

VÂNIA MARLI SCHUBERT BACKES



**ESTILO DE PENSAMENTO E PRÁTICA NA ENFERMAGEM:
A CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO PRÉ-PROFISSIONAL**

FLORIANÓPOLIS - SC

1999

VÂNIA MARLI SCHUBERT BACKES

**ESTILO DE PENSAMENTO E PRÁXIS NA ENFERMAGEM:
A CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO PRÉ-PROFISSIONAL**

FLORIANÓPOLIS - SC

1999

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ESTILO DE PENSAMENTO E PRÁXIS NA ENFERMAGEM:
A CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO PRÉ-PROFISSIONAL**

VÂNIA MARLI SCHUBERT BACKES

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem na Área de Filosofia de Enfermagem.

ORIENTADORA: Dr^a. Edel Ern

CO-ORIENTADORA: Dr^a. Maria Tereza Leopardi

FLORIANÓPOLIS - SC

1999

S384e Schubert Backes, Vânia Marli
Estilo de pensamento e práxis na enfermagem:
a contribuição do estágio pré-profissional /
Vânia Marli Schubert Backes. - Florianópolis,
1999.
xxvii, 283 p.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de
Santa Catarina, 1999.

1. Enfermagem. 2. Estágio Pré-Profissional.
3. Filosofia da Enfermagem. 4. Estilo de
Pensamento. 5. Práxis. I. Título.

CDU 616-083

Ficha catalográfica elaborada por
Luzia de Lima Sant'Anna, CRB – 10/728
Biblioteca Central da UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM - ÁREA FILOSOFIA DE
ENFERMAGEM

ESTILO DE PENSAMENTO E PRÁXIS NA ENFERMAGEM:
A CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO PRÉ-PROFISSIONAL

VÂNIA MARLI SCHUBERT BACKES

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua forma final em 22 de fevereiro de 1999, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Curso de Doutorado em Enfermagem – Área Filosofia de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

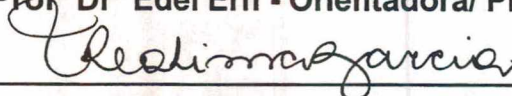


Prof^a Enf^a Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann - Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:



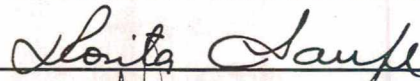
Prof^a Dr^a Edel Ern - Orientadora/ Presidente



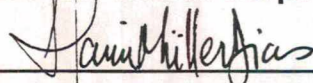
Prof^a Enf^a Dr^a Vera Regina Real Lima Garcia - Membro



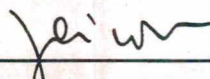
Prof^o Dr. José Pedro Boufleuer - Membro



Prof^a Enf^a Dr^a Rosita Saupe - Membro



Prof^a Enf^a Dr^a Lygia Paim Müller Dias - Membro



Prof^o Dr. Demétrio Delizoicov - Membro

*A Mariana, minha filha,
Que faz vibrar o lado esquerdo
do meu peito com muito mais
sentido e cor.*

*Aos profissionais de enfermagem
comprometidos com a construção de
uma práxis profissional e uma
práxis pedagógica transformadora.*

ESTILO DE PENSAMENTO E PRÁXIS NA ENFERMAGEM: A CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO PRÉ-PROFISSIONAL

RESUMO

Autor: Vânia Marli Schubert Backes

Orientador: Prof^ª Dr^a Edel Ern

Co-Orientador: Prof^ª Enf^a Dr^a Maria Tereza Leopardi

Este estudo teve como objetivo conhecer quais estilos de pensamento (Fleck, 1986) e níveis de práxis (Vázquez, 1990) nortearam o estágio em enfermagem nas experiências de formação ao longo da história: no modelo Nightingale (1850), no período do desenvolvimento dos princípios científicos (1950), no surgimento e desenvolvimento das teorias de enfermagem (1970), chegando ao momento da implantação do estágio pré-profissional, com a aprovação do atual Currículo Mínimo (1994). Objetivou, ainda, explorar as características que o estágio pré-profissional deve conter para se tornar um espaço de exercício de uma práxis transformadora do ensino e da prática profissional de enfermagem. Esta pesquisa identifica-se com uma abordagem metodológica qualitativa, numa perspectiva dialética de análise. Para a construção do resgate histórico do processo formativo em enfermagem, utilizei a análise de documento proposta por Bardin (1977), dos Currículos Mínimos de Graduação em Enfermagem estabelecidos em Lei. No segundo momento, realizei a técnica de entrevista com cinquenta e dois sujeitos envolvidos com o estágio pré-profissional de enfermagem (EPP) do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/RS, assim distribuídos: alunos desenvolvendo o estágio (ADE), alunos egressos (AE), chefes de enfermagem/serviço (CHE/S), coordenadora do estágio (COE), enfermeiras orientadoras (EO) e professoras supervisoras (PS). Para a análise, além das categorias de estilos de pensamento e níveis de práxis, foram utilizadas sub-

categorias, respectivamente estilo de pensamento com regularidade, flexibilidade e objeto fronteiroço, assim como práxis reiterativa, transformadora e reflexiva. O coletivo de pensamento da enfermagem na experiência do estágio pré-profissional evidenciou a existência de um estilo de pensamento em transição, ou seja, já não é mais apenas o estilo de pensamento regular/inflexível, contudo, também, ainda não consolidou o estilo de pensamento flexível/transformador. A zona fronteiraça é o espaço da transição, um momento histórico importante que estamos vivendo e que, talvez, não tenhamos compreendido, em toda sua dimensão, o significado que ele tem e que está a exigir de nós posições e relações humanas éticas, autênticas, dialógicas e libertadoras. A materialização desse processo ocorre, a meu ver, pela elucidação do objeto fronteiroço emergido desta investigação: as relações interpessoais e seus eventos interativos.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Autor: Vânia Marli Schubert Backes

Orientador: Prof^ª Dr^ª Edel Ern

Co-Orientador: Prof^ª Enf^ª Dr^ª Maria Tereza Leopardi

**Título: ESTILO DE PENSAMENTO E PRÁXIS NA ENFERMAGEM: A
CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO PRÉ-PROFISSIONAL**

Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem

Florianópolis, SC, 22/02/1999

THOUGHT-STYLE AND NURSING PRAXIS: THE CONTRIBUTION OF THE PRE- PROFESSIONAL TRAINING PERIOD

ABSTRACT

Author: Vânia Marli Schubert Backes

Adviser: Profª Drª Edel Ern

Co-Adviser: Profª Enfª Drª Maria Tereza Leopardi

This study has as its objective to investigate which thought-styles (Fleck, 1986) and praxis levels (Vázquez, 1990) have influenced the pre-professional training period, considering the educational/formative experience throughout history: in the Nightingale model (1850), in the period of the scientific principles development (1950), in the birth and development of the nursing theories (1970), until the moment of the implementation of the pre-professional training periods, with the beginning of the present Minimum Curriculum (1994). This study also intends to discuss the characteristics that the pre-professional training period should have so that it becomes the action of a praxis which may transform the teaching and the professional nursing practice. This research utilizes a qualitative methodology, on a dialectic perspective of analysis. For the construction of the historical retrieval of the nursing educational/formative process, I have utilized the document analysis proposed by Bardin (1977), of the Minimum Curriculum of the Undergraduate Courses in Nursing established by the Law. In a second instance, I have done interviews with fifty two subjects involved with the nursing pre-professional training periods (EPP) of the Federal University of Santa Maria-UFSM/RS, divided in the following manner: students in the training period (ADE), students who had already graduated (AE), directors of the nursing services (CHE/S), coordinator of the training periods (COE), advising nurses (EO) and supervising teachers (PS). For the purposes of analysis, besides the categories already mentioned – thought-styles and

praxis levels- we have utilized sub-categories, respectively thought-styles with regularity, flexibility and boundary objects, as well as reiterative, transforming and reflexive praxis. The collective nursing thought experiencing the training period has made evident a changeable style of thought, that is, it is not any more a regular/inflexible style of thought; however, the style of thought which is flexible/transforming, is not consolidated yet. The boundary zone is the transition space, an important historical moment which we are now experiencing and that, maybe, we have not understood, in all its importance, the real meaning of it and the fact that it is requiring of all of us attitudes and human relations which are ethical, authentic, dialogical and free. The materialization of this process occurs, from our point of view, through the elucidation of the boundary object born in this investigation: the interpersonal relationships and its interactive events.

**FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA
CENTER OF HEALTH SCIENCE / NURSING DEPARTMENT
GRADUATE COURSE IN NURSING**

Author: Vânia Marli Schubert Backes

Adviser: Prof^a Dr^a Edel Ern

Co-Adviser: Prof^a Enf^a Dr^a Maria Tereza Leopardi

**Title: THOUGHT-STYLE AND NURSING PRAXIS: THE CONTRIBUTION OF
THE PRE- PROFESSIONAL TRAINING PERIOD**

Ph. D. Thesis in Nursing Philosophy

Florianópolis, SC, 22/02/1999

AGRADECIMENTOS

*É tempo de agradecer,
a muitos e a cada um
a grandes e pequenas participações
pois, cada contribuição se constitui
em única e imprescindível
na construção do todo!*

A Deus, essa Força tamanha... pela Alegria e Fé na Vida.

Aos meus pais, Willy Schubert (in memorian), meu amor maior e Blondina Martha Schubert, minha fortaleza e exemplo de perseverança.

À minha filha, Mariana Schubert Backes, meu grande amor, minha "companheirona", pelas lições de vida, afeto e compreensão compartilhados nesses dez anos e, especialmente, na caminhada pelo Doutorado.

