tramitação por duas comissões da ABEn inúmeras discussões sobre o campo profissional em que se previa a criação do curso técnico em enfermagem. Com base no projeto da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, aprovado em 1961, houve possibilidade de criação de tais cursos e a regulamentação de que enfermeiras deveriam também ser responsáveis por ministrar aulas neste nível.

O currículo mínimo já estava em estudo pela Comissão de Educação da ABEn. De acordo com a autora:

... a Comissão de Peritos em Enfermagem pôde entregar à Diretoria do Ensino Superior relatório do qual constava o currículo mínimo para o curso de graduação em Enfermagem, de quatro anos de duração, acompanhado da justificativa da distribuição das disciplinas em três grandes áreas: Ciências Biológicas, 6,5% das horas de aula; Ciências do Homem, 7,6% e Enfermagem, 85,9% (CARVALHO, 1976, p. 158).

O Parecer 271/62 do CFE fixa o currículo mínimo que não correspondia à expectativas do grupo de enfermeiras educadoras introduzindo especializações no quarto ano, extinguindo da graduação a Saúde Pública enquanto atividade prática. CARVALHO (1976) cita o seguinte trecho:

O Conselho Federal de Educação, aprovando o parecer da Comissão de Médicos, reduziu para três anos a duração do curso de Enfermagem, fez modificações de conteúdo do currículo e introduziu especializações num quarto ano optativo. (...) Das alterações de conteúdo a eliminação da Enfermagem de Saúde Pública no curso geral “tendo em vista as condições sócio-econômicas do país”, foi alvo de muitas críticas (CARVALHO, 1976, p. 159).

A autora relata ter havido grande movimentação nacional de enfermeiros com cartas ao Ministério pleiteando mudanças, além de outras iniciativas, havendo um substitutivo a este parecer (271) homologado em 1962, embora não tivesse sido

contemplada a inclusão da Saúde Pública. Na época houve a definição de um compromisso entre todas as diretoras de escola de incluir a saúde pública nos currículos dos cursos. Também não foi aceito o currículo de quatro anos. O curso de Obstetrícia foi regulamentado em 1963.

Em decorrência da Reforma Universitária, de 1968, o CFE, de acordo com CARVALHO (1976), inicia a revisão dos currículos mínimos fundamentando-se em propostas recebidas das associações de classe. A Lei 5540/68 fixa normas para funcionamento do ensino médio e superior, havendo, no Congresso Brasileiro de Enfermagem de 1967, recomendação para que o curso totalizasse 3.240 horas e que incluísse a Saúde Pública no elenco curricular. Muitas movimentações se seguiram até a aprovação do Currículo Mínimo, em 1972.

Este currículo aprovado sob o Parecer 163, entrou em vigor em 1973 e previa a formação em três partes: pré-profissional, profissional e habilitações, privilegiando o modelo médico de formação com base ainda na assistência à saúde centrada nos hospitais.

Caracterizou-se, sobretudo, pela introdução das habilitações em médico-cirúrgica, obstetrícia e saúde pública, contribuindo para fortalecer a formação por especialidades na área de enfermagem, particularmente na área de médico-cirúrgica, o que evidencia a formação para atendimento do mercado de trabalho sem considerar as necessidades reais da população que clamava pela formação do “generalista” (SILVA, 1989).

Em relação ao ensino de saúde pública não houve alteração, considerando que continuou a ser opcional como curso de pós-graduação, o que significa que o enfermeiro concluía o curso sem ter estudado a área de saúde pública. Situação, no mínimo contraditória, em um país que vivenciava altas taxas de morbidade e mortalidade e principalmente na população infantil por doenças infecto-contagiosas, carências, parasitárias e doenças endêmicas em várias regiões do país.

Assim, enquanto os problemas de saúde estavam localizados no âmbito da saúde pública, os currículos da área da saúde, incluindo aí o da enfermagem, concentravam grande parte de carga horária em conteúdos especializados, voltados para a assistência considerada de caráter curativo, no âmbito hospitalar.

Esse mesmo parecer, nº163/72 reintroduziu no currículo Sociologia e Psicologia, denominadas de Ciências de Comportamento. Nele se encontrava presente ainda, grande ênfase à disciplina de administração, com enfoques específicos em cada uma das habilitações propostas.

A organização curricular e os programas de ensino desenvolvidos na época se encontravam incondicionalmente vinculados às políticas de saúde implementadas pelo Estado sem maior questionamento de seus objetivos no dizer de GERMANO (1993), contraposto pela já citada memorialista da ABEn.

O setor saúde sofreu intenso processo de capitalização na segunda metade do século XX com importantes avanços científicos tecnológicos da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, que com a política de saúde, contribuiu para o processo de medicalização da sociedade, a tecnificação do ato médico e a multiplicação de especialidades médicas e de outras profissões (DONNANGELO e PEREIRA, 1979). Assim, a proposta de formação da época mostrou-se coerente com o projeto político vigente, que favorecia a mercantilização na saúde. Processo revisto a partir da década de 1980, ocasião em que há forte participação de enfermeiros no denominado movimento sanitário o que inclui a ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem). Daí em diante, em que pesem as inúmeras dificuldades, as orientações curriculares buscam privilegiar os pressupostos do que se tornaria o SUS.

O currículo do curso de graduação em enfermagem aprovado em abril de 1994 sob o Parecer 314/94 resultou de intensa mobilização da categoria de enfermeiros em nível nacional coordenado pelas iniciativas da ABEn.

Para a elaboração da proposta de formação do enfermeiro enviada ao MEC, a ABEn promoveu uma série de encontros em várias regiões do país contando com a participação das instituições formadoras (professores, alunos), entidades de Enfermagem (ABEn, Federação e Sindicatos), Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e Enfermeiros ligados a serviços de saúde.

Assim, em setembro de 1987 foram promovidos quatro seminários (Região Norte e Nordeste; Sul; Centro Oeste e Sudeste) para a obtenção de um diagnóstico da situação do ensino de graduação em cada uma das regiões do país, cujos resultados constituíram objeto de análise em um seminário de nível nacional, em outubro do mesmo ano.

Na sequência, por um período de um ano, de outubro de 1987 a outubro de 1988, a ABEn organiza Seminário Nacional e mais quatro Seminários Regionais para a discussão do Perfil e Competência do Enfermeiro. Em etapa posterior, caracterizada como oficina de trabalho, que envolveu a participação de representantes regionais, buscou-se a articulação entre o conjunto de realizações, ocasião em que se delineia os postulados para a formação do enfermeiro.

Em um encontro nacional em Niterói – Seminário Nacional sobre o Currículo Mínimo (1989) para definir a política e as diretrizes para a profissionalização na Enfermagem, aprova-se a proposta final de alteração do currículo mínimo de enfermagem vigente, que foi divulgada e analisada pela comunidade de enfermagem nos anos de 1989 e 1990, quando ocorrem respectivamente, o 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Florianópolis-SC e 42º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Natal-RN.

Tal proposta rediscutida, complementada e aprovada em sua formatação final (maio de 1991) foi encaminhada ao Ministério da Educação (MEC), Conselho Federal de Educação e SESU (Secretaria do Ensino Superior), recebendo parecer favorável em março de 1992. Sua tramitação e aprovação pelo Ministério ocorreram no período entre 1992 e 94, quando recebeu parecer favorável do Conselho Federal de Educação sob nº 314, em abril de 1994. Foi aprovado pelo Ministério de Educação com o Parecer 314/94 em novembro, passando a ser Portaria 1721 do MEC, em dezembro de 1994, com a extinção do CFE.

Essa trajetória demonstrou a capacidade de articulação da categoria de enfermeiros e revelou o processo democrático de trabalho, o amadurecimento e o grau de compromisso com a formação do profissional.

Destaca-se que a proposta de alteração do currículo vigente desde o ano de 1972 decorreu da necessidade de adequação da formação do enfermeiro às mudanças ocorridas na profissão no setor saúde, na área do ensino, e do mercado de trabalho e especialmente às necessidades de saúde da população expressas pelo perfil demográfico e epidemiológico (ABEn, 1991). Decorreu ainda do entendimento de que as habilitações comprometiam a formação básica do profissional enfermeiro (ABEn, 1991) promovem o ensino pulverizado em detrimento da formação da base.

A partir deste diagnóstico delineou-se uma proposta curricular formulada com base nos seguintes pressupostos (ABEn, 1991).

O currículo mínimo do curso de graduação em enfermagem é uma referência nacional que deve ser considerada para todos os currículos de graduação na área, cuja terminalidade é a formação do enfermeiro; a organização curricular deve assegurar a qualificação clínica-epidemiológica-técnica e ética do profissional para que possa exercer a profissão nas várias áreas (assistencial, administrativa, educativa e de investigação); a vocação de cada instituição formadora deve ser revelada na organização do currículo pleno, que deve considerar as necessidades de saúde e o pressuposto da Lei Orgânica de Saúde para o SUS.

Também preconiza a Integração ensino-serviço, visando a aproximação efetiva entre o processo de formação e processo de trabalho; que a competência técnico-científica e política adquirida no nível da graduação deve conferir terminalidade e capacidade profissional para a inserção no mercado de trabalho, considerando o quadro epidemiológico do país e região.

Para atendimento a esses pressupostos, a proposta curricular apresentada pela ABEn continha as seguintes alterações:

Aumento da duração mínima do curso em horas-anos; extinção das habilitações no nível de graduação; revisão das disciplinas e dos conteúdos nas áreas de ciências humanas e biológicas; inclusão da disciplina de Metodologia da Pesquisa para estimular a produção científica; inclusão de conteúdos voltados ao processo de trabalho em enfermagem envolvendo atividades de natureza assistencial, administrativa e educativa.

Definição de conteúdos, de matérias e disciplinas que contemplassem a assistência à criança, ao adolescente, ao adulto (incluindo a especificidade da mulher e do adulto idoso) em serviços de vários níveis de atenção e ainda a abordagem da administração e gerência dos serviços de saúde e de enfermagem (ABEn, 1991).

Estabelece carga horária mínima de 3500 horas com a duração de no mínimo quatro anos e máximo cinco, organizado em áreas temáticas e respectivas matérias:

Bases Biológicas e Sociais de Enfermagem

Comprendendo as Disciplinas de Ciências Biológicas incluindo as Morfológicas (Anatomia e Histologia), Fisiológicas (Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia e Biofísica), as Patológicas (Processos Patológicos Gerais), Biológicas (Parasitologia, Microbiologia, Citologia, Imunologia, Genética e Evolução, Embriologia). Da área das Ciências Humanas: filosofia, Sociologia e Psicologia.

Fundamentos de Enfermagem

Conteúdos técnicos, metodológicos e os instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro tanto individual como coletivo com as Disciplinas ou enfoques: História da Enfermagem, Exercício da Enfermagem (Deontologia, Ética Profissional e Legislação), Epidemiologia, Bioestatística, Saúde Ambiental, Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.

Assistência de Enfermagem

Conteúdos teórico-práticos da assistência de enfermagem nos níveis individual e coletivo voltada à criança, adolescente e adulto em situações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, gineco-obstétricas e preventivas.

Administração de Enfermagem

Conteúdos teórico-práticos de administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem em hospitais, ambulatórios e rede básica de saúde.

Em relação ao ensino de enfermagem – licenciatura – há legislação específica (Portaria 13/69) que orienta a capacitação de enfermeiro para o ensino de 1º e 2º graus.

A Portaria 1721 de dezembro de 1994, determinou ainda a inclusão do estágio curricular em hospitais, ambulatórios e rede básica de saúde durante um semestre letivo, sob supervisão docente. Destacou a participação do enfermeiro dos serviços de saúde, nos quais se desenvolva esta prática no processo de supervisão e de avaliação do aluno.

Ocorre também alteração na denominação dos cursos voltados para a formação do enfermeiro. Compreendendo que a formação do enfermeiro, com especialidade, deve ocorrer em cursos de pós-graduação, o curso superior que forma enfermeiro foi denominado Curso de Enfermagem. Anteriormente, com base no Parecer 163/72 e Resolução 04/72 os cursos eram denominados “Enfermagem e Obstetrícia”.

A Portaria supra-mencionada também estabeleceu o período de um ano para as modificações e adequações nos currículos plenos dos cursos de enfermagem ainda regidos pela Portaria e Resolução de 1972, que passariam assim a vigorar no 1º semestre de 1996.

OLIVEIRA (1995) aponta que os pressupostos, as diretrizes e os princípios expressos na Portaria 1721 a serem considerados pelas escolas, bem como a conformação das disciplinas em áreas temáticas, possibilitam a maior integração dos conteúdos teóricos aos práticos, contribuindo para romper com a compartimentalização do conhecimento, fruto da Resolução 04/72.

Esta autora destaca a importância dos estágios curriculares supervisionados, com participação dos enfermeiros do serviço levando a uma integração ensino e serviço. Para o aluno essa orientação se constitui na possibilidade de vivência pré-profissional.

Outro aspecto ressaltado por OLIVEIRA (1995) se refere à denominação de “noções” das áreas biológicas e sociais que agora avançam para “conteúdos fundamentais”. Destaca-se ainda, a maior carga horária e duração dos cursos, entendidos como fatores que permitirão qualificar a formação profissional. Entretanto, a definição do percentual da carga horária por área, imposta de forma arbitrária pelo órgão estatal traz amarras para as instituições de ensino.

Em 2001, fruto da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional as Diretrizes tomam o lugar dos currículos mínimos e pretendem, de acordo com BRASIL (1997): “... flexibilidade na construção de currículos plenos e privilegiando a indicação por áreas de conhecimento a serem consideradas, ao invés de estabelecer disciplinas e cargas horárias definidas” (BRASIL, 1997, p. 1).

Sua concepção deve referenciar-se na definição do perfil desejado para os formandos, de acordo com as propostas pedagógicas, filosóficas e de perfil de cada IES (Instituição de Ensino Superior). A partir do perfil são definidas as competências, habilidades e os conteúdos necessários à formação. Estabelece-se a duração mínima de cada curso que, por sua vez, devem ter estrutura modular, com definição de atividades de estágio e complementares. Há recomendação de ampla discussão dos processos de reformulação, que devem articular-se a mecanismos de avaliação institucional (BRASIL, s.d.,b).

Nos remetendo à Faculdade de Enfermagem e aos reflexos desta nova legislação federal, a PUC-Campinas, em dezembro de 1999, divulga, para comunidade interna, documento em que são determinados parâmetros a serem seguidos por seus cursos de graduação em suas reformulações curriculares com vista ainda à sua própria organização pedagógica e administrativa.

Além disso, a Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem do MEC elabora o perfil para o profissional, competências, procedimentos e tópicos de estudo divididos em conteúdos básicos e específicos, que devem compor carga horária mínima de 3.000 horas, a serem complementadas por 500 horas de Estágios Curriculares além de prever a definição, para cada curso, do que foram denominadas competências, específicas, a

saber: Bacharel, Formação Aplicada Profissional, Formação de Docentes e Formação de Pesquisadores, consideradas como habilitação com destinação de 500 horas. A carga horária mínima prevista é de 4.000 horas, distribuídas em oito semestres (BRASIL, s.d.,a).

Cabe destacar que em sete de novembro de 2001 o CNE/CES² em sua resolução Nº 3 institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem, de acordo com a LDB em vigor que propõe a formação do:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (p. 1).

Já a Associação Brasileira de Enfermagem em audiência pública na Câmara de Educação Superior (CES)³ e Conselho Nacional de Educação (CNS) de 16 de dezembro de 2003, estabelece a duração dos cursos presenciais de bacharelado em enfermagem em 4.000 horas, integralizadas em quatro anos.

As Diretrizes estabelecem os seguintes parâmetros para a formação:

“**Art. 4º** A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

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

² (*)CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

³ Audiência Pública convocada pela Câmara de Educação Superior – CES Conselho Nacional de Educação – CNE de 16/12/2003.

individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética-bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

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

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

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

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2000, p. 2-3).

Seguindo tais recomendações as escolas de enfermagem devem formular sua proposta de formação. Em relação à linha pedagógica, as diretrizes orientam no sentido da opção pelo ensino “centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador do processo de ensino/aprendizagem” (BRASIL, 2000, p.3). A organização dos conteúdos curriculares deverá ser contemplada nas várias áreas temáticas. Bases biológicas e sociais da enfermagem, envolvendo as ciências biológicas e ciências humanas. Fundamentos de enfermagem – incluindo os conteúdos técnicos, metodologias e o meio e instrumentos de trabalho do enfermeiro e da enfermagem considerando tanto as instâncias do individual como do coletivo.

Assistência de enfermagem – abordagem dos conteúdos (teóricos e práticos) que compõe a assistência de enfermagem individual e coletiva prestada à criança, ao adolescente, adulto e idoso, isto é, dividindo a formação pelos ciclos de vida e administração de enfermagem – conteúdos teóricos e práticos relativos à administração da assistência e processo de trabalho da área em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade. Neste documento estava prevista a duração mínima de 3.500 horas para o Curso e que se destinassem pelo menos 500 horas para Estágios Curriculares (BRASIL, 2000).

É de se supor, com base neste apanhado, que a enfermagem nacional, tem progredido sobremaneira, no que tange à profissionalização, pesquisa, postura política e participação, em que pesem os inúmeros problemas da profissão. Acreditamos também que o material analisado até aqui possa nos oferecer subsídios para uma melhor compreensão acerca do enunciado pelos documentos da Faculdade de Enfermagem, objeto deste estudo.

***7- REVISITANDO A PROPOSTA DE
FORMAÇÃO DA FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA PUC-CAMPINAS***

7.1- Cenário do Estudo

No período compreendido entre 1950 e 1967, a PUC-Campinas manteve agregada a ela a Escola de Enfermagem Madre Maria Teodora Vairon, reconhecida pelo Decreto nº28.373 de 12 de julho de 1950, e que encerrou suas atividades em 1967 e funcionava em prédio próprio no centro da cidade de Campinas-SP.

Em 1972, devido a grande demanda pelo profissional enfermeiro, influenciada por mudanças na política de saúde na área de enfermagem, em função de um mercado de trabalho promissor e da busca de melhor qualidade de assistência à população em geral, o Conselho Universitário da PUC- Campinas aprovou a abertura da Faculdade incorporando-a à estrutura da Universidade, que na área da Saúde mantinha, até então, a Faculdade de Odontologia. O primeiro vestibular ocorreu no início do mês de julho deste mesmo ano, iniciando-se o curso em primeiro de agosto. O curso foi reconhecido pelo Decreto Lei nº 79.088 de 04 de janeiro de 1977. As aulas eram, à época, ministradas no Campus I e Central da Universidade e o Hospital, privado, em que se davam os estágios, existe até a atualidade, em região próxima ao centro de Campinas.

Na ocasião, o Campus II, área da Saúde, era construído nas adjacências do Hospital e Maternidade Celso Pierro, doado à Universidade pela família do médico que leva seu nome, sem ainda estar plenamente construído.

Neste Campus, posteriormente, passou a funcionar a Faculdade de Ciências Médicas com os cursos de Medicina, Nutrição, Terapia Ocupacional, Ciências Farmacêuticas e Fisioterapia. A Faculdade de Enfermagem, também no local, funcionou como tal, de modo independente da de Ciências Médicas, até o ano 2002, ocasião em que houve uma grande reforma da estrutura administrativa da Universidade e formou-se o Centro de Ciências da Vida (CCV). Neste mesmo local, foram incorporadas também as Faculdades de Psicologia, Fonoaudiologia e Odontologia, que se localizavam no Campus Central da Universidade. A Faculdade de Ciências Biológicas, que sempre ocupou o prédio do Campus, passou também a compor o CCV.

O município de Campinas possui 1.006.919 habitantes (BRASIL, 2003a), distribuídos em cinco diferentes regiões administrativas: Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste. A cidade se configura num pólo industrial importante atraindo migrantes de várias regiões do país, o que sobrecarrega sua infraestrutura urbana e de equipamentos sociais. Conta com várias universidades, sendo duas mais antigas e com inserção nos serviços de saúde; a PUC-Campinas e a UNICAMP, ambas com hospitais universitários e outros serviços na área da saúde.

A região onde se localiza o Campus II da PUC é denominada pela Prefeitura Municipal, em particular pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, como Noroeste, eixo da Avenida John Boyd Dunlop. Área com grande contingente populacional, cerca de 150.000 habitantes, muitos em condições adversas de existência, morando em ocupações e núcleos habitacionais em áreas de várzea. A região Noroeste se caracteriza pela alta taxa de crescimento, carência de equipamentos sociais e de infra-estrutura, grande desenvolvimento da economia informal e uma população de baixo poder aquisitivo. Na área há oito Centros de Saúde, um serviço de atenção psicossocial (CAPS), o Hospital da Universidade (HMCP), ambulatorios de especialidades, clínicas de odontologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e psicologia, serviços conveniados ao SUS-Campinas (MELLIN, 2003).

Como escola pioneira no município de Campinas e região, o curso de graduação em enfermagem da PUC – Campinas, hoje com mais de 30 anos de existência, constitui-se como grande responsável pela formação de profissionais da saúde, no caso enfermeiros, para atuação em serviços de saúde em nível local e regional.

Durante muitos anos a clientela de estudantes da faculdade era composta predominantemente por jovens, oriundos do ensino médio e sem inserção no mercado de trabalho.

Em meados do ano de 1985, a escola se depara com novo perfil de alunos ingressantes no curso, pois, número significativo de trabalhadores da área da saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, buscava o curso de graduação de enfermagem como forma de qualificação profissional e mesmo de ascensão social.

Estes alunos, além da inserção profissional na área da saúde, apresentavam maior maturidade como característica, faixa etária mais elevada, muitos deles com família já constituída e principalmente com grande identidade com a profissão de enfermeiro. Além disso, para muitos deles a formação no ensino médio ocorreu em época muito anterior ao ingresso na faculdade e, em muitos casos, obtida por meio de cursos de suplência.

Tal questão representou o foco de muitas discussões do corpo docente, no sentido de buscar formas de conduzir o ensino e a formação do enfermeiro com um contingente heterogêneo de alunos e trabalhadores com vivência profissional na área e não trabalhadores. Com o passar dos anos consolidou-se um perfil de ingressantes composto de forma equitativa por alunos trabalhadores e aqueles oriundos do ensino de nível médio.

Por longo período foi mantido o curso em período integral, até que, em 2000, por ocasião dos estudos da reestruturação curricular, implantados em toda a Universidade nos anos de 1999 e 2000, para atendimento da Lei das Diretrizes e Bases da Educação (LDB) houve recomendação da então Vice-Reitoria para Assuntos Acadêmicos de que a Faculdade viabilizasse a abertura do curso de enfermagem no período noturno.

Também nesta ocasião houve uma grande mudança estrutural na Universidade, com extinção de Departamentos, órgãos de instâncias decisórias. Criação de Pró-Reitorias (Administrativa, Acadêmica, Pesquisa e Extensão), além da criação dos Centros nos quais se agregam as Faculdades que contam com o Diretor, em alguns casos, Diretor Adjunto, Conselhos de Faculdade, com participação docente e discente, como órgãos decisórios. Os Centros (Ciências da Vida, Ciências Sociais Aplicadas; Ciências Humanas, Ciências Exatas Ambientais e de Tecnologias; Economia e Administração e Ciências de Linguagem e Comunicação) têm Diretor, Diretor Adjunto e Conselho de Centro, composto por Diretores de Centro, Faculdades, um representante dos Coordenadores dos Cursos de Pós Graduação e um representante eleito dos docentes, discentes e do corpo técnico funcional.

Com relação ao atual curso noturno faz-se importante ressaltar que houve muita resistência do corpo docente em relação à sua oferta, justificada pelo temor de comprometer a imagem da escola e também a qualidade do ensino, considerada a dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde.

Com base em estudos e ainda na compreensão do papel social da Universidade, além da diretriz que apontava para sua criação, com vistas a atender demanda de profissionais (auxiliares e técnicos de enfermagem) que atuavam na área e apresentavam dificuldade de acesso à formação de nível superior, por incompatibilidade de horário, o curso foi criado.

Desta forma, a Faculdade de Enfermagem, a partir de 2001, passa a oferecer o curso em período noturno com duração de 10 semestres ou cinco anos, além do período integral organizado em 8 semestres ou quatro anos, ambos com carga horária de 4080 horas.

Cabe destacar que a escola por meio da direção e do conjunto de professores definiu como diretrizes para os cursos a manutenção de proposta única de formação para ambos os períodos, respaldados pelo projeto pedagógico.

Da carga horária total do curso aproximadamente 40% destina-se a aulas práticas em laboratório específico, em campos clínicos e a estágios curriculares. Para o desenvolvimento dos estágios são utilizadas instituições de saúde dos diversos níveis de atenção, elegendo prioritariamente o hospital de ensino, Hospital e Maternidade Celso Pierro, e Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes, predominantemente, ao Distrito de Saúde Noroeste, destacando-se aquelas com as quais a Universidade tem parceria mais estreita, mantendo nelas um Coordenador Pedagógico e quatro auxiliares de enfermagem para apoio docente, que são o Centro de Saúde Integração, Pedro de Aquino e Jardim Ipaussurama. Na região do Centro de Saúde Integração a Universidade mantém um prédio anexo, denominado Castelinho, onde se desenvolvem algumas atividades docente-assistenciais de caráter multiprofissional.

O corpo docente da Faculdade de Enfermagem é composto por professores da área de saber dominante e – da área de saber não dominante, sendo 38 enfermeiros pertencentes à primeira. Destes, apenas nove compõe quadro não temporário, dois deles inseridos em regime de dedicação de 30 horas. Todos os demais se encontram na condição de professor com contrato temporário por tempo determinado e, alguns, com contrato indeterminado.