Ao meu marido, Ademar Antônio Backes, amor da minha vida, por tudo que é, por segurar todas as "barras"; pelo nosso amor.

Às minhas irmãs, Vali Lori Schubert e Vera Luci Loureiro, meus tesouros, por nos amarem e cuidarem de mim e de minha família como extensão das suas.

Aos meus sobrinhos, Luciana e Carlos Vinícius Loureiro, fãs incondicionais da tia que não abriu mão dos sonhos perante às adversidades da nossa existência e está realizando mais um deles; pela "tiatagem", sincera e amorosa.

Aos meus familiares, sejam Schubert, Weiss, Backes e ao seu Harry, tia Olívia e tia Edith, pelo apoio, respeito e incentivo sempre presente nas mensagens de "boa sorte", "te admiramos", "vá em frente", "torcemos por ti, pelo Ade e pela Mariana".

Aos meus vizinhos e amigos, da rua João Macluff - Santa Rosa - RS, do Edifício João XXIII e os do Residencial Tom Jobim, Santa Maria - RS, pela amizade e carinho em cada re-encontro e palavras de incentivo durante esta trajetória, em especial, Zelma, Adir, Vanessa, Sandra, Jocelito, Ana Paula e João Pedro, assumindo muitas vezes Mariana como filha e como mana.

À Beta, pela nossa amizade, pelo partilhar de todos os momentos que fizeram acontecer e ser possível mais esta conquista e por me introduzir no Projeto ESPENSUL. A você, minha admiração pelo exemplo de perseverança e compromisso com o coletivo.

À Carmem e familiares, pelo estímulo, energia e conforto, a cada visita, a cada encontro, marcando presença e dividindo conosco seu tempo, sua alegria e sua luz.

À Rosenara e familiares, pelo estímulo ao trabalho desenvolvido e oportunidades de lazer oferecidas à Mariana.

À Lenir Gebert, Clara Colomé e Vânia Olivo, amigas de todas as horas, pelas mensagens de alento e pelo dom de saberem escutar.

Às colegas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, pelo convívio nas salutares visitas ao Apto 1005-B, em Florianópolis - SC.

Às colegas do Departamento de Enfermagem da UFSM, pelo apoio à REPENSUL e à qualificação profissional docente, especialmente Lia Rauber da Silva, Vera Regina Lima Garcia e Ana Lúcia Kirchoff.

À REPENSUL e, em especial, a Maria de Lourdes de Souza, "gente que sabe, faz e acredita na gente". Obrigada pela credibilidade no potencial humano criador e pela construção da parceria em prol da Enfermagem.

Ao Grupo ESPENSUL, Lygia, Denise, Marta, Horto, Desirêe, Beta... pela acolhida amorosa, e oportunidade do exercício do trabalho coletivo, do convívio solidário, criativo, comprometido em Ser Mais e Fazer Diferente.

À Denise Guerreiro Vieira da Silva, Marta Lenise do Prado, Vigliane Botelho, Eliane Guimarães, Andréa Oliveira, Roseni de Sena, Marlene Farrell e Judith Lewis e colegas do Instituto para Liderança em Enfermagem no CINE (Centro Internacional de Educação a Distância em Enfermagem), Los Angeles, Califórnia, pelos momentos de vida e intercâmbio de experiências.

Ao Grupo PRÁXIS - UFSC, pelo exercício do diálogo, da crítica, da construção coletiva do conhecimento, exemplo a ser seguido.

Aos amigos e colegas da nossa turma de Doutorado, por todos os momentos compartilhados, plenos de vida, de aprendizagem e expectativa de parcerias futuras.

Aos professores e funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina -

torna-se pleno de significados não menos importantes do que os mencionados acima. São muitas as estórias e histórias...

UFSC, pelas oportunidades criadas, pela valorização da produção do conhecimento coletivo, pelo entusiasmo e respeito nesse período de convívio, destacando os professores Maria Tereza Leopardi, Rosita Saupe, Eloíta N. Arruda, Lygia Paim Müller Dias, Ana Lúcia Magela de Rezende, Ivo Gelain, Alacoque Erdmann, Esther Jean Langdon, Lúcia Hisako T. Gonçalves, Sandra e Gustavo Caponi.

Aos professores Rosita Saupe, Demétrio Delizoicov e Sandra Caponi, pela sinalização dos "verdes" e "amarelos" quando da qualificação do projeto de tese.

Ao Prof. Arsenio Carmona Gutierrez, pelo diálogo esclarecedor e incentivo na construção deste estudo.

À CAPES, Bolsa PICDT, viabilizando o processo de qualificação profissional necessário na geração de novos conhecimentos.

Aos sujeitos co-autores deste trabalho, pelo exercício do diálogo e da possível práxis transformadora, esperança e estímulo que nos mobiliza e nos compromete cada vez mais.

Ao Prof. Demétrio Delizoicov e à Prof^a. Edel Ern, por me apresentarem Fleck, sem o qual não seria o trabalho que é.

À Luciana e ao Felipe, pelo carinho, paciência e pelo trabalho desenvolvido na digitação preliminar desta tese.

À Solange, pela sensibilidade e ajuda na revisão final deste trabalho.

À Edel e à Tetê (Maria Tereza)! Minhas Orientadoras.

Pessoas de brilho próprio e com o dom de serem "estrelas-guia".

Obrigada por aclararem meu caminho e pela oportunidade de compartilhar idéias e ideais e torná-los materializados nesta produção. Serei grata "para sempre" pelo "bem" que me fizeram.

Agradeço ainda, a muitas pessoas que não tem seus nomes citados mas que construíram relações em pequenos e grandes momentos de troca e contribuíram para que a passagem pelo Doutorado e a elaboração da Tese fosse mais leve e rica, que a um simples encontro reaviva nossa memória e

CAPÍTULO 3 - O PERCURSO METODOLÓGICO	49
3.1 - A Posição Teórico-Metodológica	51
3.2 - Procedimentos de Pesquisa - a Coleta, Organização e Análise dos Dados	53
3.2.1 - O Resgate Histórico das Experiências Formativas dos Enfermeiros	53
3.2.2 - A Experiência dos Sujeitos envolvidos com o Estágio Pré-Profissional em Enfermagem	55
CAPÍTULO 4 - OS ESTILOS DE PENSAMENTO E NÍVEIS DE PRÁXIS PRESENTES NAS EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS AO LONGO DA HISTÓRIA	67
4.1 - Antecedentes Históricos da Enfermagem ao Modelo Nightingale: a Tutela da Igreja e da Prática Médica	69
4.2 - Situando a Pessoa de Florence Nightingale em seu Contexto Histórico	78
4.3 - A Escola de Treinamento Nightingale e a Difusão do Modelo Nightingale para os Estados Unidos - o Emergir das Técnicas de Enfermagem	87
4.4 - A Herança do Modelo Nightingale no Ensino de Enfermagem no Brasil	94
4.4.1 - Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública - Escola Ana Neri – 1923	94
4.5 - A Influência dos Princípios Científicos no Ensino de Enfermagem - a Década de 50	103
4.6 - A Contribuição de Teorias de Enfermagem - o Ensino de Enfermagem na Década de 70 – 80	107

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	vii
RESUMO	ix
ABSTRACT	xi
AGRADECIMENTOS	xiii
LISTA DE QUADROS	xxii
LISTA DE FIGURAS	xxv
LISTA DE ANEXOS	xxv
APRESENTAÇÃO	01
CAPÍTULO 1 - INTRODUZINDO A TEMÁTICA DE PESQUISA	07
1.1 - Apresentando o Problema, a Tese e os Objetivos	20
CAPÍTULO 2 - CONSTRUINDO A BASE TEÓRICA	21
2.1 - Apresentando Ludwik Fleck	23
2.2 - As Principais Categorias Epistemológicas de Fleck	25
2.2.1 - Fleck e o Estágio na Enfermagem	28
2.3 - Práxis - seu Significado e seus Níveis	33
2.3.1 - O Significado da Práxis	33
2.3.2 - A Práxis e seus Níveis	39
2.4 - O Currículo como Projeto Político Pedagógico	42
2.5 - Aspectos Conceituais e Legais do Estágio Supervisionado	46

4.7 - O Movimento Sanitário Brasileiro e a Construção Participativa da Nova Proposta Curricular - A Contribuição da Década de 80-90	113
4.8 - Uma Reflexão com Fleck e Vázquez	130
CAPÍTULO 5 - O ESPAÇO DA REGULARIDADE, DA FLEXIBILIDADE, DO OBJETO FRONTEIRIÇO E O EXERCÍCIO REITERATIVO, TRANSFORMADOR, REFLEXIVO	139
5.1 - A Interlocução com os Alunos Desenvolvendo o Estágio (ADE)	143
5.2 - A Interlocução com os Alunos Egressos (AE)	156
5.3 - A Interlocução com os Chefes de Enfermagem/Serviço (CHE/S)	179
5.4 - A Interlocução com a Coordenadora do Estágio (COE)	190
5.5 - A Interlocução com as Enfermeiras Orientadoras (EO)	199
5.6 - A Interlocução com as Professoras Supervisoras (PS)	217
5.7 - Uma Síntese com Fleck e Vázquez	238
CAPÍTULO 6 - REFLETINDO ACERCA DO PROBLEMA DE PESQUISA E A FORMULAÇÃO DE TESE	249
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	261
ANEXOS	271

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Dimensionamento do universo e da amostra dos grupos de sujeitos entrevistados	61
QUADRO 2 - Quadro comparativo entre a proposta de currículo mínimo para a graduação de enfermeiros no Brasil, apresentada pela ABEn nacional e a aprovada pela Portaria N° 1721/94 – MEC	120
QUADRO 3 - Demonstrativo dos grupos de sujeitos entrevistados	141
QUADRO 4 - Relação dos alunos egressos quanto ao tempo de atuação profissional	157

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Dicotomias X Convergências: as Possibilidades do Estágio Pré-Profissional

46

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

273



APRESENTAÇÃO

Mais do que uma bela produção, interessa a energia, o amor e o compromisso que se colocou nela em todo seu processo!

É com muita satisfação que passo a apresentar meu trabalho, desejando que ele possa interessar a toda categoria de enfermagem e demais profissionais preocupados com a construção de relações interdisciplinares e com a produção de novos conhecimentos.

Tive o cuidado de elaborar um trabalho acessível, simples (acredito que não simplista), mas com o rigor, a coerência e consistência que exige um trabalho desta natureza. Nossos esforços foram orientados pelo seguinte problema de pesquisa: **que estilos de pensamento estão presentes na formação do profissional enfermeiro e, mais especificamente, no estágio pré-profissional, para que este estágio possa ser estratégia para o exercício de uma práxis transformadora, isto é, de um agir profissional mais consciente, crítico e criativo?**

Para tanto, no **CAPÍTULO 1 - INTRODUZINDO A TEMÁTICA DE PESQUISA**, apresento o tema e a sua justificativa, o problema de pesquisa e a tese formulada, assim como os objetivos propostos. Nesse momento, já são apresentados alguns elementos teóricos que subsidiaram a argumentação analítica, favorecendo a aproximação do leitor com o referencial teórico.

No **CAPÍTULO 2 - O REFERENCIAL TEÓRICO**, o leitor vai encontrar as bases teóricas que sustentaram o percurso interpretativo-analítico empreendido no estudo, que elegeu, as categorias epistemológicas de Estilo de Pensamento, desenvolvido por Fleck (1986) e de Níveis de Práxis, elaborados por Vázquez (1990), apresentando os elementos mais significativos desses referenciais. Faço, ainda uma primeira discussão sobre a concepção curricular, compreendo-a como projeto político pedagógico de uma escola e presente nos dispositivos legais dos Currículos Mínimos, trazendo os aspectos legais e conceituais do estágio pré-profissional.

No **CAPÍTULO 3 - O PERCURSO METODOLÓGICO**, apresento, inicialmente, o método investigativo adotado, sua caracterização e implicações

de seu uso. Posteriormente, estabeleço dois eixos, oportunizando ao leitor a acompanhar o processo metodológico investigatório presente no desenvolvimento do primeiro objetivo, elucidando-se a coleta dos dados, a organização e procedimentos que foram apoiados na análise de documento proposta por Bardin (1977). Em seguida, apresento o desenvolvimento do segundo objetivo, bem como os sujeitos envolvidos e a coleta dos dados, com a utilização da técnica de entrevista semi-estruturada. As etapas de análise foram realizadas tendo em vista as categorias de estilo de pensamento, subcategorizadas em regularidade, flexibilidade e objeto fronteiro e, os níveis de práxis: reiterativa, transformadora e reflexiva.

No CAPÍTULO 4 – OS ESTILOS DE PENSAMENTO E NÍVEIS DE PRÁXIS PRESENTE NAS EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS AO LONGO DA HISTÓRIA, faço um percurso histórico-analítico, apoiado na análise documental, iniciando esta trajetória com os antecedentes históricos da enfermagem ao modelo Nightingale; o modelo Nightingale (1850), propriamente dito, e sua transposição para o ensino de enfermagem no Brasil (década de 20 a 40); a influência dos princípios científicos no ensino de enfermagem (década de 50); o desenvolvimento das teorias de enfermagem (década de 70), o eclodir do movimento sanitário brasileiro e a construção participativa da nova proposta do currículo mínimo (década de 80 a 90). Ao final, apresento uma reflexão desse percurso histórico no ensino de enfermagem, desenvolvendo as conexões possíveis com o referencial teórico.

No CAPÍTULO 5 – O ESPAÇO DA REGULARIDADE, DA FLEXIBILIDADE, DO OBJETO FRONTEIRO E O EXERCÍCIO REITERATIVO, TRANSFORMADOR, REFLEXIVO, apresento a interlocução estabelecida com os cinquenta e dois (52) sujeitos - atores envolvidos no estágio pré-profissional (EPP) do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - RS, enfocando cada grupo de sujeito, tendo em vista as particularidades dos mesmos, de forma a se explicitar o espaço da regularidade, da flexibilidade e do objeto fronteiro nos estilos de pensamento e o exercício da reiteração, da transformação e da reflexão, derivada dos níveis de práxis.

Ao final do capítulo apresento uma síntese, destacando os elementos mais significativos emergidos nesta análise.

No **CAPÍTULO 6 - REFLETINDO ACERCA DO PROBLEMA DE PESQUISA E DA FORMULAÇÃO DE TESE**, apresento as considerações finais, procurando ressaltar as conexões e articulações que foram visibilizadas no desenvolvimento do estudo, provocando os leitores a um desafio: o engajamento na construção do coletivo de pensamento da enfermagem, consubstanciado por um estilo de pensamento flexível/inovador, num exercício de práxis transformadora, fortalecidos no objeto fronteiro emergido das relações interpessoais e seus eventos interativos.

CAPÍTULO 1

INTRODUZINDO A TEMÁTICA DE PESQUISA

*Pode haver
idéias
espetaculares
no terreno ao
lado. Pule o
muro e dê uma
olhada. As
idéias só
precisam ser
originais na
adaptação ao
problema em
que você estiver
trabalhando.*

Roger Von Oech
(1994: 36)

A área de Ensino em Enfermagem sempre despertou meu interesse, talvez pelo exercício da docência e por entender que a formação profissional envolve uma série de questões que nos tocam diretamente.

Na tentativa de buscar algumas respostas para essas questões, me estimei em desenvolver o Curso de Mestrado em Educação, o que muito contribuiu para refletir, entre outros aspectos, o papel da educação, do educador, do educando e seus engendramentos no contexto histórico, social, econômico, político e cultural no cenário nacional.

Ao mesmo tempo, tive a oportunidade de me dedicar ao estudo das políticas de saúde no Brasil e sua articulação com o ensino de enfermagem, mais especificamente, através dos conteúdos estabelecidos sobre esta temática nas disciplinas profissionalizantes presentes no Currículo do Curso de Enfermagem.

Este estudo gerou a dissertação de mestrado (Schubert Backes, 1992) na qual foram focalizadas as políticas de saúde implementadas no Brasil entre os anos de 1970 a 1990, destacando os momentos de ruptura e evolução, compreendendo-os a partir da dinâmica dialética que ocorre ao nível de forças sociais. Também, procurou destacar como as políticas de saúde e sua evolução histórica, ao longo do período de 1970 a 1990, repercutiram no ensino de enfermagem, bem como a possibilidade das Instituições de Ensino Superior de Enfermagem terem exercido uma mediação transformadora destas políticas.

Para o alcance desses objetivos, analisei os currículos dos Cursos de Enfermagem de três Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, que revelaram, ora a presença de uma dinâmica reprodutiva¹ das políticas de saúde, ora uma dinâmica democratizante².

¹ e ² Categorias trabalhadas na dissertação citada (Schubert Backes, 1992:1-16).

Com este estudo, foi possível tornar um pouco mais visível os limites e as possibilidades que o ensino de enfermagem enseja para promover uma mediação transformadora das políticas de saúde.

Ao ter desenvolvido este estudo, acredito ter contribuído com uma parcela para um (re)pensar acerca do ensino e do exercício profissional de enfermagem. E não estava enganada, pois, o tema é ampliado em outras dissertações de Mestrado em Educação, através de duas colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, ao qual me integro como docente.

O primeiro dos dois trabalhos relaciona as teorias educacionais com o ensino de enfermagem e constrói uma proposta pedagógica emancipatória para o Curso de Enfermagem da UFSM (Nietsche, 1993). O segundo também desenvolve reflexões sobre o Curso de Enfermagem da UFSM e lança alguns fundamentos para uma proposta com vistas a transformação do currículo do Curso de Enfermagem (Colomé, 1996).

Esses estudos, assentados, numa construção teórico-reflexiva, apontaram alguns caminhos no sentido de que a transformação, no caso do currículo do Curso de Enfermagem da UFSM, exigia um projeto de engajamento coletivo, que pudesse provocar avanços progressivos, em meio ao embate de interesses contraditórios. Entretanto, este projeto de (re)avaliação e transformação curricular precisou ser protelado, em função de entraves burocráticos e de tempo, entre outros.

Todavia, estudar a formação do profissional de enfermagem continuava a me inquietar.

Acompanhando outros estudos, como de Nakamae (1987), Pires (1989), Silva (1989), Almeida e Rocha (1989), Saupe (1992), Germano (1993), Leopardi (1994), Sousa (1996), Passos (1996), entre outros, percebia a unanimidade dos mesmos quanto a aspectos relacionados com o ensino de enfermagem e a formação profissional do enfermeiro. Estes estudos mostraram que, à luz da análise histórica, o modelo de saúde, e conseqüentemente a formação profissional em enfermagem, são marcadamente apoiados nos

princípios flexnerianos³, ou seja, no enfoque biologizante/mecanicista/curativo, centrado na doença, no individual e na competência técnica. Apontam para o que hoje, ainda, ocorre no ensino de enfermagem, ou seja, a reprodução do modelo biomédico (o ensino clínico), a ênfase na atividade normatizada, disciplinada e disciplinadora, com uma prática controlada institucionalmente e determinada pelo modelo de saúde vigente.

Assim, percebendo que o currículo de enfermagem tem se mostrado tão aderente ao modelo educacional e de saúde tradicionais, acredito, igualmente, na criação de espaços que suplantem este modelo.