No quadro “permanente” temos quatro doutoras, duas mestres cursando doutorado, e três mestres. Como temporários há quatro doutores, quatro mestres cursando doutorado, 6 mestres e 15 com curso de especialização na área de atuação.

Esta característica de inserção dos docentes no curso dificulta sobremaneira o andamento do projeto de formação pensado pela escola, e é decorrente do fato da Universidade, desde 1990, não permitir a contratação de docentes em caráter não temporário e ainda não ter definido suas políticas para a Carreira Docente que, na atualidade abrange parcela mínima de seus professores.

Tal ordem de dificuldade poderá ser superada com a realização de concurso para aulas não temporárias, com a ‘fixação’ do professor no quadro de docentes da escola, o que sem dúvida trará ganhos na discussão e no aprimoramento do projeto pedagógico.

Por entender que a formação do aluno também se dá em atividades e espaços para além da sala de aula, a Faculdade de Enfermagem, desenvolve três projetos de extensão à comunidade voltados ao recém-nascido e sua família (Projeto Amigos da Amamentação), ao indivíduo portador de diabetes (CROAD – Centro de Referência, Orientação e Atendimento ao Diabético) e aos indivíduos ostomizados (Projeto Ostomia) todos eles destinados aos usuários dos ambulatorios e unidades de internação do Hospital e Maternidade Celso Pierro.

Com relação à pesquisa, a inserção precoce dos alunos ocorre em Trabalho de Conclusão de Curso e ainda pela participação em projetos denominados de iniciação científica (IC) financiados pela Universidade (FAPIC) e pelo CNPq (PIBIC). A escola é uma das poucas do Estado de São Paulo e a terceira da Universidade, a manter o Programa Especial de Treinamento (PET) do Ministério da Educação e que tem como objetivo o fomento à melhor preparação do aluno de graduação.

Atualmente, em funcionamento há as especializações ‘latu-sensu’ em Gestão em Enfermagem; Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar.

7.2- A Faculdade de Enfermagem e as reformulações curriculares

7.2.1- Considerações Iniciais

No início da década de 1980 houve intensa movimentação na Universidade em busca de uma maior qualificação e de atingir os objetivos institucionais de abertura para a sociedade, em consonância com um movimento que ocorria na América Latina como um todo e consequência do Encontro Episcopal de Puebla, em 1979, em que se buscava uma igreja libertadora e voltada para as reais transformações sociais. Na ocasião houve grande abertura para discussão do papel da Escolas Católicas, neste caso da PUCCAMP e, particularmente, de seus cursos da área da saúde.

No estudo da Professora Alzira Camargo (CAMARGO, 1989) o final da década de 1970 trouxe movimentações em toda a PUCCAMP e que envolveram seu corpo docente, discente e técnico administrativo.

No ano de 1979 houve movimento de boicote de mensalidades, expondo um grande deficit da Universidade de denúncias que derivaram em movimento pela ‘moralização da PUCCAMP’, além de greves dos docentes, organizadas pela recém-criada Associação dos Professores (APROPUC, em 1978), houve demissão de docentes e inúmeras pressões para mudança da reitoria, que ocorreu em 1980. Também em 1978 foi criada a Associação de Funcionários (AFAPUC). Houve, na ocasião estruturação da Vice-Reitoria para Assuntos Acadêmicos, implantação da departamentização, câmara curricular e de uma comissão, composta por docentes, para estudar a implantação da Carreira Docente, que permitiria fixação de professores com promoção das atividades de pesquisa.

No Departamento de Medicina Social do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas foi contratado o Prof. Miguel Tobar Acosta, envolvido com a Saúde pública já na UNICAMP e sua esposa, a Enfermeira Professora Leonísia Tobar Acosta, passa a dirigir a Faculdade de Enfermagem, acompanhada também por uma Vice-Diretora Maria Aparecida Gamper, que já havia integrado o corpo docente da unidade. A nova diretora, também com formação em Saúde Pública, possibilitou que, nesta área, a Faculdade de Enfermagem tomasse um novo percurso. Importante comentar que a

nomeação da então vice-diretora causou espécie no corpo docente da Faculdade que via em seus quadros pessoas capacitadas a assumir este cargo, movimentação que não redundou em seu afastamento.

Vemos no trabalho de GARCIA (1997) que em publicação no jornal Correio Popular de Campinas de 1982 que o atual Vice-Reitor para Assuntos Acadêmicos Eduardo José Pereira Coelho comentava:

Assumimos compromisso com os documentos da Igreja Católica (...) a reorientação de alguns cursos para a formação de pessoal capaz de ter uma visão comunitária e trabalhar junto a parcelas mais significativas da população, está dentro deste objetivo mais amplo, oferecer o potencial técnico científico da Universidade a serviço dos interesses da comunidade (Coelho apud GARCIA, 1997, p. 101)

O Projeto Pedagógico da FCM data de 1981, ocasião em que a Faculdade de Enfermagem, sob coordenação da Profa. Leonísia, esboça o seu, que continha também uma proposta de reformulação curricular, o que está apenas em nossa memória mas sobre o qual não obtivemos registro. Neste projeto incluíam-se as habilitações como último semestre da graduação, em quatro anos, mas, no meio do percurso, o então Vice-Reitor para Assuntos Acadêmicos, Professor Paulo de Tarso, foi instado pelos alunos a comparecer à Faculdade e, em meados de 1982, considerar a proposta inadequada perante a legislação, concordando com o corpo discente, sendo o percurso interrompido, os alunos formados em três anos e meio e as habilitações oferecidas a posteriori. Na ocasião houve grande desgaste da Direção da Faculdade de Enfermagem.

Ressalta-se que na área da Saúde Coletiva houve, em 1982, seminário com os professores Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Lilia Blima Schraiber para discutir conteúdos relativos à medicina social, aberto aos outros docentes. Também, em outro encontro houve participação do Professor Paulo Freire. Houve, em toda a década vários seminários e produção coletiva na área.

7.2.2- Currículo 1980

Considerando a criação da Faculdade de Enfermagem em 1972 e a aprovação do currículo mínimo dos cursos de enfermagem em janeiro do mesmo ano, o Parecer 163/72 do MEC, o currículo do curso oferecido pela Faculdade em 1980 (ANEXO 1) respaldava-se nesta legislação.

Mesmo assim, o currículo vigente na escola, no período compreendido entre 1980 e 1986, diferenciava-se do currículo mínimo proposto pelo MEC pela inclusão das disciplinas de Iniciação Filosófica e Metodologia do Trabalho Científico, o que demonstrava, já na ocasião, a preocupação do curso com a formação humanística do aluno e mesmo sua capacitação para o desenvolvimento de trabalhos com base no método científico.

Deve-se apontar ainda que Saúde da Comunidade era oferecida em dois momentos, um deles no chamado tronco pré-profissional e o outro no tronco profissional recebendo a nomenclatura “A” e “B” respectivamente, enquanto o currículo mínimo propunha o seu oferecimento apenas na etapa pré-profissional do curso. Em Saúde da Comunidade B, com enfoques teórico e prático, o aluno vivenciava pela primeira vez o estágio em um serviço de saúde extra-hospitalar. O ensino prático se desenvolvia no então chamado Ambulatório Joaquim Barreto da Fonseca, criado pela Reitoria exonerada em 1980, e situado na Vila Castelo Branco (embrião do Centro de Saúde Vila Castelo Branco), área de proximidade do Hospital e Maternidade Celso Pierro, localizado no Campus II da Universidade.

Tratava-se de serviço próprio da Universidade criado para a inserção dos alunos dos cursos da área da saúde, na ocasião medicina e enfermagem, e a implantação das propostas de ensino daqueles cursos. Neste serviço atuavam um médico pediatra, um médico ginecologista, um médico clínico, um psicólogo e um assistente social e professores dos cursos de enfermagem e medicina.

Neste local, os alunos prestavam assistência de enfermagem à criança, a mulher e ao adulto por meio da consulta de enfermagem e da visita domiciliar. Participavam também do programa de imunização.

Dentre outras ações de saúde de ensino e aprendizagem, destacamos ainda, as educativas direcionadas aos moradores da favela localizada na área do CS Jardim Novo Campos Elíseos. Conforme as recomendações do Parecer 163/72 a escola oferecia habilitações nas áreas médico-cirúrgica, obstetrícia e saúde pública com duração de um semestre letivo.

GARCIA (1997) em sua análise acerca do ensino da saúde coletiva na PUCCAMP, comenta que, no período entre 1981 e 1984, um grupo de médicos, formados pela UNICAMP, e vinculados ao Departamento de Medicina Social e Preventiva daquela Universidade com intenso envolvimento nos Postos de Saúde de Campinas, como também descrito por SMEKE (1989) foi responsável pela implantação destes Centros de Saúde. A autora caracteriza o período entre 1976 e 1982 como de implantação do Programa de Medicina Comunitária de Campinas.

A este grupo agregaram-se inicialmente docentes da Faculdade de Enfermagem e, posteriormente, outros profissionais o que derivou na dissertação de mestrado desta autora com discussão sobre a vivência da interdisciplinaridade (MARTINS, 1996).

O Projeto Pedagógico objetivou, prioritariamente, adequar a formação do aluno aos pressupostos da abertura da Universidade para a sociedade, dentro de um contexto de compromisso com as transformações sociais. Dentro desse contexto, a Faculdade de Ciências Médicas, por meio de seu Departamento de Medicina Social e Preventiva, optou por criar quatro Centros de Saúde sendo o primeiro deles na Vila Castelo Branco onde anteriormente havia um ambulatório da Universidade. De acordo com MARTINS (1996) que sistematizou dados sobre o exercício da interdisciplinaridade no Centro de Saúde Integração:

a concretização dos Centros de Saúde da Universidade deveu-se a um projeto pioneiro de profissionais inseridos no Departamento de Medicina Social e Preventiva da PUCCAMP, que iniciou sob coordenação do Dr. Miguel Tobar Acosta em 1980 em um ambulatório já existente na Vila Castelo Branco. De imediato, docentes do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública juntaram-se ao projeto; a adesão dos outros cursos deu-se de modo gradativo” (MARTINS, 1996, p. 131).

Com relação aos cursos da área de Saúde, temos claro que sua adesão aos trabalhos nos Centros de Saúde se deu na perspectiva de atender aos pressupostos do projeto pedagógico que enfatizava o compromisso social da universidade. Para estes cursos, significava a adoção de um modelo de ensino diferente do denominado hospitalocêntrico. O projeto pedagógico mais amplo determinou transformações em todos os cursos, para que se pudesse atuar na Saúde Pública. Alguns aderiram mais tarde, como por exemplo, fonoaudiologia. Outros, ainda não se integraram a ele, como o serviço social. Participam atualmente dos Serviços as seguintes unidades: Ciências Farmacêuticas, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Terapia Ocupacional – Enfermagem e Psicologia.

GARCIA (1997) coloca a questão da seguinte forma comentando o início deste trabalho:

Entretanto, em relação ao trabalho multiprofissional, a proposta se limitava ao auxiliar e ao médico generalista, pois se entendia que esses seriam “os únicos” a possuir “a generalidade do conhecimento necessária á compreensão do processo saúde doença”. Esta visão limitada da interdisciplinaridade era explicitada pela opção do próprio ‘grupo’ pela medicina generalista, e por considerar que os demais profissionais de saúde não possuíam “um projeto específico em atenção primária”, o que exigiria a redefinição de papéis através da aquisição de “uma visão global do processo saúde doença” (GARCIA, 1997, p. 102).

Com o passar dos anos a relação entre os profissionais avançou muito e a PUCC, mesmo diante de muitas dificuldades, consegue viver trabalho multiprofissional e interdisciplinar nos três Centros de Saúde com que mantém parceria com a Universidade.

Quadro 1- Comparativo da distribuição de carga horária das disciplinas segundo a área, currículo de 1980.

CURRÍCULO – ANO: 1980					
Disciplinas Clínicas (39,2%)	Carga Horária				
	S	T	P	E	TT
Introdução à Enfermagem I	3	60	30	-	90
Introdução à Enfermagem II	3	120	120	210	450
Estatística Vital	1	30	-	-	30
E.M.C.- Clínica Médica	3	90	-	90	180
E.M.C.- Clínica Cirúrgica	3	90	-	90	180
E.M.C.- Centro Cirúrgico	3	60	-	60	120
Enfermagem em Doenças Transmissíveis	3	60	-	60	120
E.M.I.- Pediatria	3	90	-	90	180
E.M.I.- Obstetrícia e Neonatal	3	90	-	90	180
E.M.I.- Ginecologia	3	60	-	60	120
Enfermagem Psiquiátrica	1	90	-	-	150
Total Parcial		810	690		1500

Disciplinas Área Saúde Coletiva (7,84%)	Carga Horária				
	S	T	P	E	TT
I.S.P. - Saúde da Comunidade A	1	30	-	-	30
I.S.P. - Saúde da Comunidade B	1	60	120	-	180
I.S.P. - Saneamento Ambiental	1	30	-	-	30
I.S.P. – Epidemiologia	1	30	-	-	30
I.S.P. – Estatística Vital	1	30	-	-	30
Total Parcial		180	120	-	300

Disciplinas Administrativas (7,05%)	Carga Horária				
	S	T	P	E	TT
Administração Aplicada à Enfermagem	1	90	180	-	270
Total Parcial		90	180	-	270

S: SEMESTRE (1 – primeiro semestre/ 2 – segundo semestre/ 3 – anual) T: TEORIA P: PRÁTICA

E: ESTÁGIO TT: TOTAL

7.2.3- Currículo 1986

Essas alterações vigoravam num período de intensa movimentação socio-política em todo o Brasil, especialmente em Campinas em todos os segmentos sociais incluindo a efervescência do Movimento Universitário, gerando debates que refletiam em contínuas modificações pedagógicas incluindo os currículos.

O documento intitulado “A Reformulação do Curso de Enfermagem da PUCCAMP” apresenta como justificativa para a reformulação do curso a insatisfação do corpo docente em decorrência principalmente da evasão de estudantes nas séries iniciais, o que gerou um questionamento da própria prática (PUC-CAMPINAS, 1986).

Houve, na ocasião, intensa mobilização da escola envolvendo corpo docente, estudantes e administração que por meio de estratégias diversas, como reuniões, consultas a outras faculdades, aplicação de questionários para os estudantes, palestras com educadores e acompanhamento de uma assessoria pedagógica da Universidade que resultou na elaboração do marco conceitual e na definição do perfil do profissional pretendido pelo curso.

Nesses encontros destacava-se que as mudanças na grade curricular precisavam ser acompanhadas por uma reflexão dos docentes acerca do seu papel educador, das ações pedagógicas, e do compromisso de fazer mudanças na própria concepção do ser enfermeiro. Ressaltou-se inclusive a importância das mudanças interiores, nas pessoas, “sem as quais as mudanças de estrutura perder-se-iam no tempo e no espaço” (PUC-CAMPINAS, 1986, p. 4).

Chama-nos atenção o fato do projeto - pedagógico fazer referência apenas a questões de ordem individual, mencionar que os papéis de professor e profissional de enfermagem “devem ser desempenhados com sabor e com saber de forma indissociável motivando o estudante ao aprendizado” (PUC-CAMPINAS, 1986, p. 3). O que pode revelar até uma certa leitura ingênua da realidade, pois não tecia nenhuma consideração a respeito da evasão de estudantes em outras escolas da área de enfermagem e mesmo até de outros cursos da própria universidade, a despeito de toda atmosfera crítica da época. Também não apresenta um panorama da sociedade e da conjuntura na área da educação que permitisse compreender as raízes da problemática, isentando assim o professor de ser único responsável pela evasão no curso.

ARMBRUST (1995) em estudos relativos a evasão de estudantes da Faculdade de Enfermagem no período compreendido entre 1972 e 1991 encontrou índices elevados muitas vezes superiores àqueles esperados nas instituições de ensino. Interessante observar que de 1986 a 1991, período posterior à implantação do Projeto Pedagógico, a evasão persistiu inclusive em torno de 42 a 55%. Diante de tal fato e ainda do não preenchimento de vagas oferecidas do vestibular, houve redução em seu número passando de 90 para 80 em 1986, 70 em 1988 e 60 vagas em 1990.

Em sua pesquisa ARMBRUST (1995) aponta que o principal motivo da desistência do curso (43,4%) residia no aumento/reajuste das mensalidades, naquela ocasião, identificou-se que 68,2% dos estudantes não residiam com a família, o que implicava em dispensar gastos com moradia, alimentação, além da mensalidade escolar.

Na época, parece-nos que a política institucional de concessão de bolsas de estudos mostrava-se bastante tímida como também as alternativas hoje disponíveis para o estudante e que reverterem em descontos na mensalidade, praticamente inexistiam (monitoria, projetos de iniciação científica, projetos de extensão). Vale destacar que a questão de evasão escolar ocorria também nas escolas públicas por razões diversas. Trata-se de uma questão social decorrência principalmente do mercado de trabalho, a nosso ver, e plenamente revertida na década de 90.

Na ocasião definiu-se o marco conceitual no projeto pedagógico do curso:

A enfermagem é um processo de interação entre pessoas nos diferentes ciclos da vida, envolvendo saúde e doença sendo que esta última deve ser analisada num contexto abrangente envolvendo além dos aspectos clínicos os fatores de ordem socioeconômico político como influentes da situação e que deverão ser considerados criticamente pelo enfermeiro no exercício competente de sua função (PUC-CAMPINAS, 1986, p.1).

Tomando por base este marco conceitual definiu-se que o profissional formado pela PUC-CAMPINAS deveria ter o seguinte perfil:

- Que em sua ação de enfermagem, assuma uma postura profissional condizente com os princípios éticos da mesma e que respeite e valorize o Homem em sua totalidade, reconhecendo sua dignidade e permitindo o desenvolvimento de suas potencialidades criativas, possibilitando-lhe a liberdade de desenvolvimento da própria personalidade, considerando suas necessidades tanto no aspecto intelectual como emocional.
- Que possua uma consciência crítica da realidade de saúde do país e por compreende-la, assuma atitudes e comportamentos efetivos para transforma-la, através de sua ação-reflexão contínuas.
- Que assuma seu papel de educador, ensinando pelo exemplo e pelas respostas que constantemente dá aos questionamentos que se lhe apresentam nas diferentes situações de enfermagem.
- Que estabeleça relações interpessoais produtivas com o cliente, família, comunidade, equipe multiprofissional e equipe de enfermagem, interagindo adequada e profissionalmente com esses elementos de forma a exercer as funções dependentes dos mesmos com competência.
- Que tenha o método de resoluções de problemas como parâmetro para tomada de decisões e aplicação da assistência sistematizada de enfermagem, em situações que envolvam ajuda ao indivíduo, família e comunidade como um todo.

- Que possua habilidade psicomotora, maturidade emocional e competência intelectual e técnica para em qualquer campo da enfermagem, analisar, planejar, executar e avaliar seu trabalho, de forma a que o mesmo seja coerente com a qualidade de assistência a que todo ser humano tem direito.
- Que possua uma curiosidade intelectual que utilize em favor do desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específicos da enfermagem.
- Que lidere a equipe de enfermagem na assistência ao indivíduo, família e grupo, supervisionando os cuidados prestados de forma a garantir o conforto e satisfação do cliente.
- Que possua características pessoais do tipo paciência, iniciativa, integridade, estabilidade emocional, responsabilidade, disciplina, coerência para executar assistência de enfermagem com dignidade (PUC-CAMPINAS, 1986).

No projeto Pedagógico são explicitados/definidos os objetivos da 1ª a 4ª série do curso, conforme exposto a seguir:

Primeira Série

Pretende oferecer ao estudante a fundamentação básica para a sua formação profissional, ou seja, o suporte teórico e científico indispensável ao exercício da profissão, desenvolvendo saber relativo à área biológica.

Para atendimento do perfil ocorre a introdução de disciplinas da área das ciências humanas (Ciência do Comportamento; Sócio Antropologia, Ciências do Comportamento: Psicologia Aplicada à Enfermagem I e Iniciação Filosófica) para que o estudante valorizasse a influência dos aspectos sociais, políticos, antropológicos e filosóficos nas questões de saúde-doença.

Nesta série o estudante deverá obter subsídios para compreender as influências do meio-ambiente e das condições de vida sobre a saúde individual e coletiva e a competência de sua atuação como elemento de transformação da realidade.

Por considerar fundamental a adaptação do estudante à profissão, enfatiza-se a questão da enfermagem como profissão: aspectos históricos, campo de atuação, mercado de trabalho, instrumentos básicos, equipe multiprofissional e problemática atual.

Segunda Série

Dá seguimento e complementa o enfoque da área biológica. Em relação ao núcleo do saber do enfermeiro, o estudante inicia o contato com as técnicas básicas inseridas no contexto da assistência integral ao indivíduo.

Nesta etapa, Semiologia Aplicada a Enfermagem instrumentaliza o estudante para a assistência ao cliente, por meio do ensino da propedêutica, partindo assim do conhecimento do “normal” para “patológico”.

Muitos dos conceitos desenvolvidos nesta série serão retomados e aplicados posteriormente na metodologia da assistência da enfermagem, caracterizando a enfermagem como ciência que norteia sua ação em princípios científicos e que elege o método de resolução de problemas e a assistência sistematizada de enfermagem como fundamentos para o seu exercício.

“Psicologia Aplicada à Enfermagem” discute a interação enfermeiro-cliente, destacando as características de cada fase do desenvolvimento. Enfoca ainda, os reflexos da doença no indivíduo e na família e como essas questões devam ser trabalhadas pelo enfermeiro. As questões éticas e da legislação profissional iniciada nesta série são explorados e aprofundados nas demais.

Terceira Série

Nela são desenvolvidos os conteúdos relativos à prestação da assistência integral ao indivíduo nas diferentes fases da vida (do neonato ao adulto idoso). Assim o estudante vivência experiências nas áreas de médico-cirúrgica e materno-infantil.

Durante essas vivências o estudante será levado a refletir sobre os fatores determinantes do adoecimento do indivíduo. Ressalta o documento que o enfoque destas áreas são fundamentais para a formação do enfermeiro generalista e ainda que tal enfoque trará subsídios para série posterior.

Segundo o projeto pedagógico para possibilitar ao enfermeiro assumir o seu papel educador têm início, nesta etapa do curso, disciplinas voltadas para a área de licenciatura.

Quarta Série

Estabelece como primordial à formação do estudante a experiência de situações da prática profissional exercendo atividades administrativas, assistenciais e educativas.

Rompendo com a tendência do mercado que priorizava atividades administrativas para o trabalho do enfermeiro e em resposta à Lei do Exercício Profissional nº 7498 de 25 de junho 1986, em seu artigo 8º, que recomenda que as ações de maior complexidade devam ser executadas por enfermeiros, a escola cria a disciplina Enfermagem ao Paciente em Estado Crítico, possibilitando assim aos estudantes a prestação da assistência a indivíduos internados em serviços deste nível de complexidade. Há a menção de que a área “preventiva” passa a ser priorizada na formação, para que o estudante possa conhecer as causas sociais da doença e atuar como elemento de transformação social.

A introdução da disciplina Pesquisa Aplicada a Enfermagem, tem como propósito estimular a curiosidade intelectual do estudante, contribuindo para a construção de um corpo de conhecimentos próprios da área de enfermagem funciona com esta nomenclatura por um ano e o objetivo era a realização da monografia. No ano seguinte, por solicitação da escola, passa a denominar-se Trabalho de Conclusão de Curso, com caráter anual. (ANEXO 2)

Em uma retomada desta história, DE SORDI (1995) relata que, no ano de 1986, havia inúmeras crises vivenciadas pela Faculdade, o que fez com que houvesse o despertar da comunidade interna para a construção do Projeto Pedagógico. Construído num momento em que a Universidade e a própria Igreja se reviam, ambas se aliando à luta por transformações sociais.

Como principal eixo havia a busca por profissionais generalistas, competentes, críticos e com compromisso social, ocasião em que foi definido seu referencial maior, ou seja o Marco Conceitual e o Perfil Profissional pretendidos pelo Curso.

O currículo proposto no ano de 1986 se propunha a romper com o ensino voltado para uma abordagem linear reprodutivista e tecnicista para sua compreensão multifacetada mais politizada e conscientizado (FERLIN, 1995).

Os anos de 1987 e 1989 são apontados por DE SORDI (1995) como período de muito trabalho e investimento, em que ocorreram: revisão de ementas, conteúdos programáticos e reuniões de planejamento. No entanto, ao ver da autora, os resultados práticos foram de pequena monta ao se pensar a verdadeira transformação, que hoje sabemos, não se dá e nem se garante por meio da formação escolar.

Em 1989 a Faculdade de Enfermagem iniciou uma reformulação da grade curricular recém implantada discutindo-se amplamente o caráter processual da avaliação, como bem retratado pelo estudo de FERLIN (1995).

Ressaltamos que as décadas de 1980 e 1990 representaram, também, a despeito de haver, na ocasião, apenas quatro docentes em regime de dedicação na Unidade, crescimento da capacitação do corpo docente que, maciçamente, ingressou em cursos de mestrado, predominantemente, na área da educação.

A partir de 1990 se inicia a revisão das práticas pedagógicas. Porém, pela insegurança do novo desafio, tanto para o corpo docente, como para o discente, elas apontavam dificuldades de percurso, permanecendo o projeto como um objetivo a ser alcançado.

Na tentativa de buscar caminhos, define-se a necessidade de se institucionalizar a avaliação como instrumento cotidiano de trabalho, provocando debates críticos e intensificando a participação do estudante, culminando com a criação dos “Seminários de Avaliação e Reflexão do Projeto Pedagógico”, o que ocorreu no período de 1991 a 1998.

Ainda que não internamente (na Unidade) tivemos avaliações organizadas não nos moldes de seminários, mas que correspondiam ao momento de vivência da Universidade, sendo que em 1999 se inicia o processo de Avaliação Institucional, partindo da avaliação docente com proposta de posteriormente avaliar outras instâncias: corpo discente e administração.

As alterações entre o currículo vigente em 1980 para o de 1986 estão melhor descritas no (ANEXO 3). Como mudanças importantes podemos destacar a criação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, no primeiro ano de funcionamento denominada Pesquisa Aplicada à Enfermagem que tinha por objetivo introduzir o aluno precocemente na área da pesquisa e da produção de conhecimentos em Enfermagem, cabe ressaltar que a introdução de monografia nos currículos só acontece com as diretrizes curriculares de 2001. Também atendendo a necessidade de melhor refletir acerca do papel do enfermeiro diante das questões de organização dos serviços de saúde foi criada a disciplina Planejamento em Saúde Coletiva com carga horária teórica e prática.

Ao final da década de 1980 o quadro de evasão que se verificava nas escolas de todo o país havia sido revertido, muito em decorrência do aumento dos postos de trabalho principalmente no setor público e na rede básica.

Quadro 2- Comparativo da distribuição de carga horária das disciplinas segundo a área, currículo de 1986.

CURRÍCULO – ANO: 1986					
Disciplinas Clínicas (41,32%)	Carga Horária				
	S	T	P	E	TT
Noções de Semiologia Aplicada à Enfermagem	1	30	15	-	45
Introdução à Enfermagem II	3	120	60	180	360
E.M.I.- Pediatria	3	90	-	90	180
E.M.I.- Obstetrícia e Neonatal	3	90	-	90	180
E.M.I.- Ginecologia	2	45	-	45	90
E.M.C.- Clínica Médica	3	90	-	90	180
E.M.C.- Clínica Cirúrgica	1	90	-	90	180
E.M.C.- Centro Cirúrgico	1	45	-	60	105
Enfermagem em Doenças Transmissíveis	3	60	-	60	120
A Enfermagem ao Paciente Crítico	3	45	-	45	90
Enfermagem Psiquiátrica	1	75	-	75	150
Total Parcial		780	75	825	1680

Disciplinas Área Saúde Coletiva (9,22%)	Carga Horária				
	S	T	P	E	TT
I.S.P. – Saúde da Comunidade A	2	30	-	-	30
I.S.P. – Saúde da Comunidade B	1	45	-	90	135
Planejamento em Saúde Coletiva	2	30	-	90	120
I.S.P. – Epidemiologia Aplicada à Enfermagem	2	30	-	-	30
I.S.P. – Saneamento do Meio Aplicado à Enfermagem	2	30	-	-	30
I.S.P. – Estatística Vital em Enfermagem	2	30	-	-	30
Total Parcial		195	-	180	375

Disciplinas Administrativas (11%)	Carga Horária				
	S	T	P	E	TT
Administração Aplicada à Enfermagem	3	90	-	360	450
Total Parcial		90	-	360	450

S: SEMESTRE (1 – primeiro semestre/ 2 – segundo semestre/ 3 – anual) T: TEORIA P: PRÁTICA

E: ESTÁGIO TT: TOTAL

7.2.4- Currículo 1996

A década de 1990 inicia com uma grande movimentação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com vistas tanto à reformulação dos currículos de enfermagem como à participação dos enfermeiros em instâncias decisórias de diversos níveis e comprometimento da associação de classe com as Diretrizes do SUS.

De acordo com VIEIRA e OLIVEIRA (2001) a implantação do SUS, além das mudanças produzidas na prestação de serviços no setor, trouxe transformações importantes para o mercado de trabalho em saúde. Isto ocorreu tanto no que se refere ao perfil quantitativo, como qualitativo da força de trabalho no setor. Os autores VIEIRA e OLIVEIRA (2001) comentam que pesquisa realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 1999, cujos resultados foram apresentados em 2000, apontava para incremento bruto da oferta de empregos da ordem de 347,3% dos postos de trabalho no setor saúde.

No período entre 1976 e 1999 o incremento de empregos para a categoria de enfermagem foi de 193,7%. Embora a equipe de enfermagem represente 34,9% do total de empregos no país, considerado o setor saúde, identifica-se grandes diferenças na absorção de cada uma de suas categorias pelo mercado. Assim, o enfermeiro e os técnicos representam, respectivamente, 13,0% e 9,2% do total cabendo aos auxiliares a ocupação de 62,7% dos postos.

A pesquisa (VIEIRA e OLIVEIRA, 2001) indica ainda aumento na participação de enfermeiros nas equipes – 6,6% em 1976, para 9,25% em 1992 e, 13,0% em 1999. Embora o estudo indique que o locus de trabalho de enfermagem esteja concentrado no hospital (68,8% do total de enfermeiros, 78,6% dos técnicos e 75,6% dos auxiliares) já se experimenta abertura de vagas em serviços municipais principalmente no Programa de Saúde da Família. Além disso, o setor público oferta 62,8% dos postos de trabalho para enfermeiros no Brasil, o que sinaliza para maiores investimentos na formação nesta área.

O currículo implementado na Faculdade de Enfermagem no ano de 1996 (ANEXO 4) foi aprovado pelo CONCEP (atualmente extinto), em dezembro de 1995, com carga horária plena de 3.930 h, quando a legislação propunha 3.500 h como carga horária mínima, de acordo com o Parecer 314/94 do MEC. Este define o aumento do número de horas do currículo mínimo, quatro anos para a formação, supressão das habilitações, inclusão de disciplinas de pesquisa, manutenção de conteúdos específicos das ciências humanas, da clínica e da epidemiologia dentre outros, contemplando a formação do profissional voltada à assistência da criança, da mulher e do adulto, nos serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade e permeada pelos referenciais da Saúde Pública e da Administração. Cabe destacar que essa nova proposição não alterou, na essência, a proposta de reformulação curricular da Faculdade de Enfermagem de 1986, bastante avançada.

Tal proposta visava atender a Portaria nº 1721 de 15 de dezembro de 1994, que regulamentava o currículo mínimo para os cursos de graduação em Enfermagem em todo o Brasil.

O levantamento e a análise de dados realizados junto à documentação referente a esta reformulação indicou que ela se voltou quase que exclusivamente aos aspectos da grade curricular.

Como não há menção nos documentos analisados a respeito do marco conceitual do perfil profissional ou de qualquer outro aspecto que sinalize os princípios filosóficos que embasaram esse novo projeto pedagógico para o curso, pode-se inferir que os valores, finalidades e pressupostos existentes no projeto PUC de 1986 permaneceram coerentes, ou algo que vemos repetir-se nesta análise, antecederem as formulações governamentais.

As alterações identificadas na grade curricular envolveram a realocação de disciplinas, seu desmembramento, criação de novas disciplinas, alteração de carga horária com redução ou aumento, alteração de nomenclatura e junção de disciplinas. (ANEXO 5)

Assim, inúmeras mudanças ocorridas no currículo referiam-se às nomenclaturas das disciplinas por desmembramento e ou alteração de enfoque o que permitiria expressar melhor a abordagem nelas contidas.

Já as disciplinas então agrupadas como Introdução à Saúde Pública (Epidemiologia, Saneamento do Meio, Estatística e Saúde da Comunidade A) além da alteração de nomenclatura perdem a conotação de área da Saúde Pública, particularmente, as três primeiras para comporem a área temática de Fundamentos de Enfermagem. Indicando que se trata de conhecimento básico para o profissional de forma independente de sua área de atuação. Neste novo currículo ocorre a inclusão da Saúde Coletiva como área temática da assistência de enfermagem juntamente com o conteúdo das áreas clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e gineco-obstétricas.

Destacamos que a orientação para a inclusão da disciplina Metodologia da Pesquisa Científica já era contemplada no curso de graduação da PUC-Campinas desde o currículo implantado em 1980.

Outra antecipação ocorreu com a disciplina Semiologia e Semiotécnica Aplicada a Enfermagem que já fazia parte da grade curricular de 1986, em contraponto com a antiga denominação de Introdução à Enfermagem e/ou Fundamentos de Enfermagem. A proposta contida nesta denominação reflete a intenção de preparar o estudante para a propedêutica de enfermagem e o exame físico com vistas a aplicação do Processo de Enfermagem correlacionando o exame físico ao desenvolvimento das técnicas de enfermagem.

Já a disciplina Seminários Integrados, proposta no currículo de 1996, com origem na antiga disciplina Introdução a Enfermagem I – Integração do Estudante de Enfermagem à Profissão não encontra similar no currículo mínimo oficial, constituindo um diferencial do curso.

Correção importante ocorreu na distorção existente na nomenclatura da disciplina Exercício de enfermagem – Deontologia Médica – Legislação Profissional (Parecer 163/72) que passa a denominar-se Exercício de Enfermagem (Deontologia, Ética Profissional e Legislação), considerando que segundo o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1988) a deontologia trata “do estudo dos princípios, fundamentos e sistema de moral” e principalmente que a categoria dispunha de um código de Deontologia de Enfermagem proposto pelo Conselho Federal de Enfermagem desde 1975, tendo sido aprovado no ano de 1993, pela Resolução COFEN – 160 o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, este já reformulado/atualizado pela Resolução COFEN 240/2000 (COFEN, 2000).

A inclusão da disciplina de Antropologia Filosófica no currículo mínimo de enfermagem recomendada pela Parecer 1721 também já integrava o currículo do curso de Enfermagem da PUC desde o ano de 1986 com a denominação de Iniciação Filosófica.

Consideramos que a alteração mais significativa que ocorreu nos currículos mínimos do curso de graduação em enfermagem – legislação de 1972 e 1994 – diz respeito a organização das disciplinas cujos conteúdos passaram a ser trabalhados em função da assistência de enfermagem à pessoa em cuidado nas diferentes etapas da vida: a criança, o adolescente, o adulto (incluindo a mulher e o idoso), excluindo a lógica anterior que incorporava a denominação das áreas básicas da medicina (pediatra, ginecologia, obstétrica, clínica médica e cirúrgica). Tal modificação acompanhou o movimento da área da saúde pública que organizava a assistência a saúde em ações programáticas; da criança, da mulher, do adulto.

Outro diferencial do currículo da Faculdade de Enfermagem pode ser identificado na área da saúde mental, pois o curso fez a opção de incluir na disciplina Saúde do Adulto um enfoque com abordagem dos aspectos emocionais no processo saúde-doença, a partir da compreensão da necessidade de desenvolver no estudante a capacidade de enfrentamento das situações de sofrimento da pessoa adoecida e, ou submetido a situações de stress.

Em que pese a não inclusão da área temática “ensino em enfermagem-educação em enfermagem” no currículo mínimo aprovado pelo MEC, a Faculdade de Enfermagem fez a opção pela inclusão de disciplinas voltadas para a capacitação didático-pedagógica por entender a sua importância na formação do profissional enfermeiro. Assim, mantém Fundamentos da Ação Educativa do Enfermeiro (teórica) e cria Práticas Educativas (estágio) realizada no último semestre do curso e de forma integrada ao estágio curricular. Ela se desenvolveu sob duas ópticas: uma delas voltada para a qualificação dos profissionais de saúde inseridos nos serviços em que aconteciam os estágios, quer seja no Hospital Municipal Celso Pierro ou Centros de Saúde e a outra dirigida aos usuários dos serviços de saúde organizando ações de educação em saúde. Ambos os enfoques são explorados a partir de um diagnóstico situacional realizado conjuntamente com a coordenação dos serviços.

Quadro 3- Comparativo da distribuição de carga horária das disciplinas segundo a área, currículo de 1996.

CURRÍCULO – ANO: 1996					
Disciplinas Clínicas (40%)	Carga Horária				
	S	T	P	E	TT
Noções de Semiologia Aplicadas à Enfermagem	2	30	15	-	45
Fundamentos da Ciência da Enfermagem	3	60	45	-	105
Saúde do Adulto I	1	30	-	150	180
Saúde do Adulto com Enfoque em Saúde Mental	3	15	-	15	30
Saúde do Adulto II	2	150	-	150	300
Saúde da Mulher I	3	75	-	75	150
Saúde da Mulher II	3	30	-	30	60
Saúde da Criança e do Adolescente I	1	45	-	45	90
Saúde do Adulto com Enfoque em Doenças Transmissíveis	1	30	-	30	60
Saúde da Criança e do Adolescente II	2	60	-	45	105
Enfermagem em Centro Cirúrgico	2	45	-	45	90
Saúde do Adulto com Enfoque em Enfermagem Psiquiátrica	3	60	-	60	120
Saúde do Adulto em Situação de Risco	3	45	-	75	120
Saúde da Mulher III	1	60	-	60	120
Total Parcial		735	60	780	1575

Disciplinas Área Saúde Coletiva (10,5%)	Carga Horária				
	S	T	P	E	TT
Saúde Pública I	1	30	-	-	30
Saúde Pública II	2	30	145	-	175
Saúde Pública III	1	15	45	-	60
Saúde Coletiva em Enfermagem em Doenças Transmissíveis	2	30	-	30	60
Epidemiologia Aplicada à Enfermagem	1	30	-	-	30
Saúde Ambiental Aplicada à Enfermagem	1	30	-	-	30
Bioestatística	2	30	-	-	30
Total Parcial		195	190	30	415

Disciplinas Administrativas (8,78%)	Carga Horária				
	S	T	P	E	TT
Administração da Ciência da Enfermagem I	1	60	-	45	105
Administração da Ciência da Enfermagem II	2	30	-	90	120
Administração da Ciência da Enfermagem III	1	30	-	90	120
Total Parcial		120	-	225	345

S: SEMESTRE (1 – primeiro semestre/ 2 – segundo semestre/ 3 – anual) T: TEORIA P: PRÁTICA

E: ESTÁGIO TT: TOTAL

7.2.5- Currículo 2001

A reformulação curricular ocorrida em 2001 se justificou pelas mudanças ocorridas na lei educacional do país, que institui parâmetros para todas as Instituições de Ensino Superior, pois, em 1996 foi promulgada a Nova Lei das Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394), que em seu artigo 53 e no disposto pela Lei 9.131 determinou como atribuição da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação a

deliberação relativa às Diretrizes Curriculares para cursos de graduação propostas pela SESU (Secretaria de Educação Superior do MEC) que contou com auxílio de comissões de Especialistas para cada um dos cursos.

A PUC-Campinas, em dezembro de 1999, divulga, para a comunidade interna, documento em que são determinados parâmetros a serem seguidos pelos cursos de graduação em suas reformulações curriculares com vista ainda à própria organização pedagógica e administrativa

Assim, a Reformulação Curricular da Faculdade de Enfermagem (ANEXOS 6 E 7), proposta, e atualmente em seu quinto ano de implantação, tomou por base tanto às orientações do MEC e da Comissão de Especialistas, como aquelas internas a Universidade, optando pela competência específica do Enfermeiro com caráter generalista.

Tal opção tem caracterizado o curso ao longo destes anos de existência, e no momento, atende às diretrizes da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), respondendo às transformações do mercado de trabalho, que pelos avanços dinâmicos e constantes na área de saúde, valoriza o profissional com capacidade reflexiva – crítica voltado para as reais necessidades de saúde da população trazendo a exigência de uma formação voltada para as novas modalidades do exercício profissional (PUC- CAMPINAS, 2001).

Uma das primeiras medidas tomadas foi promover a capacitação de um grupo de professores composto pela direção, coordenadores dos atuais departamentos e uma professora representante da faculdade junto à Comissão Central da Avaliação Institucional (CAISNT) por meio da participação em curso promovido pela Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo em que se discutiam os reflexos da LDB no ensino de enfermagem e, desta forma, prover de recursos de análise, o grupo para a condução dos trabalhos.

Alguns encontros entre o corpo docente e profissionais da área ocorreram para propiciar a reflexão e análise das transformações ocorridas na profissão e na sociedade, além da compreensão do perfil do profissional necessário para o contexto.

No final do ano de 1999, de forma vertical, a Universidade propôs uma série de mudanças de caráter administrativo que, posteriormente, resultaram na mudança de seu próprio Estatuto e seu atual modelo de funcionamento. Na ocasião, dentre outras, houve extinção dos Departamentos e, por conseguinte, das suas coordenações. Deste modo, sem contar com as figuras dos coordenadores de departamentos, para dar continuidade aos trabalhos, a direção da época constituiu a Comissão de Reestruturação Curricular do Projeto Pedagógico da Faculdade de Enfermagem, da qual fiz parte enquanto membro e coordenadora.

A etapa seguinte envolveu a revisão do projeto - pedagógico do curso, aprovado em 1995, e implantado no ano subsequente com o objetivo de proceder à análise de seus fundamentos político-filosóficos, o que resultou no referendamento de seus principais pressupostos.

Estas etapas apresentadas anteriormente demandaram tempo demasiado de trabalho, reduzindo o tempo para a discussão da grade curricular. Paralelamente, a universidade apresentou à comunidade interna o documento que normatiza a elaboração de novos currículos, dentre as quais destacamos (PUC-CAMPINAS, 1999):

- Semestralização das disciplinas e do currículo como um todo havendo na ocasião a denominação períodos e não séries;
- Alocação em grade curricular de no máximo sete disciplinas por período, o que estabelecia, em princípio, que houvesse integração de Disciplinas;
- Limite de seis horas-aula por período para o curso integral, carga horária máxima de 510hs por período;
- A organização de disciplinas de conteúdos afins, originando as chamadas disciplinas integrativas que uniam conteúdos semelhantes, ou complementares;
- A revisão das modulações de disciplinas práticas .

Houve, por parte da Pró-Reitoria Acadêmica a determinação de que houvesse inclusão de Disciplinas Integrativas: junção daquelas com conteúdos afins, de modo a que se iniciasse um processo de interdisciplinaridade e que também houvesse menor número de disciplinas em cada semestre, até o limite de sete.

Outra determinação foi a criação das chamadas Atividades Profissionalizantes, desenvolvidas pelo estudante, sob orientação indireta do professor, como forma de complementar abordagens, cujo carga horária esta, incorporada ao currículo pleno do Curso. Predominantemente, foram alocadas nas disciplinas dos denominados Conteúdos Essenciais Específicos. Também as Atividades Autônomas, alocadas em Trabalho de Conclusão de Curso I e II surgem na reestruturação curricular de 2001, com propósito de validar atividades pedagógicas e, por conseguinte, a carga-horária desenvolvida pelo estudante, em espaços que não a sala de aula.

Na ocasião, a Universidade entendeu ainda, como oportuno, possibilitar o trânsito dos estudantes pelas áreas do saber e a convivência entre discentes das diversas Faculdades, numa perspectiva de discussão de conteúdos diversos dos da área técnica e criou as denominadas Práticas de Formação.

As diretrizes da reitoria fizeram com que a comissão de reestruturação da época considerasse estas orientações além daquelas preconizadas pela LDB. Desta forma, os estudos de natureza filosófica, educacional e pedagógica, foram incorporados àqueles de ordem administrativa, dificultando muitas vezes o trabalho do grupo responsável, que viu-se com mais normas a seguir. Ressalta-se que todos os cursos passaram pelo processo de reformulação, ao mesmo tempo. O currículo vigente foi implementado em data anterior à aprovação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em enfermagem.

Destacamos que houve elaboração de todo o ementário das disciplinas (ANEXO 8) para contemplar a nova organização, atendendo à orientação da instituição de que elas deveriam traduzir conteúdos, alterando a lógica vigente até aquele momento em que se contemplavam, nas ementas, inúmeros argumentos de natureza filosófica e de objetivos finais dos conteúdos ministrados.

Também, em junho de 2000 a portaria nº 1518 do Ministério da Educação, apresenta as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem, fruto do trabalho da Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem, documento que também norteou a organização do projeto pedagógico da faculdade de enfermagem.

A reestruturação curricular do curso de enfermagem envolveu inúmeras etapas de trabalho desde a revisão e discussão dos aspectos políticos - pedagógicos do projeto de formação, até aqueles de natureza operacional como a grade curricular, o quadro de correspondências e a definição de pré-requisitos.

Como dito, este trabalho foi conduzido por uma comissão de reestruturação do projeto pedagógico, da qual fui um dos membros e também a coordenadora. A dinâmica de trabalho instituída pela Comissão de Reestruturação Curricular previa a realização de encontros periódicos com os professores para apresentação e discussão das propostas. Entretanto, a participação dos estudantes nesse processo ocorreu de forma pontual, restrita a algumas etapas.

Assim, consideramos pertinente apresentarmos as referências e as concepções adotadas pela faculdade de enfermagem para a formação do enfermeiro e para o currículo do curso (PUC-CAMPINAS, 2001).

Marco Conceitual: as práticas da enfermagem se caracterizam pela interação com pessoas em diferentes etapas de suas vidas consideradas as diversas fases do processo saúde e doença, os aspectos clínicos, psíquicos, epidemiológicos e culturais e as diferentes formações sociais de forma crítica pelos profissionais no exercício competente de sua função.

Enfermagem: prática social e técnica, determinada historicamente, desenvolvida no interior do processo coletivo do trabalho e do trabalho em saúde. O profissional de enfermagem (enfermeiro), com base no referencial teórico da profissão e em seu compromisso social, deve ser agente capaz de promover a saúde utilizando de mecanismos de diversos níveis de prevenção tanto no que tange aos indivíduos como às populações, consideradas suas diversas realidades sociais e epidemiológicas e os diversos modelos tecno - assistenciais de prestação de cuidados à saúde.

Homem: ser único na essência biológica, psíquica e nas relações com outros homens e com a sociedade digno de respeito em suas opções e escolhas e merecedor de acesso igualitário aos Direitos, à Educação, à Saúde e outros benefícios sociais. Deve-se considerar que as diferentes condições de vida, no mais das vezes adversas, a que são submetidos os homens têm determinação social.

Saúde: deve ser compreendida como processo e decorrência das condições de existência das pessoas e das populações, modos de ver e de viver a vida, considerando seu caráter biológico, psíquico, cultural e social. Determinada pelos diferentes modos de inserção do homem na sociedade e na organização social do processo produtivo considerado ainda o acesso aos bens materiais, aos equipamentos sociais e aos serviços de saúde.

Educação: processo dialético, co-participativo de ensino-aprendizagem no qual deve ocorrer a apropriação ativa e reelaboração do saber, com vistas ao exercício competente e à transformação social.

Aluno: construtor de seu conhecimento a partir da reflexão e indagação acerca de sua prática, com participação no processo de formação, de modo ativo e crítico em exercício contínuo de reflexão e produção de saber acompanhado pelo professor e por ele instrumentalizado.

Professor: responsável pela condução do processo educativo exercido de forma dialógica, tendo como objetivo a formação de profissional ético e competente técnica e politicamente (PUC-CAMPINAS, 2001, p. 16-17).

O projeto pedagógico define o perfil do profissional enfermeiro formado pela PUC – CAMPINAS com as seguintes características:

Assumir postura condizente com os princípios éticos da profissão, respeitando e valorizando o Homem considerada sua totalidade;

Possuir consciência crítica acerca da realidade de saúde no país, assumindo atitudes e comportamentos efetivos que atendam às reais necessidades de saúde da população;

Assumir papel de educador junto aos indivíduos, famílias, comunidades, populações, equipes de enfermagem e multiprofissional;

Ter habilidade para estabelecer relações interpessoais produtivas com indivíduos, famílias, comunidades, populações, equipes de enfermagem e multiprofissional;

Adotar metodologia de trabalho que utilize o planejamento com base lógica e científica para a tomada de decisões e organização do processo de trabalho em enfermagem;

Possuir curiosidade intelectual, visando o desenvolvimento do corpo de conhecimentos em enfermagem e saúde;

Possuir competência técnica e política para o exercício da enfermagem nos serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade executando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação;

Ter capacidade de inserir-se na equipe multiprofissional, desenvolvendo trabalho coletivo em saúde (PUC-CAMPINAS, 2001, p. 18).

Para a obtenção do perfil proposto no curso, a escola estabelece como competências e habilidades aquelas preconizadas pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn, 1999).

Atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;

Identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da populações, seus condicionantes e seus determinantes;

Intervir no processo de saúde/doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/ cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

Prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;

Integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;

Gerenciar o processo de trabalho em enfermagem em todos os âmbitos de atuação profissional;

Planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;

Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;

Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

Respeitar o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão;

Interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;

Utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;

Participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;

Participar dos movimentos sociais da área da saúde (PUC-CAMPINAS, 2001, p. 19).

Quanto ao primeiro ano de vigência do novo currículo, reformulado em 2000 e implantado em 2001, a avaliação inicialmente realizada não apresentou subsídios suficientes para uma análise consistente, gerando, portanto, a necessidade de retomada do processo avaliativo.

Em 2002, a Direção da Faculdade, nomeou, Comissão para avaliação do Projeto Político e Pedagógico¹ o que foi feito com o corpo discente e docente. Para tanto, houve reuniões com grupos de professores e atividade dinâmica junto ao corpo discente para levantamento de dados do cotidiano.

A proposta foi criada com a intenção de proporcionar a retomada e continuidade de processo de avaliação da Faculdade de Enfermagem, instituído formalmente pela primeira vez em 1991, com a realização de “Seminários de Avaliação do Projeto Político - Pedagógico” que ocorreram até o ano de 1998. Estes seminários buscavam apreender aspectos facilitadores e dificultadores vinculados ao desenvolvimento do currículo proposto junto aos grupos de docentes e discentes, bem como direção da Unidade.