Um caminho favorável para esta direção, se deu através da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, que num esforço coletivo, a partir de encontros e seminários regionais e em nível nacional (na década de 80), apontou para a necessidade de rever a formação e prática profissional de enfermagem, elaborando uma proposta para um novo Currículo Mínimo de Enfermagem, que superasse alguns "equivocos", como:

- a fragmentação do eixo de formação em ciclo básico, tronco profissional e habilitações;
- o privilegiamento do ensino centrado no modelo médico de assistência hospitalar vigente;
- a compreensão dicotomizada de saúde/doença, prevenção/cura, assistência hospitalar/saúde pública, unidade de internação/ambulatório (Parecer nº 314/94 - CFE: 05-06).

A proposta do novo Currículo Mínimo de Enfermagem, segundo o Parecer nº 314/94 do Conselho Federal de Educação - CFE, assentou-se nos parâmetros que se seguem:

- que o processo de trabalho na enfermagem inclui atividades de natureza propedêutica e terapêutica específicas,

³ O Relatório Flexner foi produzido nos Estados Unidos em 1910, institucionalizando um paradigma à medicina, que incorporou o conceito de corpo humano constituído de partes, funcionando como uma máquina e a doença, uma avaria que precisa ser consertada por um técnico (o médico) e tratada numa oficina (o hospital), de forma química ou cirúrgica. As relações da medicina e da sociedade são ocultadas e o modelo nega a origem social da enfermidade (Rodriguez e Vilarreal, 1986:428. Ver também, Capra, 1982:93-155).

administrativas e educativas, tanto ao nível dos Serviços de Saúde (com internação e sem internação), como ao nível dos vários grupos de risco da comunidade;

- que o campo de trabalho da enfermagem tem especificidade e vários níveis de complexidade, o que demanda a participação de profissionais com níveis diferenciados de formação;

- que a formação do enfermeiro deve capacitá-lo a apreender a complexidade do trabalho de saúde que é, por natureza, coletivo e interdependente;

- que o quadro sanitário e o perfil epidemiológico da população devem freqüentemente orientar a formação;

- que as aceleradas e contínuas mudanças científicas e tecnológicas na área de saúde requerem o acompanhamento e a produção de novos conhecimentos na enfermagem;

- que o estudo teórico deve emanar dos problemas práticos vivenciados pelos alunos à medida em que estes ocorrem no dia-a-dia das atividades de aprendizagem (Parecer nº 314/94-CFE: 08).

Além desses aspectos, o referido Parecer previa que a formação do enfermeiro contemplasse atividades e conteúdos teóricos e práticos incluindo, nestes últimos, o Estágio Curricular Supervisionado.

(...) Isto significa que além das atividades teóricas (aulas, seminários e outros estudos da mesma natureza), o currículo deverá abranger, o ensino prático comumente adotado pelas Escolas (laboratórios, ensino-clínico nas diversas áreas da assistência e dos serviços de saúde hospitalares, da rede básica) e, pelo menos dois (2) semestres letivos de estágio curricular supervisionado a ser programado, acompanhado e avaliado pela escola e pelos enfermeiros dos Serviços de Saúde onde se realizarão tais estágios (Parecer nº 314/94-CFE: 04).

O novo Currículo Mínimo do Curso de Enfermagem foi aprovado pela Portaria nº 1721 de 15/12/94, levando em consideração as propostas do Parecer nº 314/94. Desta forma, os cursos ficam obrigados a adequar-se aos preceitos estabelecidos pela nova legislação. Entre muitos aspectos de mudança estrutural como áreas e disciplinas novas, aumento da carga horária do curso e do tempo de duração do mesmo, estabelecimento de um percentual de carga horária para cada área temática, outros dois pontos chamam a

atenção: a ênfase na área da sociologia como disciplina das ciências humanas e a criação do estágio curricular supervisionado.

Com certeza, estas reformulações, geradas a partir da composição de fóruns em nível nacional e consagradas em grande parte na legislação curricular aprovada, propiciam novas perspectivas na formação profissional. Contudo, a garantia por força de Lei de pressupostos mais condizentes com o pensamento atual da Enfermagem (promoção da saúde coletiva ética, solidária e interdisciplinar, entre outros aspectos) não basta, é preciso que, na sua implementação, os resultados desta tentativa sejam evidenciados.

Neste sentido, acompanhando o movimento de reformulação curricular e envolvida diretamente na experiência do Estágio Supervisionado no Curso de Enfermagem da UFSM, aprovado no seu currículo pleno em 1988 e implementado a partir do segundo semestre de 1991, muitas idéias me desafiaram, me motivaram e me mobilizaram no intuito de compreender melhor esta experiência.

Participando do estágio supervisionado há sete semestres como professora supervisora, estava, por um lado, articulada com a pesquisa, no sentido de leitura e busca teórico-metodológica, para orientar os projetos e relatórios de estágio e, por outro lado, me aproximava com o enfermeiro orientador em seu local de trabalho em uma dada instituição. Comecei a descobrir relações e contradições que me fizeram refletir e acreditar numa "brecha", como "guerra de trincheiras", parafraseando Gramsci (1989), para a busca de transformações possíveis no ensino e na prática profissional.

Até então, não havia encontrado muitos trabalhos que se dedicavam ao estudo do estágio na formação do enfermeiro. Tomei conhecimento de algumas experiências que implantaram o estágio supervisionado nos currículos dos cursos, tais como: o Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, o da Universidade Federal de Santa Catarina sem desconsiderar o da Universidade Federal de Santa Maria, que buscavam oportunizar ao aluno uma vivência mais real do cotidiano do profissional enfermeiro, sendo instrumentalizado pelo professor e pelo enfermeiro do campo de estágio.

Refletindo sobre a importância do estágio, percebi que ele é um

momento de exercício prático dos ensinamentos teóricos, e que constitui uma dimensão dentro de um currículo escolar, que reflete a filosofia e os objetivos de determinada escola, muitas vezes constituindo-se também na carga horária predominante do currículo, ou, às vezes, ao contrário, na menor carga horária. Além disso, as legislações curriculares, em geral, não têm favorecido para que haja uma maior unidade entre teoria e prática.

Contudo, o estágio supervisionado na nossa experiência e também na atual legislação curricular difere dos estágios que são desenvolvidos como complementares às disciplinas teóricas nos semestres anteriores. Poderia dizer que os estágios dessas disciplinas funcionam como aulas práticas, ao passo que o estágio supervisionado (assim denominado no Currículo Mínimo para o Curso de Enfermagem, em dezembro de 1994) vai além, pois deseja oportunizar ao aluno uma experiência pré-profissional, ou seja, do aluno vivenciar o desempenho das atividades do profissional enfermeiro, com a orientação do professor e a supervisão do enfermeiro assistencial em uma realidade histórica e concreta. Assim sendo, **neste estudo**, denominarei esta experiência de **estágio pré-profissional**, pelo sentido que ele auto-exprime.

Neste sentido, atuando como coordenadora do estágio pré-profissional durante dois anos, fui sentindo a necessidade de conhecer e entender melhor o significado que este momento pode representar. Não estou me referindo apenas às pessoas envolvidas até então com seus estágios pré-profissionais, mas a todos que passaram a se envolver a partir da implementação do novo Currículo Mínimo para o Curso de Enfermagem, onde o estágio pré-profissional é consagrado como elemento que aproxima a teoria da prática, o conhecimento do real acontecendo em determinado espaço histórico e político.

Desta forma, no âmbito da prática profissional, tenho presenciado um sentimento de inquietação e mobilização por parte dos enfermeiros assistenciais que, supervisionando projetos, vêm experimentando um certo grau de autoconfiança e credibilidade de que é possível rever-se e transformar a prática dos serviços, bem como tornar menos inflexível as estruturas hierárquicas e hegemônicas das Instituições de Saúde. Por sua vez, alguns docentes manifestam-se encorajados a assumir projetos inovadores juntamente com o aluno, o enfermeiro e o próprio cliente.

Essas manifestações de ânimo compartilhadas com docentes, enfermeiros assistenciais e alunos me fazem acreditar numa possível aproximação entre teoria-prática, educação-serviço, no sentido de representar uma possibilidade real de exercício de uma prática mais consciente, crítica e criativa. Além destas questões, outros aspectos entusiasma, como por exemplo, os resultados expressos em um trabalho realizado conjuntamente com Nietzsche, acerca do Estágio Supervisionado no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (Backes e Nietzsche, 1996). Nesse trabalho, um levantamento de dados apontou que vinte e um (21) alunos do total de trinta (30) que realizaram estágio fora de Santa Maria, foram contratados pela instituição onde desenvolveram seu estágio, e que vinte (20) alunos do total de noventa (90), foram contratados por outras instituições, em função da área em que desenvolveram seu estágio pré-profissional (dados coletados até primeiro semestre/95).

O trabalho revelou ainda que cinco (05) projetos assistenciais implantados no início do estágio pré-profissional (segundo semestre de 1991) tiveram continuidade até o segundo semestre de 1996. Esse dado vem colaborar na aproximação entre docentes e assistenciais, considerando o sucesso e continuidade de vários projetos, a oferta de campo de estágio e disponibilidade de orientações pelos enfermeiros assistenciais e também pela contratação do aluno no serviço e área em que desenvolveu o estágio pré-profissional. O enfermeiro vem reconhecendo o trabalho que o aluno vem desempenhando e confiando no mesmo como aliado na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Pela dinâmica do estágio pré-profissional, percebi, também, uma maior aproximação do docente à prática assistencial e às problemáticas que o colega enfermeiro enfrenta no seu cotidiano, favorecendo a união de saberes e competências.

Os projetos desenvolvidos pelos alunos repercutem no coletivo da equipe de saúde, contribuindo para um repensar e (re)agir da mesma e apresentam um impacto positivo na assistência dos clientes e comunidades, demonstrados através de depoimentos nos relatórios e nas reivindicações de continuidade dos projetos.

O estágio pré-profissional, penso, possibilita ao aluno vivenciar esta

experiência como se fosse seu primeiro emprego, aprendendo a negociar o local de estágio, desenvolvendo um projeto e tendo oportunidade de expressar-se oralmente e por escrito com pequenos e grandes grupos. Assim, foi se tornando mais clara a necessidade de investigar esta experiência, evidenciando melhor sua contribuição para o exercício de uma ação profissional competente, ética e criativa. Neste sentido, Andrade e Ferreira Lima, apud Andrade (1989:29), reforçam que o estágio pré-profissional constitui:

*a etapa de aplicação do conhecimento-reflexivo e do aperfeiçoamento de habilidades numa situação real; é o **momentum** de junção do saber com o fazer, que conduzirá sem dúvidas a um agir profissional mais consciente, crítico e criativo.*

Leopardi (1994: 102-103) em seu estudo "*Entre a Moral e a Técnica: ambigüidades dos cuidados da Enfermagem*", expressa, igualmente, sua inquietação e desejo, fazendo um chamado aos "teóricos" e aos "práticos", a realizarem cada qual a sua parte num projeto de construção coletiva, buscando juntos "saídas" para o ensino de enfermagem. E esse encontro entre os "teóricos" e os "práticos" tem um caminho a ser percorrido, não apenas diferente estruturalmente, mas que carregue em si o germe do exercício de uma prática comprometida com os valores de cidadania.

Para esse desejo concretizar-se, é preciso, como já mencionado, uma construção coletiva, entendida como conjugação de esforços dos diferentes sujeitos envolvidos nesta vivência e, neste sentido, um caminho para o ensino de enfermagem, pode ser o estágio pré-profissional, que venha a possibilitar o exercício de uma **práxis transformadora**⁴, entendida como o agir consciente, ético e criativo do sujeito.

Para a construção da presente tese, busquei apoio em autores que me

⁴ Este termo é usado por Vázquez (1990: 251), concebido como a ação que cria algo novo através da intervenção da consciência e da prática humana. Existe neste nível de práxis uma unidade indissolúvel, no processo prático, do interior e o exterior, do subjetivo e o objetivo; indeterminação e imprevisibilidade do processo e do resultado, e unicidade e irrepetibilidade do produto.

permitiram entender melhor esta experiência e, ao mesmo tempo, me auxiliaram teoricamente na sustentação das argumentações.

Esta caminhada incluiu a discussão com muitos professores do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFSC, inúmeras leituras, realização de disciplinas optativas, especialmente a disciplina de Educação e Ciência do Programa de Pós-Graduação em Educação, desta universidade, na qual entrei em contato com os escritos de Fleck, um médico e epistemólogo que, por volta de 1927, publica seus trabalhos, desenvolvendo concepções muito originais acerca da produção do conhecimento científico. Para tanto, ele constrói categorias epistemológicas⁵ que despertaram meu interesse, como uma possibilidade de análise histórica a respeito do estágio, na formação do(a) enfermeiro(a).

Uma das categorias epistemológicas concebidas por Fleck e central para este estudo se refere ao **estilo de pensamento**⁶ que, na asseção de Fleck (1986: 145), se traduz da seguinte maneira:

o estilo de pensamento consiste, como qualquer estilo, em uma determinada atitude e no tipo de execução que a consoma (realize). Esta atitude tem duas partes estreitamente relacionadas entre si: disposição para um sentir seletivo e para a correspondente ação dirigida. Ela cria as expressões que lhe são adequadas: religião, ciência, arte, costume, guerra, etc., dependendo em cada caso a prevalência de certos motivos coletivos e dos meios coletivos aplicados. Portanto, podemos definir o estilo de pensamento como um perceber dirigido com a correspondente elaboração intelectual e objetiva do percebido. Fica caracterizado pelos desafios comuns dos

⁵ No capítulo referente à base teórica as categorias epistemológicas de Fleck são melhor evidenciadas.

⁶ Para Fleck (1986:90-98), as comunidades de pesquisadores são coletivos de pensamento e cada coletivo de pensamento elabora um estilo de pensamento, único, composto pelo conjunto de normas, saberes e práticas compartilhadas por tal coletivo. No estilo de pensamento de um grupo existe um longo processo de socialização, consubstanciada pela internalização de normas, valores, habilidades específicas, métodos, entre outras coisas. Uma fonte de inovação do conhecimento para Fleck diz respeito a interação entre coletivos de pensamento e a circulação da produção científica. Para ele, um fato científico produzido por um grupo de pensadores pode ser adotado por outro grupo de pensadores. Nesse caso, o fato é "traduzido" para o estilo de pensamento deste último. Conseqüentemente, esta "tradução" modifica o fato, o que o torna em parte incomensurável com relação ao estilo do grupo que produziu o fato. Percorrer o trajeto histórico da Enfermagem à luz deste referencial, possibilitou conhecer quais estilos de pensamento nortearam sua formação, seus estágios, sua prática, entendendo melhor nosso coletivo de pensamento, suas influências e o rumo que queremos definir para o futuro.

problemas que interessam ao coletivo de pensamento, pelas razões que o pensamento coletivo considera evidentes e pelos métodos que emprega como meio de conhecimento. O estilo de pensamento também pode vir acompanhado pelo estilo técnico e literário do sistema de saber.

Fleck referenciado por Löwy (1994a: 17), diz que estilo de pensamento é "o conjunto de normas, saberes e práticas compartilhadas desenvolvidas e pertencentes a um determinado coletivo de pensamento formado por um grupo de pensadores".

É neste sentido que pretendo encaminhar este estudo, para entender qual estilo de pensamento tem prevalecido na Enfermagem, como foi desenvolvido, que implicações teve para o ensino de enfermagem e, conseqüentemente, para o estágio, ao longo da história, desde a Era Nightingaliana (1850), passando pelo auge dos Princípios Científicos (1950) e o advento das Teorias de Enfermagem (1970), chegando ao momento atual, no Brasil, da implantação do novo Currículo Mínimo, com o estágio pré-profissional (1994).

Esse percurso histórico teve por finalidade situar a evolução do estágio na formação do profissional enfermeiro, entendendo melhor o estágio e mais propriamente, o estágio pré-profissional e sua importância na formação profissional.

Outra questão, igualmente importante, no contexto do estágio pré-profissional, diz respeito à compreensão do que seja a práxis⁷. Relacioná-la com a realidade cotidiana e histórica ao mesmo tempo requereu uma longa reflexão, que teve início no estudo de concepções desde os gregos antigos, passando por Marx até contemporâneos como Konder, Vázquez e Kosik.

Neste estudo, os níveis de práxis reiterativa, transformadora e reflexiva concebidos por Vázquez (1992), possibilitaram traçar algumas características evidenciando aspectos que na formação profissional podem indicar uma práxis reiterativa⁸, ou seja, reprodutora da formação tradicional, ou uma práxis

⁷ A origem do termo, seu significado e níveis encontram-se no capítulo "CONSTRUINDO A BASE TEÓRICA".

⁸ A práxis reiterativa (Vázquez, 1990:257-258) é um nível mais inferior em relação à práxis transformadora e se caracteriza pela inexistência de indeterminação e imprevisibilidade do

transformadora⁹, isto é, criadora de um outro modelo formador e um profissional conseqüentemente mais consciente do seu papel na sociedade, ou ainda, uma práxis reflexiva¹⁰, quer dizer, com a presença de um alto grau de consciência e intenção para uma ação correspondente.

Neste momento destaco o problema de investigação, a tese e os objetivos do estudo o que faço à seguir, antes de passar para o próximo capítulo.

processo e do resultado, e de unicidade e irrepitibilidade do produto. Assim, esta ação é repetir ou imitar outra ação. Ela não produz uma nova realidade; não produz uma mudança qualitativa na realidade presente; não transforma criadoramente e não faz emergir uma nova realidade humana. Contudo, pode contribuir para ampliar a área do já criado, pois multiplica quantitativamente uma mudança qualitativa já produzida. O grau de consciência humana na ação é limitada. Parece ficar claro o quanto a práxis reiterativa é utilizada na enfermagem, mostrando-se tão aderente aos modelos tradicionais de educação e saúde. E essa ação reiterativa aparece subjacente no cotidiano do profissional, quando, por exemplo, toma decisões baseado tão somente nos regulamentos e regras, trabalha com os outros elementos da equipe numa perspectiva de distribuição funcional, planeja a assistência de forma normativa-prescritiva e ajustada ao modelo de saúde institucional e convencional.

⁹ A práxis como atividade fundamental do homem tem um caráter criador e tem também a reiteração, pois, como atividade relativa, transitória, está sempre aberta à possibilidade e necessidade de ser substituída. A práxis se caracteriza por esse ritmo alternado da inovação e da reiteração. Contudo, o que nos permite situar uma determinada atividade prática num nível ou outro é a unidade de ambos os lados do processo - o subjetivo e o objetivo, o interior e o exterior - de modo indissolúvel. Na práxis transformadora, o grau de consciência é alto, buscando a reflexão e a criação do modo de criar (Vázquez, 1990:258). No exercício de uma práxis transformadora, o enfermeiro, por exemplo, toma as decisões no conhecimento que ele tem e na necessidade de seus clientes, atua com a equipe de saúde de forma mais integrada e discutida, planeja a assistência, considerando o cliente como um sujeito-cidadão, incorporando ao exercício profissional os valores éticos e criativos para sua assistência. Lança-se ao desafio de criar espaços para uma ação que se afasta do modelo convencional e opressor.