Retomar o processo de avaliação e pretender sua continuidade se justifica na possibilidade de que avaliar a proposta de ensino requer identificar se a prática cotidiana está suficientemente subsidiada e se os caminhos escolhidos preservam a qualidade técnica, política, ética e social.

Os objetivos propostos pautaram-se no levantamento de dados sobre o desenvolvimento do Projeto Político - Pedagógico junto ao corpo discente e docente da Faculdade de Enfermagem; avaliação crítica dos dados levantados e proposição de intervenções necessárias para adequação do processo de formação.

As estratégias definidas envolveram reuniões com grupos de disciplinas afins junto ao corpo docente das áreas de saber do currículo vigente; atividade dinâmica junto ao corpo discente para levantamento de dados do cotidiano; relação de dados obtidos das entrevistas e atividade dinâmica por meio do estabelecimento de categorias; apontamento das propostas sugeridas de acordo com as categorias estabelecidas; encaminhamento oficial das propostas às instâncias superiores e elaboração de documento disponível para todos os envolvidos: corpo docente, discente e direção (PUC-CAMPINAS, 2004a).

¹ Composta pelos professores: Dra. Aparecida Sílvia Mellin; MS Maria Tereza Cristina Torino L. Martins; Dra. Silvana Chorratt Cavalheri; Dra. Sueli Fátima Sampaio e MS. Viviana Aparecida de Lima. No segundo semestre de 2004 a Pró-Reitoria de Graduação inseriu este grupo em suas políticas havendo um em cada Faculdade com remuneração aos docentes, à exceção da diretora.

Vemos em PUC-CAMPINAS (2004) que:

O Seminário de Avaliação do Projeto Pedagógico do Curso ocorrido em 2002, acontece após intenso preparo junto a um grupo de estudantes, que situado quanto ao objetivo de se retomar o processo avaliativo instituído desde a implantação do projeto, assume o compromisso de buscar construir estratégias que viabilizem não só a retomada, mas a instituição em caráter permanente da postura de avaliar para retroalimentar os aspectos pedagógicos, administrativos e políticos, com vistas a melhoria da qualidade ensino (PUC-CAMPINAS, 2004a, p. 7).

Os resultados deste evento foram subdivididos em questões relativas ao Processo Ensino-aprendizagem e Infra-estrutura da Universidade.

Em Ensino-Aprendizagem foi apontada a necessidade de maior valoração da área de saber de ciências biológicas em detrimento à área de ciências humanas e sociais. Deficiência didática dos professores, relações burocratizadas na instituição e salientam aspectos facilitadores do seu desenvolvimento possibilitados por atividades e projetos oferecidos pelo Curso. Também os estudantes não se percebiam como elementos ativos neste processo de desenvolvimento de ensino-aprendizagem.

Como características da avaliação da infra-estrutura foram apontadas falhas no acervo da biblioteca, de recursos materiais e equipamentos, bem como inadequação do espaço físico para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem. Ressaltam ainda, aspectos voltados para a qualidade e comprometimento do corpo docente.

Com relação aos aspectos avaliativos por parte dos docentes vários referiram que a alteração curricular implicou redução de carga horária, semestralização e aglutinação de disciplinas, bem como os obrigou a novo manejo didático frente a estas alterações. Assim no documento vemos que:

A proposta pedagógica em vigência na Faculdade de Enfermagem sofreu nos últimos anos pequenos ajustes no que tange aos aspectos políticos e filosóficos, por considerarmos que ele traz em sua essência o alicerce que entendemos ser ainda a nossa referência de

ensino. No entanto constatamos muitos problemas na reorganização curricular que foi formulada seguindo as diretrizes propostas pela Universidade que interferem sobremaneira nos diferentes aspectos da organização pedagógica. Neste momento, a Comissão responsável pelo processo de avaliação analisa os resultados com o propósito de apontar caminhos que venham a subsidiar a reconstrução coletiva da proposta de melhoria da qualidade de ensino, quer por meio de readequações de conteúdos, estratégias e da própria grade curricular, como pela readequação administrativa de aspectos que interferem no propósito maior que é o de caráter pedagógico. (PUC-CAAMPINAS, 2004a, p. 9).

Alguns fatores foram considerados intervenientes no processo, dentre eles as Disciplinas Integrativas e as Atividades Autônomas e Profissionalizantes; a modulação professor-estudante em algumas disciplinas, considerada alta, além de várias questões administrativas. Optou-se, diante deste quadro, por realizar ajustes no atual currículo dos cursos integral e noturno, o que se iniciou em 2004 e deverá ser completado em 2005.

Quadro 4- Comparativo da distribuição de carga horária das disciplinas segundo a área, currículo de 2001 (Integral/Noturno).

Disciplinas Clínicas (37,5%)	Carga Horária			
	S	T	P	TT
Semiologia e Semiotécnica Aplicadas à Enfermagem A:	2	68	85	153
- Semiologia e Semiotécnica A				
- Atividades Profissionalizantes em Semiologia e Semiotécnica A				
Semiologia e Semiotécnica Aplicadas à Enfermagem B	3	34	68	102
Enfermagem em Centro de Material e Esterilização	3	17	17	34
Enfermagem em Saúde Mental A:	3	51	85	136
- Cuidado da Saúde Mental A				
- Atividades Profissionalizantes em Saúde Mental A				
Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações Clínicas:	4	34	102	136
- Cuidado da Saúde do Adulto: Situações Clínicas				
- Atividades Profissionalizantes em Saúde do Adulto: Situações Clínicas				
Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações Cirúrgicas :	4	34	102	136
- Cuidado da Saúde do Adulto: Situações Cirúrgicas				
- Atividades Profissionalizantes em Saúde do Adulto: Situações Cirúrgicas				
Enfermagem em Centro Cirúrgico	4	34	34	68
Enfermagem e Saúde do Binômio Mãe-Filho	5	34	-	34
Enfermagem e Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal A:	5	34	68	102
- Cuidado da Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal A				
- Atividades Profissionalizantes em Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal A				
Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente A:	5	68	68	136
- Cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente A				
- Atividades Profissionalizantes em Saúde da Criança e do Adolescente A				
Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente B :	6	34	85	119
- Cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente B				
- Atividades Profissionalizantes em Saúde da Criança e do Adolescente B				
Enfermagem em Doenças Transmissíveis	5	34	34	68
Enfermagem e Saúde da Mulher B	6	17	17	34
Enfermagem e Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal B:	6	34	85	119
- Cuidado da Saúde da Mulher no Ciclo Grávido Puerperal B				
- Atividades Profissionalizantes em Saúde da Mulher: Ciclo Grávido Puerperal B				
Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações de Risco	7	17	34	51
Enfermagem em Saúde Mental B	6	51	51	102
Total Parcial		595	935	1530
Disciplinas Área Saúde Coletiva (10,83%)	Carga Horária			
	S	T	P	TT
Enfermagem em Saúde Coletiva :	1	34	34	68
- Fundamentos em Saúde Coletiva				
- Atividades Profissionalizantes em Saúde Coletiva				
Epidemiologia Aplicada à Enfermagem	4	34	-	34
Saúde Ambiental Aplicada à Enfermagem	4	34	-	34
Enfermagem e Saúde da Mulher A	5	34	34	68
Enfermagem em Saúde Coletiva : Mulher e Adulto:	7	34	119	153
- Cuidado da Saúde Coletiva : Mulher e Adulto				
- Atividades Profissionalizantes em Saúde Coletiva: Mulher e Adulto				
Enfermagem em Saúde Coletiva: Criança e Adolescente:	7	34	51	85
- Cuidado da Saúde Coletiva: Criança e Adolescente				
- Atividades Profissionalizantes em Saúde Coletiva: Criança e Adolescente				
Total Parcial		204	238	442

Disciplinas Administrativas (8,75%)		Carga Horária			
Gerenciamento da Assistência de Enfermagem:	3	34	102	136	
- Assistência de Enfermagem: Gerenciamento					
- Atividades Profissionalizantes em Gerenciamento da Assistência de Enfermagem					
Gerenciamento em Enfermagem:	7	85	136	221	
- Enfermagem: Gerenciamento					
- Atividades Profissionalizantes em Gerenciamento em Enfermagem					
Total Parcial		119	238	357	

S: SEMESTRE (1 – primeiro semestre/ 2 – segundo semestre/ 3 – anual) T: TEORIA P: PRÁTICA

E: ESTÁGIO TT: TOTAL

Considerando a importância do atual currículo frente aos nossos objetivos e razões pelas quais este estudo se desenvolve passaremos analisá-lo com destaque.

7.3- Discussão das ementas e dos planejamentos pedagógicos

7.3.1- As Ementas

Por ocasião da Reformulação Curricular de 2000 as ementas de todo o curso sofreram grandes alterações na forma de redação, por recomendação da então Vice-Reitoria Acadêmica que propunha que estas refletissem de forma sintética o conteúdo de cada Disciplina, sem explicitar maiores considerações de natureza teórica ou filosófica. Já em 2004 a Pró-Reitoria de Graduação, numa preocupação em orientar a formulação dos Planos de Curso, recomenda que a ementa seja:

Descrição sintética de determinado conhecimento, por meio da qual é possível compreender a estrutura básica da disciplina. **A Ementa não deve ser uma descrição dos itens do conteúdo programático.** Ela deve ser redigida de forma auto-explicativa e iniciar-se com verbo na 3ª pessoa do singular do presente do indicativo. (PUC-CAMPINAS, 2004b, p.1)

O ementário da Faculdade é organizado por Disciplinas de forma a dividir grupos disciplinares em eixos temáticos, ou seja: **Conteúdos Essenciais Básicos – Área Humana** que contém: Psicologia; Psicologia Aplicada à Enfermagem; Sociologia; Antropologia Filosófica; Antropologia Teológica A; B e C, além de Bases Teóricas para a Ação Educativa do Enfermeiro (ANEXO 8).

De forma, a nosso ver inadequada, como área humana e não da Saúde Coletiva, ou como Conteúdos Essenciais, aí também se encontram alocadas: Saúde Ambiental Aplicada à Saúde e Epidemiologia Aplicada à Enfermagem, ainda que seja a Saúde Coletiva uma área de aplicação das Ciências Humanas na Saúde.

Com conteúdos relativos à pesquisa, preconizados pelas Diretrizes Curriculares, contidos em Pesquisa em Enfermagem e Bioestatística; Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem I e II, que não são propriamente das humanidades, incorremos no mesmo erro classificatório.

Como Conteúdos Essenciais Básicos – Área Enfermagem temos: Determinantes Históricos e Sociais da Profissão do Enfermeiro, além de Bases Conceituais, Éticas e Legislativas da Enfermagem, que, a nosso ver, embora lidem com o referencial da enfermagem, também podem ser entendidas como parte da denominada área humana. Estas acompanhadas por Disciplinas que lidam com saberes de cunho mais técnico e ligados ao fazer do enfermeiro, aí obedecendo a lógica do menos para o mais complexo, figurando:

Semiologia e Semiotécnica Aplicadas à Enfermagem A – conhecimentos essenciais referentes às bases propedêuticas do exame físico geral de enfermagem. Desenvolvimento de procedimentos básicos para o exercício da profissão e subsídios para a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem e Semiologia e Semiotécnica Aplicadas à Enfermagem B – desenvolvimento sistematizado da assistência de enfermagem ao indivíduo hospitalizado enfocando a aplicabilidade dos procedimentos básicos da área de enfermagem. (ANEXO 8)

Aí são trabalhados conteúdos essenciais à ação do enfermeiro, em currículos anteriores denominados como Fundamentos de Enfermagem, o que se vê também como denominação proposta pelas diretrizes. Nelas, os estudantes iniciam o fazer de enfermagem que envolve o conhecimento do corpo, das relações interpessoais, das técnicas e dos serviços de saúde, utilizando como princípio a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), cujo aprendizado aí se inicia para ser desenvolvido nos vários estágios em que se realize assistência de enfermagem.

Neste contexto, antes de prosseguirmos a análise relativa ao ementário, cabe destacarmos o papel da SAE no exercício contemporâneo da profissão de enfermagem, retomando um pouco de sua história e, ao mesmo tempo, justificando a recorrência do uso do termo nas inúmeras disciplinas.

As primeiras tentativas de implantação de um planejamento na assistência de enfermagem podem ser identificadas com os **estudos de caso** propostos como forma de organizar e individualizar o cuidado de enfermagem, conforme descrito em 1929, em um guia da Escola de Enfermagem da Universidade de Yale-EUA (ROSSI, 1998).

No Brasil encontra-se publicação referente a esta questão em 1934 quando VIDAL sugere que o estudo de caso compreenda as seguintes etapas: história, sintomas subjetivos e objetivos, exame, diagnóstico social e médico, tratamento médico e de enfermagem, complicações e alta (ROSSI, 1998).

Na sequência, surgem os **planos de cuidados** com o propósito de elaboração de um plano escrito de cuidados de enfermagem para todos os pacientes, que se baseavam no diagnóstico médico.

À medida que os planos de cuidados são aperfeiçoados deixam de ser vistos como plano de ações isoladas, para englobar um conjunto de etapas que deveriam orientar a prática de enfermagem.

Outra proposta que surgiu para ampliar o desenvolvimento da enfermagem e mesmo conferir-lhe o caráter científico, refere-se à adoção de processos científicos de

trabalho dirigido por métodos e teorias, no caso, ligados ao planejamento da assistência de enfermagem, conhecido pela denominação **Processo de Enfermagem**.

Para DANIEL (1987) processo refere-se “à interação das atividades, tarefas e ações que se realizam e se repetem com certa regularidade, pela utilização de métodos e técnicas, e que se fundamentam em teoria, modelos e outras diretrizes” (DANIEL, 1987, p. 2).

No Brasil, na década de 70, essa metodologia ganha força e passa a ser difundida nas escolas de enfermagem especialmente com o trabalho de Wanda de Aguiar Horta – Contribuição para uma Teoria de Enfermagem.(ROSSI, 1998)

Vemos em ROSSI (1998) que nesta época os enfermeiros “buscavam a autonomia profissional através da formulação de um corpo de conhecimentos próprio, expressavam a preocupação com o status da profissão e com a identificação de suas bases teóricas através das Teorias de Enfermagem” (ROSSI, 1998, p. 6). Tais teorias enfocam o cuidado do indivíduo tomando por base, além dos aspectos biológicos, os psicológicos, os sociais e os espirituais.

Para HORTA (1979) o processo de enfermagem compreende a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, com vistas a assistência do ser humano por meio de suas etapas/fases: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; plano assistencial; prescrição de enfermagem; evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

ROSSI (1998), em estudos a respeito da temática, coloca a diversidade de conceitos e formulações em relação a definição, terminologia e etapas do processo de enfermagem existentes na literatura produzida por autores nacionais e internacionais. Com base em investigações de estudiosos da questão, a autora aponta como características comuns do processo de enfermagem a individualização do cuidado, a abordagem de solução de problemas e abordagem sistemática de alguns componentes como a coleta de dados, a avaliação e a implementação.

Em que pesem as dificuldades muitas vezes encontradas para a implantação deste método de trabalho nas instituições de saúde, relacionados aos aspectos de infraestrutura, a questões de ordem individual e mesmo a política dos serviços (número reduzido de enfermeiros, suporte legal, desvalorização da própria metodologia da assistência, falta de capacitação do profissional enfermeiro, não atendimento a padrões mínimos de assistência), a ênfase dada ao processo de enfermagem pode ser explicada pela busca na organização das ações profissionais fundamentadas em bases científicas e entendido como possibilidade de maior autonomia e emancipação do profissional.

Durante quase duas décadas (1970 – 1980) a categoria de enfermeiros tem procurado trabalhar nesta perspectiva. Em verdade, desde a década de 1960 a consulta de enfermagem vem sendo gradativamente incorporada em instituições de saúde pública, obtendo reconhecimento legal com a lei do exercício profissional de 25 de junho de 1986, que define esta atividade como privativa do enfermeiro.

Já a Resolução COFEN 159/1993, ao considerar que “a consulta de enfermagem compõe-se de histórico de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem” e entendendo-a como um “processo da prática de enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às necessidades de saúde da população” resolve em seu artigo 1º que: “Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na assistência de enfermagem” (COREN, 2001, p.103-104).

O primeiro, **histórico de enfermagem** compõe-se de um roteiro sistematizado com o propósito de obter dados sobre o indivíduo, sobre o estado de saúde do cliente. A etapa seguinte, **diagnóstico de enfermagem**, envolve a identificação das necessidades humanas comprometidas e a determinação do grau de dependência do indivíduo frente as ações de enfermagem. Este consiste no juízo clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade frente a processos vitais ou problemas de saúde existentes ou potenciais, base para que sejam selecionadas intervenções de enfermagem com vistas aos melhores resultados de responsabilidade do enfermeiro (ROSSI, 1998). Assim, o diagnóstico de enfermagem é a base para a intervenção da enfermeira, pois direciona a sua atuação.

A autora (ROSSI, 1998) sugere que o diagnóstico médico seja capaz de identificar e classificar as doenças com objetivo de prescrever medidas de tratamento, cura, redução de traumas, ou mesmo paliativas. Já o de enfermagem se atém aos efeitos e sintomas e à forma de melhorar as condições de vida do cliente.

Para a classificação dos diagnósticos de enfermagem adota-se aquela aprovada em 1982 pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). A taxonomia de NANDA, iniciada em 1973 é constituída por uma estrutura teórica chamada de **Padrões de Respostas Humanas** – que orienta a classificação e a categorização dos diagnósticos de enfermagem ou das condições que necessitam de cuidados de enfermagem (ROSSI, 1998)

A terceira fase do processo de enfermagem, denominada de **planejamento** caracteriza-se pela elaboração do plano de cuidados baseado nos diagnósticos de enfermagem. Constituem elementos do planejamento: julgamento das prioridades (graves, intermediárias e tardias), o estabelecimento e desenvolvimento de metas e objetivos (manutenção, restauração e promoção da saúde) e estratégias e prescrições de enfermagem (relacionadas ao objetivo e especifica as ações de enfermagem).

A execução do plano de cuidados, etapa chamada de **implementação**, deve ser supervisionada e avaliada pela enfermeira, mesmo quando são delegadas algumas intervenções a outros membros da equipe de saúde. Cabe ainda à enfermeira a reavaliação do cliente para coletar novos dados e rever o plano, se for o caso.

A **avaliação** ou **evolução de enfermagem**, embora considerada última etapa do processo de enfermagem, deve ser entendida como atividade que acompanha cada fase do processo. Procura compreender/monitorar como o cliente responde as ações de enfermagem, bem como identificar se os objetivos foram atingidos. (ROSSI, 1998).

Assim, o processo de enfermagem, adotado como marco teórico para a prática da enfermagem qualifica a assistência por meio de sua aplicabilidade, denominada de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Em moldes semelhantes ao que ocorreu com a classificação dos diagnósticos de enfermagem aplicados na área hospitalar (NANDA), a categoria de enfermeiros em nível internacional, elaborou proposta de taxonomia para a área de saúde coletiva denominado de CIPESC – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva.

Tal proposta derivou da constatação do direcionamento dos sistemas de classificação de enfermagem, existentes no mundo, para a assistência hospitalar. A partir disso, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) decide conduzir o projeto internacional para a área de Saúde Coletiva com apoio financeiro da Fundação W.R.Kellogg. Integrariam o projeto internacional, no âmbito da América Latina, Brasil, Chile, Colômbia e México (SILVA et al. 1997).

Dessa forma, a ABEn assumiu o compromisso de orientar o projeto em nosso país, deflagrando suas ações no I Encontro Internacional de Enfermeiros do Países de Língua Oficial Portuguesa, realizado em Salvador, Bahia, no ano de 1995, definindo os seguintes propósitos para o Projeto de Classificação no Brasil:

Estabelecer mecanismos de cooperação para a classificação da prática de enfermagem em Saúde Coletiva no país;

Revisitar as práticas de enfermagem em Saúde Coletiva no país, contextualizadas no processo de produção em saúde, diante da implantação do Sistema Único de Saúde;

Construir um sistema de informação da prática de enfermagem em Saúde Coletiva no país que permita a sua classificação, troca de experiências e interlocução nacional e internacional;

Rede Estrutural e Operacionalização do Projeto (SILVA et al, 1997, p. 64).

Para sua realização houve a divisão em subprojetos com base nos propósitos anteriormente citados, definindo-se para cada um deles, as ações, as atividades, as estruturas físico-financeiras e metas.

A condução desse projeto pela ABEn expressa o “compromisso ético, político e técnico ao propor e defender políticas e programas que visem a melhoria da qualidade de vida da população e maior grau de resolutividade dos seus problemas de saúde e garantam acesso universal e equânime nos serviços de saúde”, propósitos esses definidos e assumidos em seu estatuto reformulado em 1994 (ABEn, 1994).

ANTUNES (2000) nos fala que com o estabelecimento desse referencial a ABEn propõe para si mesma e para os seus associados novos pressupostos para a prática de enfermagem, que contribua para a melhoria da qualidade de vida por meio da garantia de acesso universal, da resolutividade, da integralidade da assistência e da equidade, todos eles valores ligados à cidadania.

Os resultados do projeto CIPESC desenvolvido no Brasil foram compartilhados com a comunidade de enfermagem nacional e internacional, em eventos programados para socializar a construção e utilização de sistemas de classificação da prática de enfermagem: I Simpósio Internacional de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e V Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem no ano de 2000.

Nestes eventos ressaltou-se o uso dos sistemas de classificação “como uma das possibilidades de contribuição para a legitimação e oficialização da prática profissional de enfermagem no Brasil, no pesado jogo de relações de poder que definem a regulamentação e a regulação profissional no setor saúde” (ANTUNES, 2000, p.9).

Entretanto, a autora destaca que não se deve creditar somente ao uso de sistemas de classificação da prática a garantia de qualificação dos cuidados de enfermagem e sim que eles que devem ser entendidos como o instrumento para a organização da assistência de enfermagem.

ANTUNES (2000) ainda, defende que a aproximação dos sistemas de classificação possibilita uma ruptura com o referencial que embasou o ensino e a prática nas últimas décadas, fortemente calcado nas técnicas e tratamento de intervenção. Considerando-o como descontextualizado para a busca de referencial centrado no cuidar em que se destacam a integralidade e a contextualização social da própria profissão e daqueles a quem destina o cuidado.

Retomando a análise do ementário, ainda no eixo denominado como **Conteúdos Essenciais Básicos – Área Enfermagem** temos: Gerenciamento da Assistência de Enfermagem em que o estudante pode compreender as bases do gerenciamento da assistência e, posteriormente, alocado no grupo denominado **Conteúdos Essenciais Específicos: Gerenciamento em Enfermagem**, no sétimo período, em que o estudante vivencia o gerenciar unidades hospitalares. A elas segue a denominada como:

Estágio Supervisionado B - processo de trabalho dos serviços de saúde, respondendo pelo gerenciamento da assistência de enfermagem, gerenciamento administrativo e gestão de pessoal, cumprindo as etapas de diagnóstico, definição de prioridades, elaboração de planos de intervenção, estudo de viabilidade, implementação, execução, acompanhamento e avaliação. (ANEXO 8)

Embora não haja, por um erro de elaboração, já verificado pela comissão de avaliação, a citação acerca do local onde se dão estas práticas cabe esclarecer que elas ocorrem no Hospital e Maternidade Celso Pierro, do início até o oitavo período em que há o Estágio Supervisionado, denominação dada aos ‘Estágios Curriculares’ como proposto nas diretrizes.

Também sob a denominação **Conteúdos Essenciais Básicos – Área Enfermagem** encontram-se: a Disciplina teórica Enfermagem em Saúde Coletiva e Procedimentos Básicos de Enfermagem em Saúde Coletiva, de caráter de estágio que ocorre no terceiro semestre, ambas separadas das suas correlatas, Epidemiologia, Saúde Ambiental e todas as que têm denominação Saúde Coletiva no título.

Sob esta denominação encontra-se, além das citadas, Enfermagem em Centro de Material e Esterilização na qual o estudante tem a oportunidade de desenvolver o aprendizado sobre técnicas de manuseio de material estéril, do preparo à conservação.

Esta forma de agrupar as disciplinas, a nosso ver bastante enviesada, não tomou em conta as Diretrizes Curriculares, até o momento da implementação do Currículo de 2000, não aprovadas em sua íntegra e que prevêm:

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem; **II - Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença; **III - Ciências da Enfermagem** - neste tópico de estudo, incluem-se: a) **Fundamentos de Enfermagem:** os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo; b) **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem; c) **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e d) **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem (BRASIL, 2000, p.4-5).

É oportuno sugerir, diante desta análise, que se pense em uma forma mais coerente de agrupar as Disciplinas que respeite as diretrizes e os próprios campos do saber, de forma a que o projeto tenha mais organicidade.

Ainda sob a denominação **Conteúdos Essenciais Específicos** estão: Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações Clínicas; Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações Cirúrgicas; Enfermagem em Centro Cirúrgico; Enfermagem em Doenças Transmissíveis que trabalham com o indivíduo adulto, predominantemente usando como locus do aprendizado o Hospital com a aplicação da já citada SAE e podendo, sem o uso do artifício classificatório, ser agrupadas com Semiologia e Semiotécnica A e B, tanto pelo aspecto de sucessão na grade, quanto pelo fato de trabalharem com o mesmo grupo populacional e referencial teórico. Na sequência, já no sétimo período há Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações de Risco.

Para este grupamento fica a sugestão de que de alguma maneira se coloque ênfase na questão do envelhecimento, ao lado da de adulto, por considerarmos que adoecidos crônicos, geralmente, são idosos e têm especificidades de atendimento.

Seguindo a determinação de lidar com grupos populacionais há – em **Conteúdos Essenciais**- uma série de Disciplinas ligadas à Saúde da Mulher: Enfermagem e Saúde da Mulher A em que são trabalhadas questões de gênero, sexualidade e o controle de câncer cérvico uterino, em Centros de Saúde, embora, não haja o termo saúde coletiva; Enfermagem e Saúde da Mulher B; anteriormente enfoque da ginecologia; Enfermagem e Saúde do Binômio Mãe-Filho, em unidades neo-natais e de alojamento conjunto; Enfermagem e Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal A que aborda a obstetrícia e Enfermagem e Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal B, na qual, também em Centros de Saúde os estudantes têm a prática do pré-natal

Com relação à Saúde da Criança e do Adolescente: Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente A, que lida com a criança e o adolescente sadios em situações que não a internação e Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente B com caráter mais clínico e de abordagem das situações de doença.

Na área da Saúde Coletiva, além das já consideradas anteriormente, com esta denominação há Enfermagem em Saúde Coletiva: Mulher e Adulto e Enfermagem em Saúde Coletiva: Criança e Adolescente, ambas no sétimo período, às quais segue Estágio Supervisionado A, que sofre o mesmo problema de denominação do já citado B.

Também em Saúde Mental temos:

Enfermagem em Saúde Mental A – estudo das relações interpessoais que favorecem o desenvolvimento da capacidade de enfrentamento do indivíduo adoecido e/ou submetido à situação de stress. Aborda o homem dentro de uma perspectiva holística. Desenvolve conhecimentos sobre comunicação, com ênfase na comunicação não verbal. Enfermagem em Saúde Mental B – estudo dos aspectos históricos da enfermagem psiquiátrica. Principais doenças mentais. Assistência de enfermagem sistematizada a pessoa adoecida mentalmente em serviços de intra e extra-hospitalares. Comunicação terapêutica e relacionamento interpessoal. (ANEXO 8)

Alem disso há que se apontar onde e como, pelo menos nos estágios das etapas finais do curso serão incluídos conteúdos e práticas de manejo que operem a questão das relações familiares, da visita domiciliar e da masculinidade, que atravessam, integram e relacionam as ações de cuidado em redes sociais de apoio micro (domicílio) ou mais ampliadas.

A exemplo destas, a maior parte das disciplinas, em sua ementa, não dá ênfase ao local e modelo que sustentam a ação. Por exemplo: o trabalho é de natureza teórica ou prática? Em que tipo de local se desenvolve a prática. Revisões estas que devem ser feitas, de modo a adequar o ementário ao currículo de fato. Uma primeira iniciativa foi tomada pela Direção da Faculdade e Comissão de Avaliação do Projeto Pedagógico o ementário passou por reavaliação do corpo docente, em reunião para esta finalidade, ocasião em que houve mudanças principalmente relativas a que elas caracterizassem melhor o caráter teórico, ou teórico-prático das disciplinas e os locais nos quais se dariam as situações de aprendizagem.

7.3.2- Análise dos Planejamentos

Com relação à definição acerca da **concepção de saúde e doença**, identificamos que apenas na disciplina Enfermagem Saúde Coletiva, o conceito está evidente o que indica compreensão da saúde em sua determinação social.

Destacamos que esta disciplina, alocada no 1º período do curso (integral e noturno), tem como responsabilidade sinalizar para os alunos o conceito de saúde adotado no curso e que será o eixo condutor do ensino e das ações do profissional enfermeiro.

A observação dos conteúdos propostos nas disciplinas permitiu identificar que a temática do conceito de saúde é retomada na disciplina de Saúde Ambiental Aplicada à Enfermagem e referenciada à luz da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A adoção da concepção saúde-doença determinada socialmente no projeto pedagógico do curso, aponta para o:

... reconhecimento de que o campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos e integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Neste sentido, ele requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria desafiada pela prática, a repense permanentemente. (MINAYO, 1996a, p. 13).

Esse conceito de saúde emerge no final da década de 60 e nos anos 70 do século XX quando a área da saúde é palco de um debate acerca do caráter da doença, se essencialmente, biológico, ou, social. Tal polêmica se expressa no questionamento do paradigma dominante até então, que a entendia como fenômeno biológico individual.

Para LAURELL (1982) esta polêmica tem suas raízes em duas vertentes. Uma delas relaciona-se à crise política, social e econômica que atinge os países capitalistas, o que determina nova etapa de lutas sociais para o atendimento dos interesses populares. A outra razão, interna à medicina, refere-se à dificuldade de produção de conhecimento na área que permitisse a compreensão dos principais problemas de saúde que atingem os

países industrializados, bem como a melhoria das condições de saúde das pessoas e da coletividade. Assim, tornam-se evidentes as limitações da concepção biológica da doença e em decorrência, da prática que a sustenta.

Ganha força então, a corrente que se ampara na concepção da doença como um processo social. Nesta perspectiva, o fenômeno saúde-doença, “ênfatiza o social, o coletivo e o caráter histórico dos modos de adoecer e morrer” (MINAYO, 1996a, p.79).

BERLINGUER (1988) comenta que as condições de vida e saúde estão profundamente interligadas, fazendo parte de um processo econômico. Esse autor destaca que a saúde dos indivíduos é afetada pelo processo de trabalho a que está submetida.

Assim, o processo saúde-doença, é visto como:

... síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos e potencialidades característicos, por sua vez manifestados na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde. Certamente a qualidade de vida a que cada grupo sócio-econômico está exposto é diferente e portanto é igualmente diferente sua exposição a processos de riscos que produzem o aparecimento de doenças e formas de morte específicas, assim como seu acesso a processos benéficos ou potencializadores da saúde e da vida”(BREILH; GRANDA, 1989, p. 40).

Tal movimento desencadeou também nas escolas um reflexo acerca desta temática, levando as instituições formadoras a repensar, rever e a definir sob qual paradigma se orienta a proposta de formação dos profissionais de saúde.

A constituição de 1988 reconhece a saúde como direito e referenda o conceito de saúde definido na VIII Conferência Nacional de Saúde, como já citado anteriormente, assim:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso

aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE VIII, 1986).

O grande avanço contido nesta definição é o de considerar que as formas de organização social da produção determinam os níveis de saúde dos indivíduos numa dada sociedade.

Para a análise do **modelo técnico-assistencial** adotado no desenvolvimento das disciplinas, faremos uma diferenciação entre aquelas de caráter assistencial e as demais que enfocam os aspectos gerenciais e administrativos.

Em relação às disciplinas que enfocam a assistência identificamos dois grupos: um primeiro cuja prática encontra-se centrada no hospital, no atendimento ao indivíduo e especialmente ao indivíduo doente, enfatizando as ações de caráter curativo e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) já comentada por ocasião da discussão das ementas.

Tais conceitos encontram-se localizados nas disciplinas de Semiologia e Semiotécnica Aplicadas à Enfermagem B, Enfermagem e Saúde do Adulto: situações clínicas, Enfermagem e Saúde do Adulto: situações cirúrgicas, Enfermagem em Doenças Transmissíveis, Enfermagem em Saúde da Mulher B; Enfermagem e Saúde do Binômio Mãe-Filho; Enfermagem e Saúde da Mulher no Ciclo Grávido Puerperal A; Enfermagem e Saúde da Mulher no Ciclo Grávido Puerperal B. Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente B. Considerando a organização do currículo por ciclos da vida, conforme reiterado pelas Diretrizes Curriculares.

Pode-se dizer que elas pertençam ao campo clínico do saber compreendendo campo como nos dizeres de CAMPOS (2000) um espaço de limites imprecisos em que cada disciplina, ou profissão, buscaria em outra, o apoio para cumprimento de tarefas práticas e teóricas.

Assim, a denominada área clínica, envolveria um conjunto de disciplinas que tem na clínica², base do processo morfológico e fisiológico da doença e que utiliza o hospital como o lócus privilegiado para aplicação deste conhecimento, com atendimento, predominantemente de natureza individual. O que não é empecilho, nem pode ser, para sua prática em outros locais.

CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS (1997) ao analisarem a integração das especialidades médicas ao SUS colocam de forma muito pertinente que se poderia dividir a área de competência de cada especialidade em dois espaços considerados inclusivos. Assim:

Um mais geral, denominado *campo de competência*, que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades (...) E um segundo, mais específico, denominado de *núcleo de competência*, que incluiria atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando, portanto, a sua existência como uma nova área (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997, p.4).

Ressalta-se que este nível de discussão parece não ter sido alcançado, nem proximamente, nos planejamentos, em que não vemos referências a generalidades e especificidades do cuidado, e mesmo a correlação, por meio de planos de alta, por exemplo, do espaço hospital com outros do serviço de saúde, salvo exceção da Saúde da Mulher e da Criança e Adolescente que desenvolvem práticas fora do Hospital.

O outro conjunto de disciplinas desenvolve o ensino teórico-prático respaldado no modelo técnico-assistencial centrado na atenção ao indivíduo sadio, no coletivo, cujas ações tomam por base os dados epidemiológicos, priorizando os grupos com maior risco de adoecer e morrer. Na proposta da prática assistencial, as disciplinas revelam uma articulação entre as ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação das doenças. Práticas estas resultantes da acumulação de saberes neste campo teórico e que têm sido constantemente revistas, durante a trajetória aqui estudada, o que não significa que as outras também não o fizeram.

²De acordo com o Dicionário Houaiss (on line). Disponível em <http://houaiss.uol.com.br>. O verbete data de 1836 tendo como uma de suas acepções a prática ou o exercício da medicina. Também aula de medicina ministrada, em hospitais, junto ao leito do paciente, o qual serve de objeto de estudo.

Neste agrupamento podemos elencar as seguintes disciplinas: Procedimentos Básicos em Saúde Coletiva; Enfermagem em Saúde da Mulher A; Enfermagem em Saúde Coletiva: criança e adolescente; Enfermagem em Saúde Coletiva: mulher e adulto. Estágio Supervisionado em Enfermagem A (ênfase saúde pública). Faz-se útil pensarmos também no intenso debate que dominou a saúde pública e coletiva iniciado na década de 1970.

CAMPOS (2000), em debate teórico, comenta que o termo Saúde Coletiva, em substituição a Saúde Pública, passou a ser usado, no Brasil, a partir de 1979, fruto de polêmica entre pensadores da área, conceituando núcleo e campo e apontando que a troca de nomes sugeriria um novo fazer e pensar na área e o rompimento com a saúde pública, de caráter positivista, vigente até então, com um radicalismo descabido a seu ver. Assim:

Para diversos autores, a epidemiologia e as ciências sociais, explicariam o processo saúde-doença e fundariam um novo paradigma, com um modo de intervenção sobre a realidade que superaria – sempre em princípio! – todos os outros existentes. De acordo com esta perspectiva a saúde coletiva não seria um saber, entre outros, sobre os modos como se produz a saúde e a doença; mas, o saber. Quase um novo paradigma.

E prossegue:

Além do reconhecimento de que a saúde coletiva é um saber constitutivo e essencial de todas as práticas em saúde, é fundamental admitir que também se produzem conhecimentos, políticas e valores relevantes para a saúde a partir de outros campos, como o da clínica e da reabilitação (CAMPOS, 2000, p. 5).

Para o autor CAMPOS (2000), a saúde coletiva conformaria uma parte do campo da saúde em planos de inserção diversos: movimento moral e intelectual e concentração nuclear de saberes e práticas centrado na prevenção da doença e na promoção da saúde, o que faria com que todas as profissões e saberes, pudessem incorporar este núcleo da saúde coletiva em seu campo. Isto, a seu ver, visão com que concordamos, traria aportes a outras áreas transformando seus saberes e práticas em função de um novo modo de atuar.

Assim:

Nesta perspectiva, a missão da saúde coletiva seria a de influenciar a transformação de saberes e práticas de outros agentes, contribuindo para mudanças no modelo de atenção e da lógica como funcionam os serviços de saúde em geral (CAMPOS, 2000, p. 8).

Esta organização no processo de formação pode sugerir divisões de responsabilidades entre as disciplinas e professores, cabendo a cada um dos grupos - área hospitalar e área de saúde coletiva – a responsabilização pela abordagem e o desenvolvimento de certas temáticas, enfoques e conteúdo, reproduzindo a dicotomia histórica contida nos serviços de saúde – prevenção e cura, sem priorizar a intervenção qualificada da saúde coletiva o que se daria por meio do compartilhamento dos saberes e práticas entre docentes e disciplinas.

A observação relativa à organização das vivências dos alunos nos serviços de saúde pelas várias disciplinas que integram o currículo do curso aponta para uma distribuição equitativa de enfoques no que se refere ao número de disciplinas, proporcionando inserção tanto nos serviços hospitalares, como em centros de saúde.

Aquelas que preparam o aluno para as atividades de gerência e administração na área da enfermagem, são denominadas no curso como Administração da Ciência da Enfermagem II, Assistência de Enfermagem: Gerenciamento e Gerenciamento em Enfermagem conduzem a discussão exclusivamente para os serviços de saúde de natureza hospitalar, como dito anteriormente. Assim, as experiências e as vivências proporcionadas pela disciplina ocorrem neste âmbito, sendo que alguns aspectos da administração em saúde pública são abordados pela disciplina específica no Estágio Curricular.

Todo o conteúdo apresentado no programa faz referência ao hospital e a conceitos que marcaram a enfermagem na década de 1970, como, por exemplo, a questão da liderança. Na análise do planejamento destas disciplinas não é possível identificar as teorias administrativas que orientam o ensino na área, pois são enfocadas questões pontuais. Aqui também a estrutura hospitalar é destacada em si, sem correlação com o sistema do qual faz parte o hospital, no caso, sistema municipal de saúde.

A moderna administração, ou gerenciamento deveria partir da visão do conjunto de equipamentos disponíveis, agregando aí aspectos como custos em saúde, visão econômica da questão, adequação de tecnologias, auditoria, considerando, principalmente, que muitos enfermeiros, opinarão sobre compras, por exemplo. Importante apontar que o grupo de docentes da área tem caminhado neste sentido, estudando novas formas de abordagem.

A disciplina Enfermagem em Saúde do Adulto: situações de risco propõe o desenvolvimento do enfoque no atendimento pré-hospitalar (APH) elegendo para isso as emergências clínicas e ou cirúrgicas.

Entretanto no planejamento não há menção do APH como serviço que integra o sistema de saúde e ainda que esta organização se dá para o atendimento das diretrizes do Ministério da Saúde, caracterizando a prática sem modelo.

Como não ocorre esta contextualização, a disciplina caracteriza-se por um conjunto de assuntos ligados a questões técnicas, que embora extremamente importantes para a formação do enfermeiro, reduzem a proposta de formação a aspectos de caráter técnico.

Ou seja, o estudo sobre o modelo é feito apenas pelas Disciplinas da área da Saúde Coletiva, desde seu início, quando são expostas as políticas de saúde, até o sétimo período em que há enfoque do planejamento em saúde e iniciativas para ensino sobre a elaboração do prontuário gerencial de Unidades Básicas de Saúde, com enfoque prioritário no diagnóstico populacional e na proposição de sugestões para ação, muitas delas implementadas pelos alunos no Estágio Curricular.

Em relação à pré-categoria – **políticas de saúde** – identificamos apenas uma disciplina do curso que apresenta um enfoque específico em seu conteúdo: Enfermagem em Saúde Coletiva, a qual cabe a discussão da trajetória das políticas de saúde no país, embora, no quarto ano, estes aspectos sejam retomados em Saúde Coletiva: mulher e adulto, que trabalha o planejamento em saúde e Saúde Coletiva: criança e adolescente. Em 2004, estas disciplinas se integraram para revisão deste enfoque, considerando que o aprendizado se

dera no primeiro e terceiro semestres, haja vista que nos estágios da Disciplina Fundamentos de Saúde Coletiva são ministrados inúmeros enfoques relativos ao papel da UBS no sistema, referência e contra-referência, além das políticas municipais de saúde. Destaca-se que Saúde Ambiental aborda o percurso das políticas na área.

Em outras disciplinas como Enfermagem em Saúde da Mulher A e Enfermagem em Saúde Mental B, as políticas de saúde são focalizadas em questões específicas da área, como as políticas de Assistência à Saúde da Mulher, a reforma psiquiátrica no Brasil e o projeto de desinstitucionalização do doente mental.

A análise dos planejamentos sob a óptica dos **protocolos do SUS** que orientam a assistência à saúde da população permitiu identificar que tal abordagem encontra-se em disciplinas na área da saúde coletiva, tais como: Enfermagem em Saúde Coletiva; Enfermagem em Saúde da Mulher A; Enfermagem em Saúde Coletiva: criança e adolescente; Enfermagem em Saúde Coletiva: mulher e adulto; Estágio Supervisionado em Enfermagem A. Saúde da Mulher que discute conceitos de humanização do parto e nascimento, priorizando o estímulo ao aleitamento materno com recomendações da OMS e do Ministério da Saúde. Em Saúde da Criança há discussão acerca do Estatuto da Criança e do Adolescente, com menções a temáticas sociais relativas à população infantil e do adolescente.

Essas observações sugerem um descompasso entre as áreas clínica e de saúde coletiva, incluindo-se aí mulher e criança, que se revela na própria organização do currículo, pois os enfoques relacionados às patologias ou as doenças são desenvolvidos no primeiro grupo e aqueles voltados às políticas de saúde e que incluem também as normatizações por meio dos protocolos disponíveis do SUS e suas diretrizes são discutidos prioritariamente na segunda, quando deveriam compor o referencial da saúde do adulto, mulher e criança, de modos geral, por conterem medidas práticas de ação que têm por base consensos e orientações da OMS e OPS, do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal e Estadual. Observando-se aí, mais uma vez, falta de integração de saberes e práticas.

O conteúdo específico relativo ao tema modelo tecno-assistencial é explorado pela disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva, quando são enfocados os vários modelos implementados nos serviços de saúde e a dinâmica que eles imprimem à assistência à saúde da população e posteriormente retomados na quarta série.

Ao analisarmos as disciplinas do currículo do curso de enfermagem sob esta óptica procuramos inicialmente mapear o lócus privilegiado de inserção dos alunos para o desenvolvimento das práticas clínicas.

Assim, identificamos a existência de dois grandes seguimentos. As disciplinas da área de Saúde Coletiva, que em função de sua natureza, elegeram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como espaço de formação e vivência e aquelas cujas práticas de ensino ocorrem fundamentalmente no âmbito hospitalar.

Neste grupo, destacamos duas disciplinas (Enfermagem Saúde da Mulher B e Enfermagem e Saúde da Mulher Ciclo Grávido puerperal A) que também promovem a inserção dos alunos em ambulatórios e mesmo em UBS, possibilitando ao aluno a vivência nos três níveis de atenção à saúde.

Pode-se verificar que o ensino no nível secundário de atenção à saúde é bastante incipiente, restringindo-se ao ambulatório de pediatria e de ginecologia com ações voltadas para consulta de enfermagem à criança de 0 - 6 meses (puericultura), à mulher (prevenção do câncer de colo uterino e de mama) e à puérpera, além de atividades educativas, predominantemente realizadas em sala de espera. Ambas com características de ações de saúde da rede básica.

Observa-se que muitas vezes estas disciplinas antecedem as Bases Teóricas para Ação Educativa do Enfermeiro que aborda a concepção da Educação, Trajetória da Educação Popular de Saúde no País, linhas Pedagógicas que embasam o trabalho de educação. A disciplina adota a opção da Educação Emancipatória.

A ABEn em documento intitulado Proposta de Currículo Mínimo para o Curso de Enfermagem datado de 1991 e posteriormente aprovado pelo MEC sob o Parecer 314/94 recomendava que as atividades práticas (ensino e estágio) deveriam ser realizados em serviços não hospitalares (ambulatório e rede básica) e em hospitais.

Essa participação pouco expressiva do ensino de graduação na PUC-Campinas, limitada a três disciplinas, pode ser entendida em função do próprio serviço, no caso os ambulatórios do Hospital e Maternidade Celso Pierro, que contam em seu quadro de pessoal com número, em alguns setores, reduzido de enfermeiros, geralmente, desenvolvendo ações de caráter administrativo, dificultando assim a inserção dos alunos em eventuais programas e ações assistenciais.

Apresenta-se aí um desafio à escola no sentido de propor/apresentar proposta de ensino e assim contribuir para construção de novo modelo de assistência, da maioria dos ambulatórios em funcionamento hoje no HMCP, pois a grande maioria dos serviços consiste na assistência/atenção médica por meio de consultas individuais.

É interessante mencionar que um dos Projetos de Extensão da Faculdade de Enfermagem – CROAD (Centro de Referência e Orientação e Atendimento ao Diabético) se desenvolve junto ao ambulatório de Endocrinologia do HMCP, não podendo, no entanto, ser considerado como locus de formação pois, não se trata de atividade curricular, uma vez que a participação dos alunos se faz de forma voluntária.

De acordo com PAIM:

Modelos assistenciais são combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços – populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (PAIM, 2003, p. 457).

Para esse autor, no Brasil convivem tanto o modelo-assistencial sanitaria, como o modelo assistencial privatista, com predomínio deste último. Ambos não contemplam a integralidade da atenção proposta nos princípios da reforma sanitaria e referendada pelo SUS.

É sabido que o modelo assistencial privatista, cuja característica consiste no atendimento à demanda espontânea, para indivíduos que buscam espontaneamente os serviços quando se sentem doentes, não é restrito ao setor privado estando presente nos serviços públicos como hospitais, centro de saúde, laboratórios (PAIM, 2003; CAMPOS, 1989).

Tal modelo, predominantemente curativo, não altera e não causa impacto sobre os níveis de saúde da população. Assim, as ações de saúde ofertadas à população procuram atender a demanda espontânea.

MERHY (1997) considera que “o modelo liberal privatista imprime ao trabalhador de saúde um tratamento do usuário de “maneira impessoal, objetivante e descompromissada” (MERHY, 1997, p.118). O usuário do serviço de saúde espera ser acolhido em seu problema, em seu sofrimento. Ele deposita no profissional a expectativa de que o conjunto das ações de saúde sejam efetivas e resolutivas para o seu problema (MERHY, 1997).

O autor defende a construção de novo modo de operar a saúde, o que implica revisão da relação que o trabalhador de saúde estabelece com o seu objeto de trabalho no cotidiano do seu trabalho por meio do estabelecimento de vínculo, da garantia de acesso às ações de saúde do fato de serem disponíveis as devidas tecnologias, do acolhimento humanizado, da responsabilização pela assistência prestada, resgatando a dignidade do profissional e do paciente-usuário no campo da saúde.

Tal ordem de consideração nos leva a refletir se a inserção dos alunos nos serviços de saúde no caso o hospital universitário e a rede básica de saúde do município, espaços prioritários de desenvolvimento das práticas clínicas, permite a vivência de um modelo assistencial voltado para as necessidades de saúde, cujas ações sejam propostas a partir de estudos epidemiológicos o que parece ocorrer, de modo predominante na área da saúde coletiva.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos nesta trajetória, o movimento vivenciado pela Universidade na década de 1980, quando ocorreu a elaboração do seu projeto político - pedagógico, refletiu acontecimentos da sociedade brasileira, de abertura política e grande participação popular, e, no caso da saúde, a proposição do projeto da reforma sanitária com a instituição do SUS. Seus reflexos também foram sentidos no modo de inserção da enfermagem no cenário nacional e nas proposições para o ensino de enfermagem.

Por inúmeras razões apontadas neste texto, no interior da Faculdade de Enfermagem, as discussões entre o corpo docente e discente culminaram na elaboração do Projeto Pedagógico do curso, em 1986, ocasião em que também houve grande movimentação interna. Uma das faculdades pioneiras na área a documentar e explicitar o eixo de formação pretendido, definindo o marco conceitual e referencial adotados para o modelo de formação e de prática profissional.

A organização curricular do curso, em 1980, tinha como referência a resolução do Conselho Federal de Educação (CFE) nº 4/72. O currículo era dividido em três partes sucessivas: pré-profissional, profissional e as habilitações nas áreas de médico-cirúrgica, obstetrícia e saúde pública, incluindo disciplinas por elas propostas.

Já naquela ocasião, era possível identificar uma diferenciação entre proposto pelo MEC e aquele implementado pelo curso, relacionado ao enfoque da medicina comunitária, com a inserção de alunos no chamado ambulatório da Vila Castelo Branco, que prestava assistência à saúde à população moradora na região da área, além de outros trabalhos na periferia da cidade, predominantemente no eixo da John Boyd, atualmente pertencente ao Distrito Sanitário Noroeste, com o qual a Universidade, por meio dos seus cursos da área da saúde, tem parceria que perdura há mais de duas décadas e à qual nos remetemos ao tratar dos currículos da Faculdade de Enfermagem. Esta atividade caracteriza o envolvimento da Faculdade com a Sociedade e com a proposta de consolidação do SUS-Campinas. Denota também o trabalho multiprofissional e a busca da interdisciplinaridade.

O currículo proposto em 1986 teve como marco, na área de saúde coletiva, a criação da disciplina de Planejamento em Saúde Coletiva com carga horária de 120 horas (teoria/prática) oferecida no último semestre do curso, demonstrando, novamente, como a

escola se antecipou às necessidades dos serviços de saúde. Ou viu-se instada por eles, dada a parceria intensa vivenciada entre ensino e serviço e a força do Movimento Sanitário em Campinas, com produção social e científica com reflexos em nível nacional.

Tem procurado, desde então, ao lidar com as questões do gerenciamento em saúde, também na área hospitalar, formar profissionais capazes de assistir e gerenciar. Pode-se constatar que parte destes profissionais exerce papel significativo em instâncias de governo municipal, estadual e federal, mérito deles, certamente, e que nos faz refletir termos propiciado o embrião destas ações.