¹⁰ As dimensões de nível não eliminam os vínculos mútuos entre uma e outra práxis, nem entre um nível e outro. A prática reiterativa tem parentesco com a espontânea, e a criadora com a reflexiva. Essa relação não é imutável, por isso, o espontâneo não está isento de elementos de criação, e o reflexivo pode estar a serviço de uma práxis reiterativa. O intuito neste trabalho é relacionar as atividades da formação profissional, particularmente o estágio na enfermagem, e depreender o tipo de práxis presente ao longo do período histórico, de modo a possibilitar a visualização de ações, posturas, atitudes que se encaminhem para uma práxis transformadora do ensino e prática profissional de enfermagem. A práxis reflexiva é qualificada levando em conta o elevado grau de consciência que se tem da atividade prática que se está desenvolvendo (Vázquez, 1990:285). No cotidiano profissional este nível de práxis se manifesta pelo despertar da consciência profissional revelada no discurso, na produção teórica do conhecimento sem apresentar ainda elementos que garantam uma efetiva ação correspondente de transformação da prática profissional.

1.1 - Apresentando o Problema, a Tese e os Objetivos

Buscando elucidar as questões até agora levantadas, formulei o **problema** que norteou o estudo em pauta: **que estilos de pensamento estão presentes na formação do profissional enfermeiro, e mais especificamente no estágio pré-profissional para que este estágio possa ser estratégia para o exercício de uma práxis transformadora, isto é, de um agir profissional mais consciente, crítico e criativo?**

Neste sentido, apresento a **tese**, acreditando que o **estágio pré-profissional em enfermagem pode vir a ser uma experiência de práxis transformadora, com possibilidades de contribuir no processo formador para uma consciência crítica e uma prática ética e competente, tornando-se uma nova estratégia de ensino.**

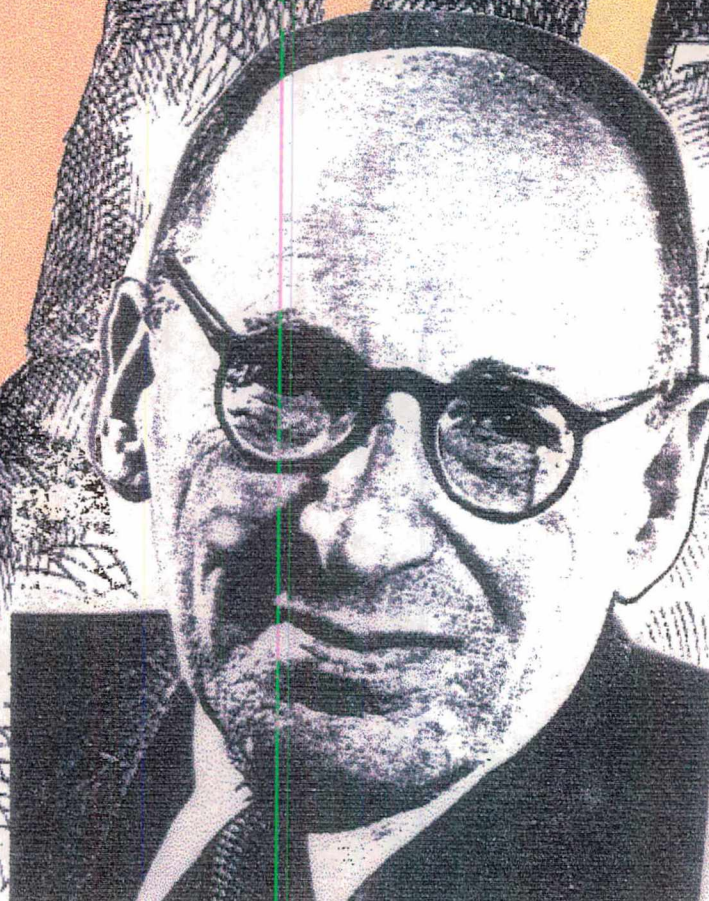
Para desenvolver esta tese, estabeleci os seguintes **objetivos**:

- conhecer quais estilos de pensamento nortearam o estágio em enfermagem nas experiências de formação ao longa da história: no modelo Nightingale (1850), no período do desenvolvimento dos princípios científicos (1950), no surgimento e desenvolvimento das teorias de enfermagem (1970), chegando ao momento da implantação do estágio pré-profissional, com a aprovação do atual Currículo Mínimo (1994);
- explorar as características que o estágio pré-profissional deve conter para se tornar um espaço de exercício de uma práxis transformadora do ensino e da prática profissional de enfermagem, viabilizados pelos sujeitos envolvidos neste processo.

Assim, para alcançar os objetivos propostos, bem como responder ao problema de pesquisa e dar sustentação à tese formulada, optei por desenvolver uma pesquisa qualitativa de perspectiva dialética, apoiada em um referencial teórico elaborado a partir das categorias epistemológicas de Fleck (1986) e dos níveis de práxis constituídos por Vázquez (1990).

CAPÍTULO 2

CONSTRUINDO A BASE TEÓRICA



Não existe nenhuma geração espontânea de conceitos senão que estão determinadas por seus antepassados. O passado somente é perigoso, quando nossos encontros com ele se mantêm inconscientes e desconhecidos.

Fleck
(1986: 67)

Neste capítulo, apresento as principais categorias epistemológicas de Fleck (1986), seguidas de uma reflexão, aproximando essa contribuição da epistemologia fleckiana ao estágio na enfermagem. Procuo, igualmente, situar o significado de práxis e seus níveis, valendo-me de Vázquez (1990), assim como, desenvolvo algumas considerações acerca do currículo, como um dos elementos do projeto político-pedagógico escolar e, finalmente, aponto alguns aspectos conceituais e legais inerentes ao estágio supervisionado.

2.1 - Apresentando Ludwik Fleck

Ludwik Fleck nasceu em 1896 em Lwow-Polônia, integrando uma família judia-polonesa. Sua cidade, à época, era vinculada ao Estado Austro-Húngaro e, conseqüentemente, à atmosfera cultural de Viena. Durante a Primeira Guerra Mundial, finalizou seus estudos, doutorando-se em Medicina Geral. Desde estudante se sentia atraído pelos problemas do campo microbiológico.

Em 1921, assume como assistente a Cátedra de Biologia na Faculdade de Medicina de Lwow. Sua experiência profissional esteve ligada aos laboratórios que dirigiu (bacteriologia, enfermidades dermatológicas e venéreas), ao ensino de Medicina e à produção científica. Fleck sempre aproveitou cada minuto livre para realizar trabalhos de investigação em seu laboratório.

Com a Segunda Guerra Mundial, Lwow passa a ser território soviético e a Faculdade de Medicina a chamar-se Instituto de Medicina Ucrâniano. Nesta época, Fleck é nomeado diretor do Departamento de Microbiologia. Em 1941, Lwow é invadida pela Alemanha e Fleck é obrigado a confinar-se no gueto

judeu de sua cidade.

No período de 1922 a 1939, Fleck publicou trinta e sete (37) trabalhos científicos divulgados em revistas alemãs.

Ao mesmo tempo em que trabalhou em laboratórios de análise, desenvolveu suas aspirações filosóficas, baseando-se em leituras de antropologia (Lévy Bruhl), sociologia (Jerusalém), psicologia (Gestalt), física (a complementaridade de Bohr), filosofia (o Círculo de Viena, a Escola de Lwow-Varsóvia), na tradição da Escola Polonesa de Filosofia da Medicina e na sua própria experiência de bacteriologista e imunologista (Löwy, 1994a: 08).

Em 1927, escreveu seu primeiro artigo epistemológico, contrário à orientação do Círculo de Viena, intitulado "*Sobre algumas características especiais do pensamento médico*". Para Fleck, a ciência não é um construto formal senão, essencialmente, uma atividade levada a cabo por comunidades de investigadores (Schafer e Schnelle, 1986: 10).

Em 1935, lançou o livro "*Genesis and Development of Scientific Fact*", onde traçou as bases de sua epistemologia. O contexto em que seu livro foi produzido (Segunda Guerra Mundial/Polônia/Rússia e sendo judeu) determinaram que sua obra fosse pouco conhecida.

À época da morte de Ludwik Fleck em Israel no ano de 1961, começa a ser divulgada em Chicago a obra de Thomas Kuhn com extraordinária repercussão. No prólogo da sua obra - *A Estrutura das Revoluções Científicas* (1962), Kuhn manifesta que o livro de Fleck teria influenciado muitas das suas idéias.

Em 1980, a Fundação Volkswagen e o Editorial Suhrkamp (Alemanha), financiaram o projeto de investigação sobre Fleck, dos pesquisadores Lothar Schafer e Thomas Schnelle. Os autores reeditaram a obra original de Fleck acrescida de uma introdução desenvolvida por eles, situando os fundamentos da visão sociológica de Ludwik Fleck na teoria da ciência. Desde então, outros pesquisadores e historiadores de ciências, têm resgatado suas contribuições à teoria epistemológica da ciência, como a Dr^a. Ilana Löwy, da Universidade de Paris, entre outros. No Brasil, destacam-se pesquisadores e grupos de estudos ligados à Casa de Pesquisa Osvaldo Cruz/Fiocruz e ao Programa de Pós-

Graduação de Educação na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - SC.

2.2 - As Principais Categorias Epistemológicas de Fleck

Ludwik Fleck (1896-1961) desenvolveu seus estudos científicos laboratoriais e idéias sobre a construção coletiva do saber científico centrados na história da sífilis e na história da reação de Wassermann para a detecção de tal doença.