O perfil proposto para a formação do aluno competente técnica e politicamente aponta nesta direção e demonstra, desde então que a Escola tem envidado esforços no sentido de capacitar profissionais para atuação qualificada no Sistema Único de Saúde, o que também é preocupação da Associação Brasileira de Enfermagem contida nas Diretrizes Curriculares.

Também se antecipando às diretrizes, no currículo de 1986, com o intuito de iniciar precocemente os alunos nas atividades de Iniciação Científica, de modo a contribuir com a produção de conhecimentos de enfermagem instituiu-se no curso o Trabalho de Conclusão de Curso que tem qualificado, a nosso ver, sobremaneira o ensino. Também na ocasião, procurou-se dar outras formas à atual didática que redundou na criação da Disciplina Bases Teóricas para a Ação Educativa do Enfermeiro (1996) e nas práticas educativas, atualmente enfoque nos Estágios supervisionados A e B.

Quando da aprovação da Portaria 1721 do MEC, de dezembro de 1994, a Faculdade de Enfermagem reorganizou o seu currículo para o atendimento desta legislação. No entanto, fica claro que o até então vigente continha muitos avanços, aqui comentados e que são fruto, predominantemente, dos esforços de um pequeno grupo de docentes efetivos com imensa capacidade de busca, o que se caracterizou por suas sucessivas capacitações, embora, até então, apenas quatro deles inseridos em Carreira Docente. Até a atualidade observa-se esta disposição, embora, os inseridos em carreira tenham diminuído para dois. Os docentes têm sido atuantes nas instâncias da Universidade e, na medida das possibilidades, na definição de políticas no município. Em que pese a rotatividade de professores aqui exposta, a contratação por horas-aula e a falta de políticas de fixação de docentes na Universidade.

Quanto ao ementário vimos que ele necessita mudanças prementes de agrupamento de disciplinas e saberes e de redação, etapa já iniciada pela Comissão de Reestruturação Curricular. Com relação ao corpo de dados referentes à análise dos planejamentos estes são indicativos da necessidade de reflexões do corpo docente acerca de questões referentes à discussão do modelo tecno-assistencial que sustenta as práticas, estratégias de integração do lócus hospital com outros da atividade e outras medidas que contextualizem principalmente o ensino clínico e que se refletiriam melhor no aproveitamento, como conteúdo de ensino, dos Protocolos adotados pelo SUS em suas várias instâncias. Em nossa análise sentimos também falta de que haja ênfase às peculiaridades do idoso nos planos. Muitos docentes, e, a própria Faculdade, a nosso ver, se beneficiariam da maior interlocução com o campo teórico da saúde coletiva.

Para nós o conhecimento da área de saúde coletiva refere-se a ela própria, mas deve ser subsídio para o pensar a saúde e seus campos e possa ser compartilhado pelos profissionais da saúde, tendo em vista a compreensão ampliada do fenômeno saúde-doença e as inúmeras possibilidades de intervenção neste processo, além da prática profissional por ela defendida. Em verdade, não se trata apenas da incorporação do conhecimento da área e sim de uma ruptura com os modelos de saúde hegemônicos com vistas ao pretendido modelo de saúde proposto pelo SUS e Estratégia de Saúde da Família.

Cabe destacar que um ponto facilitador para as implantações das propostas de ensino, está ligada ao fato de Campinas dispor de rede de saúde estruturada, com serviços de vários níveis de atenção o que pode ser somado a, no caso da Universidade, existência de um hospital de ensino próprio, o Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP). Destacamos, que embora não tenha sido do escopo deste estudo a Faculdade, em inúmeros momentos esteve, por meio de assessorias, bem próxima da direção do Hospital e que, na atualidade, esta parceira volta a ser reforçada quando por ocasião da acreditação do Hospital junto ao Ministério da Saúde de da oportunidade de discussão acerca da Residência em Enfermagem.

Isto ocorre a despeito do fato de o HMCP, cenário de formação dos alunos de todos os cursos da área da saúde, ter dinâmica própria de funcionamento, possuir vínculo institucional fragilizado com a Universidade, limitando as possibilidades de intervenção e mudanças no interior do serviço. Assim, “a atitude transformadora no processo de formação fica limitada à crítica e a reflexos sobre a realidade” (ARANTES, 1999, p.156)

Conforme relatado, no corpo do trabalho, a parceria ensino-serviço, que teve início em 1980, confere espaço importante de discussão tanto das necessidades de formação dos alunos como das necessidades de saúde da população, possibilitando a construção de modelos de assistência na área, diante das inúmeras trocas possíveis tanto nas atividades cotidianas, como nos momentos formais de discussão com os serviços de saúde, diante também de iniciativas como o Pólo de Capacitação em Saúde da Família. É possível sentir que a Escola tem legitimidade junto à instância municipal, consequência da relação democrática e dialógica estabelecida entre as partes.

Entretanto, apenas o exercício da crítica se mostra insuficiente quando se pretende formar um profissional para ser agente de transformação, pois é preciso proporcionar ao aluno a vivência da implementação de novas propostas dentro da realidade dos serviços.

Para isso, é preciso buscar estratégias de superação (deste distanciamento entre aluno-serviço) desta forma melhorar a qualidade da inserção dos cursos no hospital de ensino e consolidar seus vínculos institucionais.

Como já dito, desde 1980, o curso de enfermagem ora estudado, desenvolve o ensino em cenários diversificados, o que não garante, pelo menos a partir desta análise de ementas e planejamentos, a existência de um eixo condutor para ele. Pois, se há um marco e um perfil compartilhado por todos no currículo formal, deveria ser objeto de maior aprofundamento no currículo oculto, aqui melhor desvelado nesta análise crítica. Como vimos temos um grande caminho a percorrer e esta caminhada poderá ser mais enriquecedora nos dispusermos, de fato, a compartilhar saberes e fazeres.

Diante dos apontamentos, é possível afirmar a correlação entre os pressupostos teóricos e legais do SUS e a prática da saúde coletiva no curso. É possível identificar diferenças teóricas entre os planejamentos que abordam o conteúdo da área clínica e aquelas da área de saúde coletiva. Ressalvadas iniciativas na área da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e Saúde Mental que ocorrem de modo mais pontual, além das da área do Gerenciamento.

Esta diferença se dá marcadamente pela forma de desenvolvimento dos conteúdos observados tanto nos planos de curso teórico como prático que se apresentam de forma pouco crítica em relação ao contexto e à conjuntura, com um modo de ensinar baseado nas questões morfológicas e fisiológicas, predominantemente em teoria porque o exercício da SAE garante, de certo modo, um fazer mais reflexivo, pelo menos diante da realidade de cada paciente. considerando que não está colocado para o aluno o contexto da sua inserção.

Ainda com relação ao ensino de saúde coletiva no curso de enfermagem, a forma de organização das disciplinas na grade curricular pode sugerir uma fragmentação do conhecimento na área, pois o principal eixo de articulação entre elas refere-se à sequência de faixas etárias, dada a sua distribuição pelos vários ciclos de vida em atendimento às próprias diretrizes curriculares, o que poderia ser fruto de maiores discussões e aprofundamentos.

Ao término desta caminhada temos como certo o fato de ter respondido parcialmente às questões formuladas de início, haja vista os prazos acadêmicos e a limitação, já conhecida da pesquisa documental, mas acreditamos ser este um princípio, um caminho para maior aproveitamento da questão o que se dará a partir do compartilhamento generoso deste estudo com todos os construtores do Projeto Pedagógico da Faculdade de Enfermagem.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEn. **Associação Brasileira de Enfermagem**. Proposta de novo currículo mínimo para o curso superior de enfermagem: a formação do enfermeiro. Brasília: ABEn, 1991.

ABEn. **Associação Brasileira de Enfermagem**. Estatuto Associação Brasileira de Enfermagem, 1994, (on line). Disponível em www.aben.org.br/estatuto. Acesso em outubro de 2004

ABEn. **Associação Brasileira de enfermagem**. Informações sobre memória e história (on line) sd. Disponível em <http://www.abennacional.org.br>. Acesso em outubro de 2004.

ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ANTUNES, M. J. M. A prática de enfermagem e o sistemas de classificação: a ótica da ABEn. In GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. da (org.). **Sistema de classificação da prática de enfermagem**. João Pessoa: ABEn – Idéia, 2000

APPLE, M. **Ideologia e currículo**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

ARANTES, C.I.S. **Saúde Coletiva: os descaminhos da construção do ensino de enfermagem**. São Paulo, 1999. [Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

ARAÚJO, M de F. dos S. de. Espaço urbano e medicina social no Nordeste do Século XIX (on line). **Política e Trabalho**, 13, 117-143, 1997.

ARMBRUST, R. de C. C. **A evasão no terceiro grau: a Faculdade de Enfermagem da PUCCAMP**. Campinas, 1995. [Dissertação de Mestrado- Faculdade de Educação-PUC-Campinas]

AROUCA, A S da S. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva**. Campinas, 1975. [Tese de Doutorado, FCM – UNICAMP].

AZEVEDO, C. da S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 7 (2) 349-361, 2002.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edições 70, 1977.

BARROS, E. D. Os conselhos de saúde e a responsabilidade cidadã. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 18-19, 1998.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: HUCITEC, 1988.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research of education**. Boston: Allyn and Bacon, 1982.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. de. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1985.

BRASIL a. **Propostas de diretrizes curriculares para enfermagem**. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto- MEC- D. P.E. S. Coordenação das comissões de especialistas de ensino - Coordenação das comissões de especialistas de ensino de enfermagem, s.d. (definitiva).

BRASIL b. **Modelo de enquadramento das propostas de diretrizes curriculares**. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto-MEC-Departamento de políticas de Ensino Superior, s.d.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n 33 de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento **“Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”** (on line) Disponível em <http://www.portalsocial.ufsc.br/legislacao/saude/reso33.pdf>. Acesso dezembro de 2004.

BRASIL. **Edital n.º 04/97** dispõe sobre propostas para diretrizes curriculares. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto-MEC-Secretaria de Educação Superior, 1997.

BRASIL. Diretrizes Curriculares.**Portaria nº 1518 de 14/06/2000**. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior – Departamento de Política do Ensino Superior, 2000.

BRASIL a. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (**IBGE**). Dados Populacionais. Campinas, 2003.

BRASIL b. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde (on line). Brasília, 18 de setembro 2003. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/educacao_permanente_tripartite.pdf. Acesso outubro 2004.

BRASIL. **Aprender SUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Série B - Textos Básicos de Saúde.

BRELH, J.; GRANDA, E. **Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. 2ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. (trad. José da Rocha Carvalheiro et al)

CAMARGO, A. L. C. **O processo de reestruturização da PUCCAMP: a contribuição do “Projeto Pedagógico”**. Campinas, 1989. [Dissertação-Mestrado- Faculdade de Educação- UNICAMP]

CAMPOS, G.W.S. a. A reforma sanitária necessária. In: Berlinguer G. et al. **Reforma sanitária Itália e Brasil**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988. p. 179-194

CAMPOS, G.W.S. b. Tréplica: o debate necessário à construção de uma teoria sobre a reforma sanitária. **Saúde Deb.** (23): 7-12, dez. 1988.

CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In NUNES, E. D.; MERHY, E. E.; CAMPOS, G.W.S. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989. 53-60

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: CEBES/ HUCITEC, 1991.

CAMPOS, G.W.S. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1992.

CAMPOS, G.W.S. Saúde Coletiva e saúde pública: campo e núcleo de saberes e práticas. (on line). **Ciênc. saúde coletiva**. v. 5 n. 2 Rio de Janeiro 2000. Disponível em www.scielo.br. Acesso em novembro de 2004.

CAMPOS, G.W.S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. de C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias de integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). (on line) **Cad. Saúde Pública** v.13 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 1997. Disponível em www.scielo.br. Acesso em novembro de 2004.

CARVALHO, A C. de. **Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976**. Documentário. Brasília: ABEn, 1976.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através das normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva** 6 (2) 435-444, 2001.

CHALHOUB, S. **Cidade Febril. Cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHAUÍ, M. Principais períodos da história da Filosofia. Coluna Pausa para a Filosofia (On Line). **Inter newws Revista Eletrônica**. set. 2001. Disponível em <http://www.internewws.eti.br/coluna/filosofia>. Acesso em dezembro 2004.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas, 1985.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

COCCO, M. I. Monteiro a. Práticas educativas e a construção do conhecimento emancipatório. IN BAGNATO, M. H. S.; COCCO, M. I. Monteiro; DE SORDI, M. R. L. (org.). **Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares**. Campinas-SP: Alínea, 1999. Capítulo 5, 63-70.

COCCO, M. I. Monteiro b. Trabalho & Educação: novas possibilidades para antigos problemas. IN BAGNATO, M. H. S.; COCCO, M. I. Monteiro; DE SORDI, M. R. L. (org.). **Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares**. Campinas-SP: Alínea, 1999. Capítulo 7, 99-110.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 240/2000. Aprova Código de Ética** (on line). Disponível em www.portalcofen.gov.br. Acesso em dezembro de 2004.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Profae** (on line). Disponível em www.portalcofen.gov.br/profae. Acesso em dezembro de 2004.

CONNELLY, F. M.; LANTZ, O. C. Introduction: definitions of curriculum. In LEWIS, A. **The international encyclopedia of curriculum**. Grã Bretanha: Pergamon Press, 1991. 15-8

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE VIII. **Relatório Final** (on line). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986. Disponível em www.conselho.saude.gov.br/biblioteca. Acesso em dezembro de 2004

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE X. **Relatório Final** (on line). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em www.datasus.gov.br/cns/cns.htm. Acesso em dezembro de 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE XI. **Relatório Final** (on line). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2000. Disponível em www.conselho.saude.gov.br/11conferencia. Acesso em dezembro de 2004.

CORDEIRO, H., Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, nº 21, p. 36-43, 2000.

COREN- SP. **Conselho Regional de Enfermagem**. Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional. São Paulo: COREN, 2001.

COTTA, R. M. M. et al. A crise do sistema único de saúde e a fuga para o mercado. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 94-105, 1998.

CYTRYNOWICZ, R.: A serviço da pátria: a mobilização das enfermeiras no Brasil durante a Segunda Guerra Mundial (on line). **História, Ciências, Saúde Manguinhos**. VII(1): 73-91, mar.-jun. 2000. Disponível em www.scielo.br. Acesso em outubro de 2004.

- DANIEL, L. F. **A enfermagem planejada**. São Paulo: EPU, 1987.
- DE SORDI, M.R.L. Experiências curriculares em construção: o caso da Faculdade de Enfermagem da PUCCAMP. **Série Acadêmica**, nº 1, PUCCAMP, 1995.
- DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1881.
- DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde em Sociedade**, São Paulo, Duas Cidades, 1979.
- ELIAS, P.E. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. **Saúde Soc.**, 2 (1): 59-73, 1993.
- FERLIN, S.C.C. **Auto-avaliação: recurso pedagógico na efetivação de uma proposta acadêmica no ensino de enfermagem**. Campinas, 1995. [Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação, PUC-Campinas].
- FERREIRA, A. B. de Hollanda. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Básico. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- FEUERWERKER, L. C. M. e ALMEIDA, M. J., O programa de saúde da família e o direito a saúde. **Olho mágico**, CCS, UEL, nº 22, p. 22-28, 2000.
- FLEURY, S. **Estados sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado, 3 ed. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1987.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 6 (1) 165-181, 2001.

GARCIA, M. A A. **O ensino da saúde coletiva na PUCAMP: a construção da história e seu repensar**. Campinas, 1997. [Tese- Doutorado- Faculdade de Ciências Médicas- UNICAMP]

GARRAFA, V. Desafios éticos na Política de Recursos humanos frente às necessidades de saúde. Brasília. **Cadernos RH Saúde**. 1(3): 1993. p.9-19

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.

GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GERMAN-PORTUGUESE. **On line Dictionary**. Disponível em. <http://dictionaries.travlang.com/GermanPortuguese>. Acesso em novembro de 2004.

GONÇALVES, R. B. M. **Teologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina- USP].

GONÇALVES, R. B. M. **Teologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1994.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y.S. **Effective evaluation**. São Francisco: Jossey-Bass, 1981.

GUIMARÃES, A. L. Formação do profissional de enfermagem através do projeto larga escala: A experiência do município de Campinas. **II Encontro de Formação de Professores de Ensino Médio em Enfermagem - EERP-USP**, Ribeirão Preto, 1989. (mimeo)

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979.

KIRSCHBAUM, M. Z. R. **As práticas educativas para auxiliares de saúde na Campinas**. 1989. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Educação, UNICAMP].

- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1991.
- L'ABATTE, S. **O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projeto de política de saúde em Campinas**. São Paulo, 1990. [Tese de Doutorado-Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP].
- LAURELL, A. C. A saúde e a doença como processo social. **Revista Interamericana de Salud**. México n.2, 1982. 7-25
- LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90; relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva** 6 (2) 269-291, 2001.
- LUCKESI, C. et al. **Fazer universidade: uma proposta metodológica**. 6 ed. São Paulo, Cortez, 1991.
- LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986. (Tema Básico de Educação e Ensino, 3). p. 17-18.
- LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- LUZ, M. T. **Natural racional social: razão médica e racionalidade científica**. Rio de Janeiro Campus, 1988.
- MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MARSIGLIA, Regina G. - **Relação Ensino-Serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil** - São Paulo: HUCITEC, 1995.
- MARTINS, M. T. C. T. L. **Construção Coletiva da Prática Interdisciplinar no Centro de Saúde Integração: A Experiência da PUCCAMP**. 1996 [Dissertação de mestrado – Faculdade de Educação da PUC-Campinas]

MATUMOTO S.; MISHIMA S.; PINTO I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública** 2001 Vol: 17: 1.: 233-241

MCDONALD, J. Curriculum and human interests. In PINAR, W. **Curriculum Theorizing- the conceptualists**. Califórnia: Mc Cutchan Publ., 1975. 5-12

MELLIN, A. S. **As representações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do Centro de Saúde Integração**. São Paulo, 1998. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

MELLIN, A. S. **Caracterização do Distrito Noroeste de Campinas-SP**. Campinas, 2003. [Relatório Técnico- PUC-Campinas]

MENDES, M.M.R. **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 a 1994 – mudança de paradigma curricular?** Ribeirão Preto, 1996. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde**. Campinas: Papirus, 1988.

MERHY, E.E. Brasil após 64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: Nunes E.D., org, 2 ed. **Planejamento sem normas**. São Paulo HUCITEC, 1994.p 61-112.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em saúde defesa de vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997, p 117-160.

MICHAELIS. Dicionário Escolar- Português Alemão (on line). **Disponível em <http://cfuol.com.br/Michaelis/dicionar>**. Acesso em novembro de 2004.

MINAYO, M. C. b . **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) a. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. (Coleção Temas Sociais). p. 13-14.

MOREIRA, A F B. Currículo: utopia e pós modernidade. In MOREIRA, A F B. (org.) **Currículo: questões atuais**. Campinas-SP: Papirus, 1997. 1. 9-28

MOREIRA, A F B.; MACEDO, E. F. de. Faz sentido ainda o conceito de transferência educacional? In MOREIRA, A F B. (org). **Currículo: políticas e práticas**. 3 ed. Campinas-SP: Papirus, 1999. 1. 11-28

MOREIRA, A F B.; SILVA, T. T. da. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In MOREIRA, A F B.; SILVA, T. T. da (orgs.). **Currículo, Cultura e Sociedade**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2002. Capítulo 1, 7-38

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P., NUNES T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde (on line). **Olho Mágico** - Vol. 8 - Nº 3 set./dez.2001. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>. Acesso outubro 2004.

NORONHA, J.C; SOARES, L.C. **A política de saúde do Brasil nos anos 90**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

NUNES, E. D. A. Medicina Social: Origens e Desenvolvimento, **Revista de Cultura** 74 (3) 173-88, 1980.

NUNES, E. D. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. IN: CAMPOS, G.W. de S; MERHY, E.E., NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

OFFE, C. **Problemas estruturais do estado capitalista**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.

OLIVEIRA, F. V. S. Currículo mínimo de graduação em enfermagem. **Informativo ABEn**. Brasília, 1995. número especial.

PADILHA, M. I. C. de S ; SILVA, A L da; BORENSTEIN, M. S. Os congressos brasileiros- pontes para a liberdade e transformação da enfermagem (on line). **Rev Latino-am Enfermagem**. 2001. maio: 9 (3): 7-13. Disponível em www.scielo.br. Acesso em outubro de 2004.

PAIM, J.N. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: FSP-USP, 1994.

PAIM, J.N. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA Fº, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro, MEDSI: 2003.

PALMA FILHO, J. C. Reformulação dos currículos no ensino fundamental. **Tecnol. Educ.**, Rio de Janeiro, v.21, n.107, 50-54, 1992.

PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C.M. Home care producing subjectivity and possibilities of (re) creation of health work. In: **SIMPOSIO PUTNAM R** 1996. Comunidade e democracia. (A experiência da Itália moderna). FGV, Rio de Janeiro.

PIANCASTELLI, C. H. et al. Saúde de Família e Desenvolvimento de Recursos Humanos. **Divulgação em Saúde Para Debate**. Rio de Janeiro, nº 21, p. 44-48, 2000.

PIERANTONI, C; RIBEIRO, E.C.O. A importância da educação permanente na formação do médico: o docente como inovador-mediador-indutor de condições de auto-aprendizagem. In ARRUDA, B.K.G. (org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (MIP), Ministério da Saúde; 2001. 179-185

PINAR, M F. The reconceptualist approach. In LEWWY, A. **The international encyclopedia of curriculum**. Oxford: Pergamon Press, 1991. 35-7

PUC-CAMPINAS. **Projeto Pedagógico da Faculdade de enfermagem**. Campinas, PUC: 1986.

PUC-CAMPINAS. **Parâmetros e metas institucionais para a reformulação curricular dos cursos de graduação da PUC Campinas**. Campinas: PUC, 1999.

PUC-CAMPINAS. Faculdade de Enfermagem **Projeto Pedagógico**. Campinas: PUC, 2001

PUC-CAMPINAS a. Faculdade de Enfermagem. **Relatório da Comissão de Avaliação do Projeto Pedagógico**. Campinas, 2004. (mimeo)

PUC-CAMPINAS b. Pró-Reitoria de Graduação. **Glossário**. Campinas, 2004. (mimeo)

REDE UNIDA (on line). **Portal da Rede Unida**. Disponível em <http://www.redeunida.org.br/>. Acesso em agosto de 2004.

RIBEIRO, T. C. **Educação permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho**. (on line), 2001. Disponível em http://www.abem-educmed.org.br/caderno_abem. Acesso em novembro de 2004.

RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E.D. (org) **Medicina Social_ Aspectos Históricos e Teóricos**. São Paulo: Global (Textos:3), 1983.

ROSSI, L. A. **Processo de enfermagem**. Ribeirão Preto: EERP-USP, 1998. (mimeo)

SÁ, M. de C. Subjetividade e projetos coletivos: mal estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 6 (1) 151-164, 2001.

SAKAI, M. H et al. Recursos Humanos em Saúde. In ANDRADRE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI Jr., L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL- ABRASCO, 2001. 111-24

SAMPAIO, G. dos R. **Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial**. Campinas: UNICAMP: CECULT- IFCH, 2001.

SANTOS, I. et al. **Preparação de pessoal pelas instituições de saúde**. CADRHU, Módulo III. Brasília, 1987 (mimeo)

SANTOS, M. R. dos et al. Circunstâncias de oficialização do curso de auxiliar de enfermagem: estudando as entrelinhas da lei 775/49. (on line). **Revista Latino-am de Enfermagem** 2002; julho-agosto 10 (4) 561-70. Disponível em www.scielo.br. Acesso em novembro de 2004.

- SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 27 ed. Campinas: Autores Associados, 1993.
- SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, Fev 1995, vol.29, no.1, p.63-74.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 221-262, 1999.
- SENA-CHOMPRÉ, R.R. de; EGRY, E. Y. **A enfermagem no projeto UNI: redefinindo um novo projeto político para a enfermagem brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVA, A L. et al. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem (on line). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.10 n.4 Ribeirão Preto jul./ago.2002. Disponível em www.scielo.br. Acesso em outubro de 2004.
- SILVA, G.B. da. **A enfermagem profissional**, 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- SILVA, I. A. et al. A participação do Brasil no projeto de classificação internacional das práticas de enfermagem. **Série Didática: Enfermagem no SUS**. Brasília: ABEn, 1997. 61-73
- SIMIONI, A.M.C.; ATIQUÊ, N. Recursos humanos e municipalização: notas sobre o panorama legal. São Paulo, **Saúde Soc**, 2(1): 75-91, 1993.
- SINGER, Paul; CAMPOS, O. e OLIVEIRA, E.M. de. **Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense - Universitária, 1981.
- SMEKE, E.L. **Saúde e democracia: experiência de gestão popular: um estudo de caso**. Campinas, 1989. [Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].
- SOUZA, H. M. de. Entrevista com a diretoria do departamento de atenção básica- SPS/MS. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.53, n.especial, p. 7-16, dez. 2000.

STEAGALL-GOMES, D. L. Identificação do Enfermeiro de Saúde Pública na força de trabalho de Enfermagem de Saúde Pública no Departamento Regional de Saúde-6 de Ribeirão Preto, SP (Brasil). **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, 24(3): 224-31, 1990.

TANAKA, O. Y. et al. **Análise do processo de planejamento e gerenciamento relatório final do projeto multicêntrico**. São Paulo: ABRASCO, 1991.

TEIXEIRA, C. F; SÁ, M. C. Planejamento & gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 80-103, 1996.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURKIEWICZ, M. **História da Enfermagem**. Paraná: ETECLA, 1995.

VEIGA, I. P. A. Projeto político-pedagógico da escola: uma construção coletiva. In VEIGA, I. P. A. (org.) **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível**. 15 ed. Campinas-SP: Papirus, 1995. 11-35

VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. dos S. A equipe de enfermagem no mercado de trabalho em saúde do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.57, p.63-70, jan./abr.,2001

VILLALOBOS TAPIA, C. E. **Prática docente interdisciplinar: os desafios (in) visíveis na mudança curricular na enfermagem**. Campinas, 2000. [Tese de Doutorado-Faculdade de Educação-UNICAMP].

ZUCCO, L. P.; CAVALCANTI, L. F. Elementos para análise das políticas de saúde na década de 1990: os assistentes sociais como atores na construção do espaço público. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n.62, p 282-289, set./dez. 2002.

10- ANEXOS

ANEXO 1 – Grade Curricular por série, disciplina, e carga horária. Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, 1980.

CURRÍCULO 1980					
Disciplinas		Carga Horária			
1ª Série	S	T	P	E	TT
Ciências Morfológicas – Anatomia	3	60	60	-	120
Ciências Fisiológicas – Fisiologia	3	60	60	-	120
Ciências Fisiológicas – Bioquímica	3	60	60	-	120
Biologia: Citologia, Genética, Evolução e Embriologia	3	60	30	-	90
Ciências Fisiológicas – Nutrição e Dietética	3	60	-	-	60
Introdução à Enfermagem I	3	60	30	-	90
Metodologia do Trabalho Científico	1	30	-	-	30
Iniciação Filosófica – B	1	30	-	-	30
Antropologia Teológica A	-	30	-	-	30
Ciências Morfológicas – Histologia Básica	2	30	30	-	60
Patologia: Microbiologia e Imunologia	2	75	30	-	105
Patologia – Parasitologia	2	45	30	-	75
Estudo dos Problemas Brasileiros I	1	15	-	-	15
Estudo dos Problemas Brasileiros II	2	15	-	-	15
Educação Física I	3	-	60		60
Total Parcial 1ª Série		630	390	-	1020

CURRÍCULO 1980					
2ª Série	S	T	P	E	TT
Introdução à Enfermagem II	3	120	120	210	450
Ciências Fisiológicas – Farmacologia	3	60	45	-	105
Patologia – Processos Patológicos Gerais	3	60	30	-	90
Ciências do Comportamento – Psicologia Aplicada à Enfermagem	3	90	-	-	90
Didática Aplicada à Enfermagem	3	60	-	-	60
I.S.P. - Estatística Vital	1	30	-	-	30
I.S.P. - Saneamento Ambiental	1	30	-	-	30
I.S.P. – Saúde da Comunidade A	1	30	--	-	30
I.S.P. – Epidemiologia	1	30	-	-	30
Ciências do Comportamento – Sócio Antropologia	1	30	-	-	30
Antropologia Teológica B	2	30	-	-	30
Exercício da Enfermagem Deontologia Médica e Legislação Profissional	1	30	-	-	30
Educação Física II	3	-	60	-	60
Total Parcial 2ª Série		600	255	210	1065

CURRÍCULO 1980					
3ª Série	S	T	P	E	TT
E.M.C. – Clínica Médica	3	90	-	90	180
E.M.C. – Clínica Cirúrgica	3	90	-	90	180
E.M.C. – Centro Cirúrgico	3	60	-	60	120
Enfermagem em Doenças Transmissíveis	3	60	-	60	120
E.M.C. – Pediatria	3	90	-	90	180
E.M.C. - Obstetrícia e Neonatal	3	90	-	90	180
E.M.C. – Ginecologia	3	60	-	60	120
Total Parcial 3ª Série		540	-	540	1080

CURRÍCULO 1980					
Disciplinas		Carga Horária			
4ª Série	S	T	P	E	TT
Administração Aplicada à Enfermagem	1	90	-	180	270
Enfermagem Psiquiátrica	1	90	-	60	150
Antropologia Teológica C	1	30	-	-	30
I.S.P. - Saúde da Comunidade B	1	60	-	120	180
Total Parcial 4ª Série		270	-	360	660
TOTAL CARGA HORÁRIA – CURRÍCULO 1980		3825			

3ª Série - Disciplina Opcionais – (Licenciatura)					
Psicologia da Educação	3	60	-	-	60
Didática Geral	3	90	-	-	90
Total		150	-	-	150

4ª Série – Disciplinas Opcionais – (Licenciatura)					
Estrutura e Funcionamento do Ensino de 1º e 2º Graus	3	90	-	-	90
Prática de ensino e Estágio Supervisionado	3	120	-	-	120
Total		210	-	-	210

S: SEMESTRE (1 – primeiro semestre/ 2 – segundo semestre/ 3 – anual)

T: TEORIA

P: PRÁTICA

E: ESTÁGIO **TT:** TOTAL

ANEXO 2 – Grade Curricular por série, disciplina, e carga horária. Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, 1986.

CURRÍCULO 1986					
Disciplinas		Carga Horária			
1ª Série	S	T	P	E	TT
Ciências Morfológicas – Anatomia	1	60	60	-	120
Ciências Fisiológicas – Bioquímica	1	60	60	-	120
Biologia: Citologia, Genética, Evolução e Embriologia	1	60	30	-	90
Ciências Fisiológicas - Fisiologia	2	60	60	-	120
Ciências Morfológicas – Histologia	2	30	30	-	60
Patologia: Microbiologia e Imunologia	2	75	30	-	105
Patologia – Parasitologia	2	45	30	-	75
Introdução à Enfermagem I – Integração do Estudante de Enfermagem à Profissão	3	60	-	-	60
Ciências do Comportamento – Sócio Antropologia	1	30	-	-	30
Ciências do Comportamento – Psicologia Aplicada à Enfermagem I	2	30	-	-	30
Iniciação Filosófica – B	1	30	-	-	30
Antropologia Teológica A	1	30	-	-	30
I.S.P. – Epidemiologia Aplicada à Enfermagem	2	30	-	-	30
I.S.P. - Saneamento do Meio Aplicado à Enfermagem	2	30	-	-	30
I.S.P. - Estatística Vital em Enfermagem	2	30	-	-	30
I.S.P. – Saúde da Comunidade A	2	30	-	-	30
Estudo dos Problemas Brasileiros	3	30	-	-	30
Educação Física I	3	-	60	-	60
Total Parcial 1ª Série		720	360	-	1080

CURRÍCULO 1986					
2ª Série	S	T	P	E	TT
Ciências Fisiológicas – Farmacologia	1	60	45	-	105
Patologia – Processos Patológicos Gerais	2	60	-	-	60
Metodologia do Trabalho Científico C	1	30	-	-	30
Exercício da Enfermagem Deontologia Médica	1	30	-	-	30
Noções de Semiologia Aplicada à Enfermagem	1	30	15	-	45
Iniciação Filosófica B	2	30	-	-	30
Antropologia Teológica B	2	30	-	-	30
Ciências Fisiológicas – Nutrição e Dietética	3	60	-	-	60
Introdução à Enfermagem II	3	120	60	180	360
Ciências do Comportamento – Psicologia Aplicada à Enfermagem II	3	60	-	-	60
Didática Aplicada à Enfermagem	3	60	-	-	60
Educação Física	3	-	60	-	60
Total Parcial 2ª Série		570	180	180	930

CURRÍCULO 1986					
3ª Série	S	T	P	E	TT
E.M.I. - Pediatria	3	90	-	90	180
E.M.I. - Obstetrícia e Neonatal	3	90	-	90	180
E.M.C. – Centro Cirúrgico	1	45	-	60	105
E.M.C. – Clínica Médica	3	90	-	90	180
E.M.C. – Clínica Cirúrgica	3	90	-	90	180
E.M.I. – Ginecologia	2	45	-	45	90
Enfermagem em Doenças Transmissíveis	3	60	-	60	120
Total Parcial 3ª Série		510	-	525	1035

CURRÍCULO 1986					
4ª Série	S	T	P	E	TT
Pesquisa Aplicada à Enfermagem	1	30	-	-	30
Exercício de Enfermagem – Legislação Profissional	1	15	-	-	15
Antropologia Teológica C	1	30	-	-	30
I.S.P. - Saúde da Comunidade B	1	45	-	90	135
Enfermagem Psiquiátrica	1	75	-	75	150
Planejamento em Saúde Coletiva	2	30	-	90	120
Administração Aplicada à Enfermagem	3	90	-	360	450
A Enfermagem ao Paciente em Estado Crítico	3	45	-	45	90
Total Parcial 4ª Série		360	-	660	1020
TOTAL DE CARGA HORÁRIA – CURRÍCULO DE 1986		4065			

CURRÍCULO 1986					
3ª Série – Disciplinas Pedagógicas - (Licenciatura)	S	T	P	E	TT
Psicologia da Educação	3	60	-	-	60
Didática Geral	3	90	-	-	90
Total		150	-	-	150

CURRÍCULO 1986					
4ª Série – Disciplinas Pedagógicas – (Licenciatura)	S	T	P	E	TT
Estrutura e Funcionamento do Ensino de 1º e 2º Graus	3	90	-	-	90
Prática de Ensino e Estágio Supervisionado	3	120	-	-	120
Total		210	-	-	210

CURRÍCULO 1986					
Disciplina Facultativa	S	T	P	E	TT
Farmácia Hospitalar: Atuação do Enfermeiro	1	30	-	-	30

S: SEMESTRE (1 – primeiro semestre/ 2 – segundo semestre/ 3 – anual)

T: TEORIA

P: PRÁTICA

E: ESTÁGIO **TT:** TOTAL

ANEXO 3 – Alterações do currículo de 1986

- Disciplina Introdução à Enfermagem I modifica seu enfoque visando a integração do estudante de enfermagem à profissão. Redução de carga horária de 90 para 60hs e exclusão da prática.
- Disciplina Ciência do Comportamento – Sócio Antropologia deslocada da 2ª para 1ª série.
- Disciplinas Introdução à Saúde Pública (Epidemiologia, Saneamento, Estatística, Saúde da Comunidade A) deslocada da 2ª para 1ª série.
- Alteração de nomenclatura das disciplinas de Saneamento Ambiental para Saneamento do Meio Aplicado a Enfermagem e Epidemiologia para Epidemiologia Aplicada à Enfermagem, alteração justificou-se para garantir a alocação das disciplinas no Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Mental e desta forma que as mesmas fossem assumidas por um docente enfermeiro.).
- Disciplina de Ciências do Comportamento – Psicologia Aplicada à Enfermagem desmembrada em I e II, mantendo-se a carga horária de 90hs (Psicologia Aplicada à Enfermagem I com 30hs e Psicologia Aplicada à Enfermagem II com 60hs) oferecida na 1ª e 2ª série.
- Desmembramento da disciplina Exercício da Enfermagem – Deontologia Médica e Legislação Profissional para Exercício de Enfermagem – Deontologia Médica e Exercício de Enfermagem – Legislação Profissional, oferecidas respectivamente na 2ª e 4ª séries do curso, com aumento de 15hs/aula.
- Criação da disciplina Noções de Semiologia Aplicada à Enfermagem (carga horária teórica e prática) e oferecida na 2ª série do curso.

- Disciplina de Iniciação Filosófica deslocada da 1ª para a 2ª série.
- Disciplina de Metodologia do Trabalho Científico deslocada da 1ª para a 2ª série.
- Disciplina de Ciências Fisiológicas – Nutrição e Dietética deslocada da 1ª para a 2ª série.
- Redução da carga horária da disciplina Introdução à Enfermagem II de 450hs para 360hs.
- Junção das disciplinas Estudo de Problemas Brasileiros I e II com manutenção da carga horária.
- Exclusão da carga horária prática da disciplina Processos Patológicos Gerais.
- Disciplina de EMI – Ginecologia redução de carga horária de 120hs para 90hs (redução de 15hs teóricas e 15hs práticas).
- Disciplina de EMC – Centro Cirúrgico sofreu redução de 15hs/aula teóricas.
- Disciplina Administração Aplicada à Enfermagem sofreu aumento de 270hs para 450hs, pois duplicou a carga horária prática.
- Criação da disciplina Pesquisa Aplicada à Enfermagem com 30hs/aula teóricas.
- Redução da carga horária da disciplina ISP – Saúde da Comunidade B de 180hs para 135hs.
- Deslocamento da carga horária teórica da disciplina Enfermagem Psiquiátrica para a prática de 15hs aula.
- Criação da disciplina A Enfermagem ao Paciente em Estado Crítico com 45hs teóricas e 45hs práticas.
- Aumento de 240hs aula no currículo pleno.

ANEXO 4 – Grade Curricular por Série, Disciplina, e Carga Horária. Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, 1996.

CURRÍCULO 1996					
Disciplinas		Carga Horária			
1ª Série	S	T	P	E	TT
Biologia/ Citologia Embriologia e Evolução	1	30	30	-	60
Determinantes Históricos da Profissão	1	30	-	-	30
Sociologia Aplicada à Enfermagem	1	30	-	-	30
Saúde Pública I	1	30	-	-	30
Saúde Ambiental Aplicada à Enfermagem	1	30	-	-	30
Metodologia do Trabalho Científico C	1	30	-	-	30
Antropologia Teológica A	1	30	-	-	30
Biologia/ Genética	2	30	-	-	30
Patologia/ Parasitologia	2	30	15	-	45
Ciências Morfológicas/ Histologia	2	30	15	-	45
Noções de Semiologia Aplicadas à Enfermagem	2	30	15	-	45
Ciências Morfológicas/ Anatomia para Enfermagem	3	60	60	-	120
Ciências Fisiológicas/ Bioquímica	3	60	60	-	120
Ciências Fisiológicas/ Fisiologia e Biofísica	3	60	60	-	120
Patologia/ Microbiologia	3	60	30	-	90
Fundamentos da Ciência da Enfermagem	3	60	45	-	105
Psicologia Aplicada à Enfermagem I	2	30	-	-	30
Seminários Integrados	3	-	60	-	60
Educação Física	3	-	60	-	60
Total Parcial 1ª Série		660	450	-	1110

CURRÍCULO 1996					
2ª Série	S	T	P	E	TT
Patologia/ Processos Patológicos Gerais	1	30	-	-	30
Ciências Fisiológicas/ Farmacologia	1	60	45	-	105
Nutrição Aplicada à Saúde	1	30	-	-	30
Epidemiologia Aplicada à Enfermagem	1	30	-	-	30
Saúde do Adulto I	1	30	-	150	180
Saúde do Adulto II	2	150	-	150	300
Administração da Ciência da Enfermagem I	1	60	-	45	105
Pesquisa Aplicada à Enfermagem	2	30	-	-	30
Saúde Coletiva em Enfermagem em Doenças Transmissíveis	2	30	-	30	60
Enfermagem em Centro Cirúrgico	2	45	-	45	90
Saúde do Adulto com Enfoque em Saúde Mental	3	15	-	15	30
Patologia/ Imunologia	1	30	-	-	30
Antropologia Filosófica	1	30	-	-	30
Psicologia Aplicada à Enfermagem II	1	30	-	-	30
Ética – Enfermagem e Legislação	1	45	-	-	45
Antropologia Teológica B	2	30	-	-	30
Fundamentos para Ação Educativa do Enfermeiro	1	45	-	-	45
Total Parcial 2ª Série		720	45	435	1200

CURRÍCULO 1996					
3ª Série	S	T	P	E	TT
Saúde da Mulher I	3	75	-	75	150
Saúde da Mulher II	3	30	-	30	60
Saúde da Criança e do Adolescente I	1	45	-	45	90
Saúde da Criança e do Adolescente II	2	60	-	45	105
Saúde do Adulto com Enfoque em Doenças Transmissíveis	1	30	-	30	60
Saúde Pública II	2	30	-	45	75
Administração da Ciência da Enfermagem II	2	30	-	90	120
Saúde do Adulto com Enfoque em Enfermagem Psiquiátrica	3	60	-	60	120
Bioestatística Aplicada à Enfermagem	2	30	-	-	30
Total Parcial 3ª Série		270	-	420	690

CURRÍCULO 1996					
4ª Série	S	T	P	E	TT
Trabalho de Conclusão de Curso	3	-	60	-	60
Estágio Curricular	2	-	-	180	180
Saúde do Adulto em Situação de Risco *	3	45	-	75	120
Saúde da Mulher III	1	60	-	60	120
Antropologia Teológica C	1	30	-	-	30
Prática Educativa	1	-	-	120	120
Saúde Pública III	1	15	-	45	60
Administração da Ciência da Enfermagem III	1	30	-	90	120
Total Parcial 4ª Série		180	60	570	810
TOTAL CARGA HORÁRIA – CURRÍCULO 1996		3930			

* Estágio desmembrado em Centro de Tratamento Intensivo com 45hs e Pronto Socorro com 30hs

S: SEMESTRE (1 – primeiro semestre/ 2 – segundo semestre/ 3 – anual) **T:** TEORIA **P:** PRÁTICA
E: ESTÁGIO **TT:** TOTAL

ANEXO 5 – Alterações do currículo de 1996

Primeira Série

- Desmembramento da disciplina Biologia: Citologia, Genética, Embriologia e Evolução em Biologia – Citologia, Embriologia e Evolução com 60hs e Biologia – Genética com 30hs oferecidas respectivamente na 1º e 2º semestre da 1ª série.
- Alteração de nomenclatura da disciplina Introdução à Enfermagem I – Integração do Estudante de enfermagem à Profissão para Determinantes Históricos da Profissão com redução de 60hs para 30hs e alteração de enfoque.
- Alteração de nomenclatura da disciplina Ciências do Comportamento – Sócio Antropologia para Sociologia Aplicada à Enfermagem.
- Alteração de nomenclatura da disciplina ISP – Saúde da Comunidade A para Saúde Pública I.
- Alteração de nomenclatura da disciplina Saneamento do Meio Aplicado à Enfermagem para Saúde Ambiental Aplicada à Enfermagem.
- Redução da carga horária da disciplina Patologia – Parasitologia de 75hs para 45hs (redução de 15hs da prática e 15hs da teórica).
- Deslocamento da disciplina Metodologia do Trabalho Científico da 2ª para 1ª série.
- Deslocamento da disciplina Noções de Semiologia Aplicada à Enfermagem de 2ª para 1ª série.
- Redução da carga horária prática da disciplina Ciências Morfológicas: Histológicas de 30hs para 15hs.

- Desmembramento da disciplina Patologia: Microbiologia e Imunologia em Patologia - Microbiologia com carga horária de 90hs e Patologia – Imunologia 30hs alocadas respectivamente na 1ª e 2ª séries.
- Alteração de nomenclatura da disciplina Ciências do Comportamento – Psicologia Aplicada à Enfermagem I para Psicologia aplicada a Enfermagem I.
- Alteração de nomenclatura da disciplina Introdução à Enfermagem II para Fundamentos da Ciência da Enfermagem com alteração de carga horária de 360hs para 105hs e deslocamento da carga horária de 180hs para a disciplina Saúde do Adulto I.
- Criação da disciplina Seminários Integrados com carga horária de 60hs práticas.

Segunda Série

- Redução da carga horária da disciplina Patologia – Processos Patológicos Gerais de 60hs para 30hs teóricas.
- Alteração de nomenclatura da disciplina Ciências Fisiológicas – Nutrição e Dietética para Nutrição Aplicada à Saúde com redução da carga horária de 60hs para 30hs.
- Alteração de nomenclatura da disciplina ISP – Epidemiologia Aplicada a Enfermagem para Epidemiologia Aplicada à Enfermagem e deslocamento da 1ª para a 2ª série.
- Fusão/junção das disciplinas Exercício de Enfermagem – Deontologia Médica e Exercício de Enfermagem – Legislação Profissional com nova nomenclatura Ética – Enfermagem e Legislação e alocação na 2ª série.
- Alteração de nomenclatura da disciplina Iniciação Filosófica para Antropologia Filosófica.

- Alteração de nomenclatura de Introdução Enfermagem I para Saúde do Adulto I com carga horária de 180hs (Inclusão de enfoques de Saúde Pública (45hs de estágio), assistência integrada 15hs teóricas e 75hs de estágio e laboratório avançado (45hs)).
 - Junção das disciplinas EMC – Clínica Médica e EMC – Clínica Cirúrgica com alteração de nomenclatura para Saúde do Adulto II com redução de 360hs para 300hs.
- (obs: 30hs deslocadas para a disciplina Saúde do Adulto em Situações de Risco e deslocamento da 3ª para a 2ª série.
- Criação da disciplina Administração de Ciência da Enfermagem I com deslocamento de carga horária da disciplina Administração Aplicada a Enfermagem.
 - Alteração de nomenclatura EMC – Centro Cirúrgico para Enfermagem em Centro Cirúrgico com redução de 15hs de 105hs para 90hs.
 - Alteração de nomenclatura da disciplina Didática Aplicada a Enfermagem para Fundamentos para a Ação Educativa do Enfermeiro e redução de 60hs para 45hs.
 - Criação da disciplina Saúde Coletiva – Enfermagem em Doenças Transmissíveis com deslocamento de carga horária da disciplina Enfermagem em Doenças Transmissíveis.
 - Criação da disciplina Saúde do Adulto – enfoque em Saúde Mental com deslocamento de 30hs da disciplina Enfermagem Psiquiátrica.
 - Alteração de nomenclatura da disciplina Ciências do Comportamento – Psicologia Aplicada a Enfermagem II para Psicologia Aplicada a Enfermagem II e redução de carga horária de 60hs para 30hs.

- Alteração de nomenclatura de disciplina Iniciação Filosófica para Antropologia Filosófica.

Terceira Série

- Desmembramento da disciplina EMI – Obstetrícia e neonatal em Saúde da Mulher I (carga horária de 75hs teóricas e 75hs de estágio) e Saúde da Mulher II (carga horária de 30hs teóricas e 30hs de estágios) com aumento de carga horária, resultante do deslocamento de 30hs de disciplina enfermagem em Saúde Pública.
- Desmembramento da disciplina EMI – Pediatria nas disciplinas Saúde da Criança e do Adolescente I (carga horária de 45hs teóricas e 45hs de estágio) e Saúde da Criança e Adolescente II (carga horária de 60hs teóricas e 45hs de estágio) com aumento de 15hs resultante do descolamento da disciplina Enfermagem Saúde Pública.
- Alteração de nomenclatura da disciplina Enfermagem em Doença Transmissíveis para Saúde do Adulto com enfoque em Doenças Transmissíveis com redução de 60hs para criação da disciplina Saúde Coletiva com enfoque em Doenças Transmissíveis.
- Alteração de nomenclatura da disciplina ISP – Saúde da Comunidade B para Saúde Pública II
- Desmembramento da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem nas disciplinas Administração da Ciência da Enfermagem I (carga horária de 60hs teóricas e 45hs de estágio) e Administração da Ciência de Enfermagem II (carga horária 30hs teóricas e 90hs de estágio).
- Desmembramento da disciplina Enfermagem Psiquiátrica nas disciplinas Saúde do Adulto – enfoque em Enfermagem Psiquiátrica (carga horária de 60hs teóricas e 60hs práticas) e Saúde do Adulto com enfoque em Saúde Mental (carga horária de 15hs teóricas e 15hs práticas) com manutenção da carga horária.

- Alteração de nomenclatura da disciplina ISP – Estatística Vital para Bioestatística Aplicada à Enfermagem.

Quarta Série

- Criação da disciplina Práticas Educativas com carga horária de 120hs.
- Alteração de nomenclatura da disciplina A Enfermagem ao Paciente Adulto em Estado Crítico para Saúde do Adulto em Situações de Risco com divisão de enfoques em CTI e Pronto Socorro e alteração de carga horária de 90hs para 120hs.
- Alteração de nomenclatura da disciplina EMI – Ginecologia para Saúde da Mulher III com aumento de carga horária de 90hs para 120hs pelo deslocamento de carga horária da Saúde Pública.
- Desmembramento da disciplina Administração Aplicada a Enfermagem com alteração de nomenclatura para Administração da Ciência da Enfermagem I, II, III.
- Alteração de nomenclatura da disciplina Planejamento em Saúde Coletiva para Saúde Pública III redução de carga horária de 120hs para 60hs.
- Consolidação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, com alocação de carga horária práticas.
- Criação da disciplina Estágio Curricular – Administração em Serviços de Saúde com enfoque na área hospitalar e Saúde Pública.

ANEXO 6 – Grade Curricular por Série, Disciplina, e Carga Horária. Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, 2001 (Integral).