O primeiro artigo epistemológico de Fleck (1927), intitulado "*Sobre algumas características especiais do pensamento médico*", considera que as doenças constituem-se em "construções" dos médicos, construções entendidas como achados e definições. Assim, as ditas "doenças" são acontecimentos de extrema complexidade, sendo impossível descrever uma doença infecciosa em termos de uma causalidade simples, já que se trata de uma complicada **interação** entre dois sistemas complexos, o hospedeiro e o parasita. Neste sentido, não é possível ter um ponto de vista "global" da doença humana, mas apenas uma multiplicidade de pontos de vista parciais (bioquímico, fisiológico, genético, epidemiológico, psicológico, sociológico). Tais pontos de vista são, por sua própria natureza, **incomensuráveis**.

Vejo que Fleck considera a totalidade numa perspectiva de interação **interdisciplinar**, concebendo o conhecimento científico (aqui em relação à doença), construído por comunidades de pesquisadores, como **coletivos de pensamento**.

Desenvolve, na sua época, outra idéia que nos faz refletir muito, que é a **incomensurabilidade dos fatos científicos**, isto é, que "os mesmos não são medidos da mesma maneira". Identifico esta questão, entendendo cada fato como tendo possibilidades de diversas interpretações, análises e utilizações, permanecendo com sua constituição (ou forma) genuína e submetida às relações possíveis, incluindo um percurso que vai da

convergência à divergência e vice-versa.

Fleck, em seu livro "*Genesis and Development of Scientific Fact*" (1935), amplia suas idéias sobre a **construção coletiva do saber científico**.

Os fatos científicos produzidos pelos membros de um dado coletivo de pensamento trazem sempre a "marca" de seu estilo de pensamento e, em conseqüência, eles são incomensuráveis com os fatos produzidos por outros coletivos de pensamento. Essa incomensurabilidade dos fatos científicos, aumentada pela necessidade de "traduzí-los" (decodificá-los) em outro estilo de pensamento para sua utilização por outros coletivos de pensamento, seriam, segundo Fleck, uma fonte importante de **inovação** nas ciências e na sociedade. Acredito que a incomensurabilidade dos fatos científicos imprimidos pelo movimento de transformação possa vir a contribuir na produção de novos conhecimentos.

Nesta perspectiva, Fleck (1986: 67) dinamiza e historiciza as condições de emergência dos fatos científicos. Percebe a ciência como uma atividade coletiva e complexa que deve ser estudada por filósofos, historiadores, sociólogos, antropólogos e lingüistas. Portanto, sua percepção da produção dos fatos científicos por coletivos de pensamento firma-se no estudo das práticas de laboratório por grupos profissionais e socializa-se em um estilo de pensamento específico. O progresso do conhecimento consiste, para Fleck (1986: 140-141), "*no desenvolvimento coletivo incessante do estilo de pensamento e tem três etapas: a instauração de um estilo de pensamento, a extensão do estilo de pensamento e a transformação do estilo de pensamento*".

Do ponto de vista **sócio-cultural**, Fleck desenvolve um sistema de idéias entre duas esferas, compreendendo formas específicas de comunicação. Trata-se de uma esfera **exotérica** que, para Fleck, representa a opinião popular e fonte de legitimação do saber **esotérico** - esfera menor, formada por especialistas em seus coletivos de pensamento. Cada qual contribui com seu saber científico para a construção de um novo saber. Portanto, Fleck (1986: 155-156) leva em consideração toda circulação intra e intercoletiva de idéias, como forma de provocar um deslocamento ou transformação dos fatos científicos.

Fleck atribui uma importante função à comunicação dos resultados das investigações científicas à popularização ou socialização dos fatos, pois, quando se produzem as mudanças teóricas dentro do coletivo de pensamento, se tomam concepções que provém do mundo da vida cotidiana (diária), para explicar a nova identificação de objetos ou campos objetivos (Schaffer e Schnelle, 1986). Além do que, a possibilidade de novos descobrimentos se produz, segundo Fleck, somente quando se afrouxa a **coerção de pensamento**, isto é, quando se muda o significado dos termos ao fazerem-se visíveis outras possibilidades de significado na circulação intra-coletiva de pensamento; nestas mudanças se recorre quase sempre às concepções exotéricas populares.

Neste sentido, o processo de conhecimento está ligado a **pressupostos culturais e sociais** que influenciam reciprocamente a realidade social, a organização social, os grupos e suas atividades. Assim, Fleck (1986:95-98) destaca que "*nenhum sujeito, nenhum objeto pertence a uma realidade independente, toda existência se baseia em uma ação recíproca e é relativa*" (Schaffer e Schnelle, 1986: 21).

Fleck (1986: 141) quer deixar bem claro que não se pode conseguir a aquisição de uma "realidade absoluta", nem sequer pode uma pessoa se acercar dela, pois na medida em que "*o conhecer avança, transforma inevitavelmente a realidade*".

Ainda, para Fleck, todo conhecer novo está conformado pelo já conhecido - as chamadas **proto-idéias**. Este conceito ele usa para manifestar as relações de dependência das concepções teóricas atuais com respeito às anteriores, e/ou persistência de concepções anteriores. Assim, fatos científicos, para Fleck, só podem ser compreendidos estando condicionados histórica, cultural e temporalmente (periodização) com ajuda das proto-idéias (Schaffer e Schnelle, 1986: 22-31).

Além disso, considerando a ciência como algo realizado cooperativamente por pessoas e com propósitos comuns, Fleck (1986: 138) conclui que "*não existe um observar ou investigar livre de pressupostos e que o observar no contexto do conhecimento, pode ser feito de duas maneiras: como*

o confuso 'ver inicial' e depois, como o 'ver formativo', direto e desenvolvido".

O **ver formativo** não seria, portanto, o observar ingênuo, senão algo que somente é possível depois da introdução teórico-prática e com certa experiência em um campo. Assim, para Fleck (1986: 139), a disposição para o perceber orientado constitui a "raiz" de todo estilo de pensamento.

Os fatos ou a realidade não são coisas que aparecem simplesmente e diretamente, senão que tem que surgir uma relação específica do percebido com o coletivo de pensamento, ou seja, requer um esforço dirigido do observador.

Fleck (1986: 163 e 191), mediante seu modo de observação sociológico, não pretende eliminar a referência dos fatos, nem o conceito de verdade. Porém, estes devem ser reformulados sobre a base das estruturas dos coletivos de pensamento, ou seja, a verdade não se converte em subjetiva, senão em relação a um estilo de pensamento específico e esotérico. Mas, por outra parte, os ideais de verdade, clareza e exatidão se derivam do coletivo exotérico, já que pertencem à representação popular do saber. Isto mostra que as relações entre o exotérico e o esotérico são pluri-significativas e vão necessitar cada vez mais de uma elaboração mais sistemática para a produção de conhecimentos (Fleck, 1986: 159-172 e Schaffer e Schnelle, 1986: 37).

2.2.1 - Fleck e o Estágio na Enfermagem

Com base na apresentação das principais categorias epistemológicas de Fleck, foi possível estabelecer algumas relações com o desenvolvimento do estágio na enfermagem.

Podemos considerar a Enfermagem como formada por coletivos de pensamento, ou seja, um grupo de pensadores, como uma comunidade científica, pois, de acordo com Fleck (1986: 145), "*o conhecimento não pode ser concebido fora do grupo de pessoas que o criam ou o possuem*".

O estágio na enfermagem é uma prática compartilhada na formação do profissional em enfermagem e expressa, nesse exercício prático, o estilo de

pensamento presente numa determinada época e utilizada pelas Escolas de Enfermagem.

No estilo de pensamento de um grupo existe um longo processo de socialização, consubstanciada pela internalização de normas, valores e habilidades específicas, entre outras coisas. Esse processo de socialização, no entender de Fleck, parece ser o responsável pela **estabilidade relativa** dos grupos e estilos de pensamento.

No presente estudo, pretendo conhecer quais estilos de pensamento nortearam o estágio em enfermagem ao longo da história, a partir do modelo Nightingale até a atualidade; como se dá o processo de socialização de normas, valores e habilidades no desenvolvimento do estágio e, ainda, que práticas e saberes interagiram e continuam interagindo no estágio.

A elucidação desses aspectos nos encaminhará para o conhecimento das interações estabelecidas no estágio de enfermagem, sob que bases e de que modo elas ocorreram e ainda ocorrem.

Para Fleck (1986: 110),

a ciência moderna não é composta por grupos pequenos e hermeticamente fechados que produzem 'fatos' (conhecimentos) para seu uso exclusivo, mas a ciência pressupõe interação entre diferentes grupos e campos (áreas), sendo a produção científica utilizada por outros grupos científicos e não científicos (administradores, políticos, o público leigo).

Essa interação entre coletivos de pensamento e circulação da produção científica constituem, para Fleck (1986: 156), "*fonte de inovação proporcionada também pela incomensurabilidade dos fatos científicos, possibilitando a superação de conhecimentos e, quem sabe, a transformação*".

Fleck, *apud* Löwy (1994b: 240), nos coloca que, "*quando um fato científico produzido por um grupo de pensadores é adotado por um grupo de pensadores diferente, ele é 'traduzido' para o estilo de pensamento deste último*". Contudo, esta "tradução" está sujeita à imperfeição, porque o estilo de pensamento de um novo grupo de pensadores é, pelo menos em parte,

incomensurável com relação ao estilo do grupo que produziu o "fato".

Isto não é necessariamente uma desvantagem, pois o novo "fato" modifica e enriquece o estilo de pensamento pelo qual ele é assimilado, e é, em troca, modificado pelo novo estilo. No entender de Fleck (1986: 85),

a 'tradução' seria um conjunto de descobertas espraiando-se por toda a comunidade, sendo aperfeiçoado, transformado, reforçado ou atenuado, e por sua vez, influenciando outras descobertas e a formação de conceitos, opiniões e hábitos de pensamento.