CURRÍCULO 2001				
Disciplinas	Carga Horária			
1º Período	S	T	P	TT
Ciências Morfológicas	1	68	17	85
➤ Anatomia		51	17	68
➤ Histologia		17	-	17
Ciências Fisiológicas	1	68	17	85
➤ Fisiologia e Biofísica		51	17	68
➤ Bioquímica		17	-	17
Enfermagem em Saúde Coletiva	1	34	34	68
➤ Fundamentos em Saúde Coletiva		34	-	34
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde Coletiva		-	34	34
Biologia	1	17	-	17
Determinantes Históricos e Sociais da Profissão do Enfermeiro	1	34	34	68
➤ Determinantes Históricos e Sociais da Profissão				
➤ Seminários Integrados		34	-	34
		-	34	34
Pesquisa em Enfermagem e Bioestatística	1	68	-	68
➤ Pesquisa em Enfermagem		34	-	34
➤ Bioestatística Aplicada à Enfermagem		34	-	34
Antropologia Filosófica	1	34	-	34
Prática de Formação A	1	-	17	17
Total Parcial 1º Período		323	119	442

CURRÍCULO 2001				
2º Período	S	T	P	TT
Patologia A	2	68	17	85
➤ Microbiologia		51	17	68
➤ Imunologia		17	-	17
Patologia B	2	34	-	34
➤ Parasitologia		17	-	17
➤ Processos Patológicos Gerais		17	-	17
Sociologia	2	34	-	34
Farmacologia	2	68	17	85
Psicologia	2	34	-	34
Bases Conceituais, Éticas e Legislativas da Enfermagem	2	85	-	85
➤ Administração da Ciência de Enfermagem		34	-	34
➤ Ética e Legislação em Enfermagem		51	-	51
Semiologia e Semiotécnica Aplicadas à Enfermagem A	2	68	85	153
➤ Semiologia e Semiotécnica A		68	68	136
➤ Atividades Profissionalizantes em Semiologia e Semiotécnica A		-	17	17
Prática de Formação B	2	-	17	17
Total Parcial 2º Período		391	136	527

CURRÍCULO 2001				
3º Período	S	T	P	TT
Semiologia e Semiotécnica Aplicadas à Enfermagem B	3	34	68	102
Procedimentos Básicos de Enfermagem em Saúde Coletiva	3	-	34	34
Enfermagem em Centro de Material e Esterilização	3	17	17	34
Enfermagem em Saúde Mental A	3	51	85	136
➤ Cuidado da Saúde Mental A		51	51	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde Mental A		-	34	34
Gerenciamento da Assistência de Enfermagem	3	34	102	136
➤ Assistência de Enfermagem: Gerenciamento		-	34	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Gerenciamento da Assistência de Enfermagem		34	-	34
Psicologia Aplicada à Enfermagem	3	34	-	34
Antropologia Teológica A	3	34	-	34
Prática de Formação C	3	-	17	17
Total Parcial 3º Período		204	323	527

CURRÍCULO 2001				
4º Período	S	T	P	TT
Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações Clínicas	4	34	102	136
➤ Cuidado da Saúde do Adulto: Situações Clínicas		34	68	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde do Adulto: Situações Clínicas		-	34	34
Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações Cirúrgicas	4	34	102	136
➤ Cuidado da Saúde do Adulto: Situações Cirúrgicas		34	68	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde do Adulto: Situações Cirúrgicas		-	34	34
Enfermagem em Centro Cirúrgico	4	34	34	68
Epidemiologia Aplicada à Enfermagem	4	34	-	34
Saúde Ambiental Aplicada à Enfermagem	4	34	-	34
Antropologia Teológica B	4	34	-	34
Prática de Formação D	4	-	17	17
Total Parcial 4º Período		204	255	459

CURRÍCULO 2001				
5º Período	S	T	P	TT
Enfermagem e Saúde da Mulher A	5	34	34	68
Enfermagem e Saúde do Binômio Mãe-Filho	5	34	-	34
Enfermagem e Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal A	5	34	68	102
➤ Cuidado da Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal A		34	51	85
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal A		-	17	17
Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente A	5	68	68	136
➤ Cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente A		68	51	119
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde da Criança e do Adolescente A		-	17	17
Enfermagem em Doenças Transmissíveis	5	34	34	68
Prática de Formação E	5	-	17	17
Total Parcial 5º Período		204	221	425

CURRÍCULO 2001				
6º Período	S	T	P	TT
Nutrição Aplicada à Saúde	6	17	-	17
Enfermagem e Saúde da Mulher B	6	17	17	34
Enfermagem e Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal B	6	34	85	119
➤ Cuidado da Saúde da Mulher no Ciclo Grávido Puerperal B		34	68	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde da Mulher: Ciclo Grávido Puerperal B		-	17	17
Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente B	6	34	85	119
➤ Cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente B		34	68	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde da Criança e do Adolescente B		-	17	17
Enfermagem em Saúde Mental B	6	51	51	102
Bases Teóricas para a Ação Educativa do Enfermeiro	6	34	34	68
➤ Ação Educativa do Enfermeiro		34	-	34
➤ Atividades Profissionalizantes em Ação Educativa do Enfermeiro		-	34	34
Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem I	6	-	68	68
➤ Trabalho de Conclusão do Curso I		-	34	34
➤ Atividades Autônomas de TCC I		-	34	34
Prática de Formação F	6	-	17	17
Total Parcial 6º Período		187	357	544

CURRÍCULO 2001				
7º Período	S	T	P	TT
Enfermagem em Saúde Coletiva : Mulher e Adulto	7	34	119	153
➤ Cuidado da Saúde Coletiva : Mulher e Adulto		34	102	136
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde Coletiva: Mulher e Adulto		-	17	17
Enfermagem em Saúde Coletiva: Criança e Adolescente	7	34	51	85
➤ Cuidado da Saúde Coletiva: Criança e Adolescente		34	34	68
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde Coletiva: Criança e Adolescente		-	17	17
Gerenciamento em Enfermagem	7	85	136	221
➤ Enfermagem: Gerenciamento		85	102	187
➤ Atividades Profissionalizantes em Gerenciamento em Enfermagem		-	34	34
Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações de Risco	7	17	34	51
Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem II	7	-	68	68
➤ Trabalho de Conclusão do Curso II		-	34	34
➤ Atividades Autônomas de TCC II		-	34	34
Antropologia Teológica C	7	34	-	34
Prática de Formação G	7	-	17	17
Prática de Formação H	7	-	17	17
Total Parcial 7º Período		204	442	646

CURRÍCULO 2001				
8º Período	S	T	P	TT
Estágio Supervisionado em Enfermagem A	8	-	255	255
Estágio Supervisionado em Enfermagem B	8	-	255	255
Total Parcial 8º Período			510	510
TOTAL CARGA HORÁRIA – CURRÍCULO 2001	4080			

S: SEMESTRE (1 – primeiro semestre/ 2 – segundo semestre/ 3 – anual) T: TEORIA P: PRÁTICA

E: ESTÁGIO TT: TOTAL

ANEXO 7 – Grade Curricular por Série, Disciplina, e Carga Horária. Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, 2001 (Noturno).

CURRÍCULO 2001 - NOTURNO				
Disciplinas	Carga Horária			
1º Período	S	T	P	TT
Ciências Morfológicas	1	68	17	85
➤ Anatomia		51	17	68
➤ Histologia		17	-	17
Ciências Fisiológicas	1	68	17	85
➤ Fisiologia e Biofísica		51	17	68
➤ Bioquímica		17	-	17
Enfermagem em Saúde Coletiva	1	34	34	68
➤ Fundamentos em Saúde Coletiva		34	-	34
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde Coletiva		-	34	34
Determinantes Históricos e Sociais da Profissão do Enfermeiro	1	34	34	68
➤ Determinantes Históricos e Sociais da Profissão		34	-	34
➤ Seminários Integrados		-	34	34
Pesquisa em Enfermagem e Bioestatística	1	68	-	68
➤ Pesquisa em Enfermagem		34	-	34
➤ Bioestatística Aplicada à Enfermagem		34	-	34
Prática de Formação A	1	-	17	17
Total Parcial 1º Período		272	119	391

CURRÍCULO 2001 - NOTURNO				
2º Período	S	T	P	TT
Patologia A	2	68	17	85
➤ Microbiologia		51	17	68
➤ Imunologia		17	-	17
Patologia B	2	34	-	34
➤ Parasitologia		17	-	17
➤ Processos Patológicos Gerais		17	-	17
Sociologia	2	34	-	34
Farmacologia	2	68	17	85
Psicologia	2	34	-	34
Antropologia Filosófica	2	34	-	34
Antropologia Teológica A	2	34	-	34
Prática de Formação B	2	-	17	17
Total Parcial 2º Período		306	51	357

CURRÍCULO 2001 - NOTURNO				
3º Período	S	T	P	TT
Semiologia e Semiotécnica Aplicadas à Enfermagem A	3	68	85	153
➤ Semiologia e Semiotécnica A		68	68	136
➤ Atividades Profissionalizantes em Semiologia e Semiotécnica A		-	17	17
Biologia	3	17	-	17
Bases Conceituais, Éticas e Legislativas da Enfermagem	3	85	-	85
➤ Administração da Ciência de Enfermagem		34	-	34
➤ Ética e Legislação em Enfermagem		51	-	51
Psicologia Aplicada à Enfermagem	3	34	-	34
Saúde Ambiental Aplicada à Enfermagem	3	34	-	34
Antropologia Teológica B	3	34	-	34
Prática de Formação C	3	-	17	17
Total Parcial 3º Período		272	102	374

CURRÍCULO 2001 - NOTURNO				
4º Período	S	T	P	TT
Semiologia e Semiotécnica Aplicadas à Enfermagem B	4	34	68	102
Procedimentos Básicos de Enfermagem em Saúde Coletiva	4	-	34	34
Enfermagem em Doenças Transmissíveis	4	34	34	68
Epidemiologia Aplicada à Enfermagem	4	34	-	34
Bases Teóricas para a Ação Educativa do Enfermeiro	4	34	34	68
➤ Ação Educativa do Enfermeiro		34	-	34
➤ Atividades Profissionalizantes em Ação Educativa do Enfermeiro		-	34	34
Nutrição Aplicada à Saúde	4	17	-	17
Antropologia Teológica C	4	34	-	34
Prática de Formação D	4	-	17	17
Total Parcial 4º Período		187	187	374

CURRÍCULO 2001 - NOTURNO				
5º Período	S	T	P	TT
Enfermagem e Saúde da Mulher A	5	34	34	68
Gerenciamento da Assistência de Enfermagem	5	34	102	136
➤ Assistência de Enfermagem: Gerenciamento		34	68	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Gerenciamento da Assistência de Enfermagem		-	34	34
Enfermagem em Saúde Mental A	5	51	85	136
➤ Cuidado da Saúde Mental A		51	51	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde Mental A		-	34	34
Enfermagem em Centro de Material e Esterilização	5	17	17	34
Prática de Formação E	5	-	17	17
Total Parcial 5º Período		136	255	391

CURRÍCULO 2001 - NOTURNO				
6º Período	S	T	P	TT
Enfermagem e Saúde da Mulher B	6	17	17	34
Enfermagem e Saúde do Binômio Mãe-Filho	6	34	-	34
Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações Clínicas	6	34	102	136
➤ Cuidado da Saúde do Adulto: Situações Clínicas		34	68	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde do Adulto: Situações Clínicas		-	34	34
Enfermagem em Centro Cirúrgico	6	34	34	68
Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações Cirúrgicas	6	34	102	136
➤ Cuidado da Saúde do Adulto: Situações Cirúrgicas		34	68	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde do Adulto: Situações Cirúrgicas		-	34	34
Prática de Formação F	6	-	17	17
Total Parcial 6º Período		153	272	425

CURRÍCULO 2001 - NOTURNO				
7º Período	S	T	P	TT
Enfermagem em Saúde Coletiva: Mulher e Adulto	7	34	119	153
➤ Cuidado da Saúde Coletiva: Mulher e Adulto		34	102	136
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde Coletiva: Mulher e Adulto		-	17	17
Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente A	7	68	68	136
➤ Cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente A		68	51	119
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde da Criança e do Adolescente A		-	17	17
Enfermagem e Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal A	7	34	68	102
➤ Cuidado da Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal A		34	51	85
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal A		-	17	17
Prática de Formação G	7	-	17	17
Total Parcial 7º Período		136	272	408

CURRÍCULO 2001 - NOTURNO				
8º Período	S	T	P	TT
Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem I	8	-	68	68
➤ Trabalho de Conclusão do Curso I		-	34	34
➤ Atividades Autônomas de TCC I		-	34	34
Enfermagem e Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal B	8	34	85	119
➤ Cuidado da Saúde da Mulher no Ciclo Grávido Puerperal B		34	68	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde da Mulher: Ciclo Grávido Puerperal B		-	17	17
Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente B	8	34	85	119
➤ Cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente B		34	68	102
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde da Criança e do Adolescente B		-	17	17
Enfermagem em Saúde Mental B	8	51	51	102
Prática de Formação H	8	-	17	17
Total Parcial 8º Período		119	306	425

CURRÍCULO 2001 - NOTURNO				
9º Período	S	T	P	TT
Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem II	9	-	68	68
Trabalho de Conclusão do Curso II			34	34
Atividades Autônomas de TCC II			34	34
Enfermagem em Saúde Coletiva: Criança e Adolescente	9	34	51	85
➤ Cuidado da Saúde Coletiva: Criança e Adolescente		34	34	68
➤ Atividades Profissionalizantes em Saúde Coletiva: Criança e Adolescente		-	17	17
Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações de Risco	9	17	34	51
Gerenciamento em Enfermagem	9	85	136	221
➤ Enfermagem: Gerenciamento		85	102	187
➤ Atividades Profissionalizantes em Gerenciamento em Enfermagem		-	34	34
Total Parcial 9º Período		136	289	425

CURRÍCULO 2001 - NOTURNO				
10º Período	S	T	P	TT
Estágio Supervisionado em Enfermagem A	10	-	255	255
Estágio Supervisionado em Enfermagem B	10	-	255	255
Total Parcial 10ª Série			510	510
TOTAL CARGA HORÁRIA – CURRÍCULO 2001	4080			

S: SEMESTRE (1 – primeiro semestre/ 2 – segundo semestre/ 3 – anual) T: TEORIA P: PRÁTICA

E: ESTÁGIO TT: TOTAL

ANEXO 8 – Ementário das disciplinas que compõem o currículo do curso de graduação em enfermagem, Faculdade de Enfermagem, 2001

CONTEÚDOS ESSENCIAIS BÁSICOS – ÁREA HUMANA

Psicologia – conceitos básicos da Psicologia. Estrutura e funcionamento psíquico do indivíduo. Fases do desenvolvimento da personalidade. Principais modelos da Psicologia Moderna.

Psicologia Aplicada à Enfermagem – aspectos psicológicos do relacionamento enfermeiro-paciente em situações clínicas, cirúrgicas e terminais. Compreensão do mecanismo de estresse e recursos de enfrentamento.

Sociologia – sociedade capitalista e as interpretações da Modernidade. Trabalho, tecnologia e transformações sociais. Desigualdades sociais e as formas de estratificação. Saúde no Brasil e exclusão social. O corpo enquanto construção social.

Antropologia Filosófica – reflexão dos elementos conceituais para uma compreensão da realidade humana e suas diversas manifestações. Trabalha a relação entre estrutura cultural e ser humano. Estuda o homem, como ser histórico-social.

Saúde Ambiental Aplicada à Saúde – relaciona aspectos da saúde ambiental e do saneamento do meio com os agravos à saúde individual e coletiva. Noções básicas de ecologia. Medidas de combate e controle das poluições das águas, atmosférica, sonora, dos artrópodes e roedores. Conhecimento dos aspectos que envolvem o saneamento básico e saneamento das habitações, locais de trabalho, estudo e recreação. Higiene dos alimentos.

Pesquisa em Enfermagem e Bioestatística – noções básicas das Teorias do Conhecimento. Conhecimento científico e conhecimento do senso comum. Importância da problematização em pesquisa, linhas de pesquisa e as diversas naturezas da pesquisa. Instrumentos metodológicos necessários à elaboração de trabalhos científicos. Estudo dos conceitos utilizados em Bioestatística e sua aplicação na saúde. Indicadores bioestatísticos, o método científico e o método estatístico.

Epidemiologia Aplicada à Enfermagem – subsídios teóricos relativos ao conceito de epidemiologia em seus aspectos descritivos e analíticos. Compreensão dos indicadores de saúde. Conhecimento dos padrões de distribuição das doenças. Estudo da epidemiologia das doenças transmissíveis e não transmissíveis. Vigilância epidemiológica e método epidemiológico como instrumento de investigação do processo saúde-doença no indivíduo e na coletividade humana.

Bases Teóricas para a Ação Educativa do Enfermeiro – compreensão dos fundamentos filosóficos, científicos e técnicos do processo educativo. Estudo das principais correntes educacionais que influenciam o processo ensino-aprendizagem. Estudo dos princípios norteadores da prática educativa em saúde. Abordagem dos principais métodos e técnicas de ensino, bem como das formas de organização da prática educativa.

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem I – pesquisa científica aplicada à enfermagem. Procedimentos teórico-metodológicos para desenvolvimento da pesquisa. Elaboração de Ante-Projeto de Pesquisa.

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem II – elaboração do trabalho monográfico por meio da coleta de dados, análise e apresentação dos resultados. Em forma de trabalho escrito e socialização em exposição de “posters”.

Antropologia Teológica A – estuda a cultura humana, destacando aí o fenômeno religioso, numa perspectiva antropológica, que atribui significado ao cosmos a relações sociais, constituindo-se como uma das formas de interpretação do real.

Antropologia Teológica B – analisa as rupturas culturais e religiosas deflagradas pelo rápido processo de industrialização/urbanização ocorridos no Brasil depois da 2ª Guerra Mundial. Mostra os dilemas vivenciados pelo Cristianismo no intuito de responder aos desafios de um mundo em constante transformação.

Antropologia Teológica C – reflete os problemas e desafios atuais, na perspectiva área de produção do saber, colocando-se em confronto com a Antropologia Teológica, em sua abordagem ético-humanista.

CONTEÚDOS ESSENCIAIS BÁSICOS – ÁREA ENFERMAGEM

Determinantes Históricos e Sociais da Profissão do Enfermeiro – compreensão da enfermagem e sua evolução histórica desde a Idade Média até o surgimento da Enfermagem Científica na Modernidade. Localização social da enfermagem no contexto das profissões em geral e especial no contexto da saúde. Problemática de questões ligadas à profissão, a sociedade, a universidade e ao ser universitário. Desenvolvimento da capacidade reflexiva e analítica, bem como atitude crítica diante da construção do conhecimento e da profissão. Desenvolvimento de atitude ética nas relações. Discussão do conceito de cidadania e do papel social do enfermeiro.

Semiologia e Semiotécnica Aplicadas à Enfermagem A – conhecimentos essenciais referentes às bases propedêuticas do exame físico geral de enfermagem. Desenvolvimento de procedimentos básicos para o exercício da profissão e subsídios para a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem.

Semiologia e Semiotécnica Aplicadas à Enfermagem B – desenvolvimento sistematizado da assistência de enfermagem ao indivíduo hospitalizado enfocando a aplicabilidade dos procedimentos básicos da área de enfermagem.

Procedimentos Básicos de Enfermagem em Saúde Coletiva – identificação do papel da Unidade Básica de Saúde como porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde. Conhecimento do modelo técnico-assistencial. Compreensão do sistema de referência e contra-referência. Desenvolvimento da semiologia e da semiotécnica e dos procedimentos básicos de enfermagem utilizados neste nível de atenção à saúde.

Enfermagem em Centro de Material e Esterilização – aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias para o preparo de artigos críticos, semicríticos e não críticos, através dos processos de limpeza, descontaminação, desinfecção e esterilização.

Bases Conceituais, Éticas e Legislativas da Enfermagem – estudo das Correntes Teóricas da Enfermagem e Bases Conceituais do Cuidar, como embasamento para a sistematização da assistência de enfermagem. Conhecimento de questões éticas e legais do exercício do enfermeiro e da enfermagem. Temas de bioética. Entidades representativas da enfermagem. Análise crítica sobre a prática da enfermagem.

Gerenciamento da Assistência de Enfermagem - gerenciamento da assistência de enfermagem baseado nas análises das teorias administrativas e metodologia do planejamento, enfocando o sistema hospitalar, os processos de trabalho em enfermagem e as relações com serviços de apoio técnico-administrativo.

Enfermagem em Saúde Coletiva – análise da saúde pública enquanto política social e campo de atuação do enfermeiro. Estudo da determinação social do processo saúde–doença. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Organização do Sistema Nacional de Saúde. Sistema de saúde em outros países. Política Nacional de Medicamentos.

CONTEÚDOS ESSENCIAIS ESPECÍFICOS

Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações Clínicas – desenvolvimento e aplicação da assistência sistematizada de enfermagem ao indivíduo portador de afecções clínicas abordando a promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações Cirúrgicas - desenvolvimento e aplicação da assistência sistematizada de enfermagem ao indivíduo portador de afecções cirúrgicas abordando a promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Enfermagem em Centro Cirúrgico - desenvolvimento e aplicação da assistência sistematizada de enfermagem ao indivíduo no período peri-operatório. Princípios de assepsia para paramentação cirúrgica, instrumentação cirúrgica e montagem de sala cirúrgica.

Enfermagem em Doenças Transmissíveis - desenvolvimento e aplicação da assistência sistematizada de enfermagem a indivíduos portadores de doenças transmissíveis em situação de internação hospitalar.

Enfermagem e Saúde do Adulto: Situações de Risco – conhecimento sobre o atendimento a urgências em situações pré-hospitalares. Aborda o suporte básico de vida e transporte de vítimas de traumatismo e mal súbito. Desenvolvimento e aplicação da assistência sistematizada de enfermagem a indivíduos com intercorrências emergenciais clínicas e/ou cirúrgicas.

Enfermagem e Saúde da Mulher A – compreensão do papel da mulher na sociedade. Estudo do corpo feminino. Controle de câncer cérvico-uterino e de mama.

Enfermagem e Saúde da Mulher B - desenvolvimento e aplicação da assistência sistematizada de enfermagem a mulher fora do ciclo reprodutivo. Sexualidade humana. Estudo de distúrbios menstruais e doenças sexualmente transmissíveis. Esterilidade e planejamento familiar. Doenças ginecológicas.

Enfermagem e Saúde do Binômio Mãe-Filho – semiologia e semiotécnica de enfermagem aplicada ao recém-nascido. Avaliação do recém-nascido pela enfermagem. Alojamento conjunto. Aleitamento materno. Interações pais e filhos. Assistência de enfermagem ao recém-nascido: na sala de parto, na Unidade Neonatal e na Unidade de Alojamento Conjunto. A alta do recém-nascido. Consulta de enfermagem ao recém-nascido.

Enfermagem e Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal A - semiologia e semiotécnica de enfermagem aplicada à mulher no ciclo grávido-puerperal. Avaliação da gestante e da parturiente pela enfermagem. Assistência de enfermagem a gestante durante o pré-natal através da consulta e do programa educativo. Assistência de enfermagem a parturiente durante o trabalho de parto e parto, no Centro Obstétrico. Desenvolvimento e aplicação da assistência sistematizada de enfermagem ao recém-nascido, nos seguintes setores: sala de parto, na Unidade Neonatal e na Unidade de Alojamento Conjunto.

Enfermagem e Saúde da Mulher: Ciclo Grávido-Puerperal B – humanização e naturalização do parto. Avaliação da puérpera pela enfermagem. Assistência de enfermagem a puérpera durante o período puerperal na Unidade de Alojamento Conjunto. Desenvolvimento e aplicação da assistência sistematizada de enfermagem a mulher durante o ciclo grávido-puerperal. Complicações durante a gestação, o trabalho de parto e parto e puerpério.

Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente A – estudo do crescimento e desenvolvimento infantil. Primeiro ano de vida, idade pré-escolar, idade escolar e adolescência. Consulta de enfermagem a criança. Principais doenças prevalentes na infância. Acidentes da infância.

Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente B - desenvolvimento e aplicação da assistência sistematizada de enfermagem à criança e ao adolescente, incluindo aqueles portadores de necessidades especiais. Estudo de afecções clínicas e/ou cirúrgicas.

Enfermagem em Saúde Mental A – estudo das relações interpessoais que favorecem o desenvolvimento da capacidade de enfrentamento do indivíduo adoecido e/ou submetido à situação de stress. Aborda o homem dentro de uma perspectiva holística. Desenvolve conhecimentos sobre comunicação, com ênfase na comunicação não verbal.

Enfermagem em Saúde Mental B – estudo dos aspectos históricos da enfermagem psiquiátrica. Principais doenças mentais. Assistência de enfermagem sistematizada a pessoa adoecida mentalmente em serviços de intra e extra-hospitalares. Comunicação terapêutica e relacionamento interpessoal.

Enfermagem em Saúde Coletiva: Mulher e Adulto – análise dos indicadores de saúde da mulher e do adulto. Estudo dos programas de assistência à saúde da mulher, do adulto, do trabalhador e do idoso, segundo diretrizes destinadas a esses grupos populacionais. Estudo da vigilância à saúde destacando as ações frente às doenças e agravos de notificação compulsória.

Enfermagem em Saúde Coletiva: Criança e Adolescente - análise dos indicadores de saúde da criança e do adolescente em nível nacional, regional e municipal. Estudo dos programas de assistência à saúde da criança e do adolescente, segundo diretrizes destinadas a esse grupo populacional. Estudo das doenças imunopreveníveis na infância.

Gerenciamento em Enfermagem - estudo de meios e processos que habilitem o gerenciamento administrativo e da assistência em Unidades de Internação Hospitalar. Processos de gestão de pessoal, de recursos materiais e equipamentos.

Estágio Supervisionado A – processo de trabalho dos serviços de saúde, respondendo pelo gerenciamento da assistência de enfermagem, gerenciamento administrativo e gestão de pessoal, cumprindo as etapas de diagnóstico, definição de prioridades, elaboração de planos de intervenção, estudo de viabilidade, implementação, execução, acompanhamento e avaliação.

Estágio Supervisionado B - processo de trabalho dos serviços de saúde, respondendo pelo gerenciamento da assistência de enfermagem, gerenciamento administrativo e gestão de pessoal, cumprindo as etapas de diagnóstico, definição de prioridades, elaboração de planos de intervenção, estudo de viabilidade, implementação, execução, acompanhamento e avaliação.