Reportando-se para a enfermagem, as indagações são muitas: como temos "traduzido" saberes e práticas para o estilo de pensar no estágio de enfermagem? Quão séria, responsável, crítica e conseqüente têm sido tais "traduções" ao longo da história? As suas "imperfeições" em que resultaram? Como, na estrutura dos estágios em enfermagem, interagiram a "tradução" de instrumentos, métodos, técnicas, modelos? Como aconteceu o processo de consolidação e uniformização de métodos no estágio de enfermagem?

Para Löwy (1994b: 241-242), "*os instrumentos e métodos científicos contribuem para a padronização (moldam), a estabilização e a difusão do conhecimento*", assim como "*a mediação de uma técnica compartilhada pode facilitar a colaboração entre membros de diferentes grupos de pensadores*".

Quando pensamos no desenvolvimento do estágio na enfermagem reconhecemos que uma possível mediação seja exercida pela técnica, (pelo conhecimento), entre a instituição formadora (a escola) e a instituição de saúde (local da prática de estágio). Daí depreende-se que o conhecimento que construímos no estágio de enfermagem foi formado mutuamente entre diferentes "mundos" em relação.

Mas, nessa relação, os grupos profissionais envolvidos (coletivos de pensamento) tentam achar um **ponto intermediário** que lhes permita "*codificar padrões de comportamento profissional*", deixando-lhes, porém, espaço suficiente para o conhecimento especializado (Wittley, *apud* Löwy, 1994b: 247). Isto pressupõe, por um lado, um controle do acesso ao conhecimento

padronizado e transmissível, competindo com a incerteza e, por outro, assegura que os métodos e habilidades não sejam reduzidos a rotinas (que qualquer pessoa pode se apoderar), conferindo autonomia e prestígio.

Na Enfermagem, no desenvolvimento do estágio, quais são os **pontos intermediários**? Que padrões de comportamento profissional são estabelecidos (codificados)? Que métodos e habilidades vêm conferindo maior autonomia e prestígio ao profissional enfermeiro?

Nesse espaço, é preciso superar a restrição da contradição, qual seja: a estabilização do estilo de pensamento (risco de rigidez) versus a inovação (flexibilidade e possibilidade de transformação), como única alternativa, num antagonismo mecânico paralisador.

No desenvolvimento do estágio, do conhecimento em enfermagem vamos encontrar um círculo de regularidades (de padrões) necessário para a especificidade profissional, cercado de uma periferia difusa, ou seja, com "*fronteiras contingentes e negociáveis*", segundo Löwy (1994b: 249). Por isso, considera que os "*objetos (instrumentos) não são caixas pretas, rígidas, lacradas. Mas caixas cinzentas, translúcidas, isto é, objetos fronteiraços*" (Löwy, 1994b: 247).

Para Star e Griesemer, *apud* Löwy (1994b: 248), objetos fronteiraços são "*estruturas frágeis no uso comum (diferentes graus de flexibilidade em diferentes interações) mas fortemente estruturadas no uso local (percebidas como rígidas pelos atores)*".

Portanto, apresenta-se como um **núcleo rígido** - zona de acordo entre os grupos profissionais que interagem e uma **periferia difusa** - zona diferente para cada grupo.

Objetos fronteiraços e estilos de pensamento circulam entre grupos de pensadores, ocorrendo, então, a transposição e assimilação, isto é, adoção e adaptação de elementos de um estilo de pensamento diverso, mais geral e mais prestigiado (Fleck, *apud* Löwy, 1994b: 248).

Essa comunicação intra-coletiva, facilita a colaboração na assimilação dos estilos de pensamento, desenvolvendo "**zonas de interesse**" ou "**zonas francas**", que nada mais são do que **zonas de interação**, entre mundos

sociais heterogêneos (Löwy, 1994b: 248).

Para Löwy (1994b: 248),

[...] a entidade streptococcus haemolyticus, discutida por Fleck, pode ser descrita como um objeto fronteiro, composto pelo núcleo rígido de características, que definem o S. haemolyticus para os bacteriologistas com orientação bioquímica e os epidemiologistas com orientação médica, assim como pela periferia difusa - os critérios (variáveis) para a inclusão de casos fronteiros na entidade S. haemolyticus.

A mesma autora considera que os grupos de pensadores (como biólogos, cientistas industriais, médicos clínicos) que utilizam um conjunto de métodos, reagentes, instrumentos provenientes de determinada área (como biologia), não somente estariam aplicando esse conjunto específico de técnicas, como também adotando e adaptando elementos desse estilo de pensamento (da biologia, no caso) ao seu estilo de pensamento.

Com relação ao estágio na enfermagem, que instrumentos, padrões, modelos, técnicas têm tido a conotação de caixas pretas (rigidez) ou caixas translúcidas, objetos fronteiros (flexibilidade)?

Buscar entender mais claramente estas questões remete a uma viagem no tempo, na história e é precisamente esse o meu desejo.

Um elemento a mais, no entanto, é imprescindível, sem o qual outro objetivo não seria atendido. Trata-se da questão da práxis.

Nas reflexões anteriores tento situar parte do referencial teórico, com as categorias epistemológicas de Fleck. Porém, entendendo que toda ação empreendida pelos coletivos de pensamento, assimilada e transformada em estilos de pensamento, se efetiva num sentido de rigidez ou flexibilidade também pelo exercício da práxis, torna-se necessário assinalar algumas questões sobre o tema.

2.3 - Práxis - seu Significado e seus Níveis

2.3.1 - O Significado da Práxis

A origem no grego antigo

A palavra práxis teve sua origem no grego antigo e dava margem a diferentes definições.

A princípio, dizia respeito à ação que se encontrava nas relações entre as pessoas, ou seja, uma ação que tinha seu fim em si mesma e que não criava ou produzia um objeto alheio ao agente ou a sua atividade. Esse sentido era diferente da poiésis, que significava tipo de ação que criava um objeto exterior ao sujeito, isto é, ato de produzir ou fabricar algo. Seu caráter era prático-utilitário.

Na Grécia Antiga, a filosofia ignorou ou repeliu o mundo prático, e o repeliu exatamente por não captar nele muita coisa além da que via - a consciência comum: seu caráter utilitário.

A atividade prática material, e particularmente o trabalho, era considerada no mundo grego e romano como uma atividade indigna dos homens livres e própria dos escravos.

A valorização recaía na vida teórica como contemplação das essências, postura que filósofos como Platão representavam, assim como Aristóteles. Para este último, a práxis era a atividade ética e política, distinta da atividade produtiva. Ambos compreendiam que o pensamento e ação deveriam manter-se em unidade, no entanto, o lugar dessa unidade residia na política. Essa unidade se mantinha, fazendo-se com que as idéias se tornassem práticas por elas mesmas, dando primazia à atividade teórica.

Nesse período, diversos pensadores expressavam-se de diferentes formas, tentando argumentar a necessidade de superar as dicotomias teoria-prática e ação-contemplação na busca de uma unidade. Contudo, as

divergências também emergiam e a ênfase ora era posta num dos termos, ora no outro.

Na época do Renascimento, o homem deixa de ser um mero "animal teórico", para ser também um sujeito ativo, construtor e criador do mundo. É chegado o momento em que se reivindica a dignidade humana não só pela contemplação, como também pela ação. É uma época de exaltação da práxis material produtiva.

Vivia-se a cultura liberal da burguesia, na qual a práxis como exercício consciente e responsável da cidadania era privilégio de uma elite bem preparada, formada por proprietários de bens, que asseguravam de alguma forma sua independência e que eram capazes de resistir às pressões externas, assim como votar de acordo com suas consciências. Aos pobres atrelava-se a dura disciplina do trabalho produtivo, a subordinação a seus patrões. Desta forma, não eram livres para o exercício do voto e não tinham condições de expressar uma vontade própria, portanto, não exerciam a práxis.

A práxis em Hegel e Feuerbach

Hegel, digno representante do idealismo dialético alemão, vai entender a práxis do ponto de vista teórico, como processo de autoconsciência do Absoluto, ou seja, no plano das idéias, do abstrato, do espiritual. Assim, coloca Vázquez (1990: 88), "*a atividade prática, reabsorvida no processo da Idéia, perde toda a exterioridade, porquanto a Idéia Absoluta é a síntese de sujeito e objeto, do racional e do real*".

Vázquez (1990: 89) destaca um aspecto importante nessa práxis: a condição humana. Contudo, para passar dessa práxis teórica, abstrata, à práxis humana, material, seria preciso: - fazer do sujeito da práxis, um sujeito real; passar do plano do Absoluto (ideal) para um plano humano, real; e dar à práxis, não um conteúdo espiritual que ele recebe de Hegel, mas um conteúdo real, efetivo.

Na primeira direção se encaminha Feuerbach. O sujeito da práxis é o

homem e não o espírito, contudo só reconhece nesse homem a atividade teórica, a contemplação, porquanto a atividade prática pertence à forma utilitária.

Apesar da passagem do Absoluto ao humano, há uma limitação - a práxis continua a ter uma constituição abstrata.

A concepção da práxis em Marx

É com Marx que a práxis recebe um conteúdo real, efetivo. É ele que promove esse deslocamento essencial, repensando a relação entre a práxis e a poíesis, do ângulo dos trabalhadores.

Anterior ao seu envolvimento com o movimento operário, Marx usava a palavra práxis com o sentido comumente usado para designar prática ou atividade, pura e simplesmente.

Foi nos *Manuscritos Econômicos Filosóficos*, de 1844, que Marx começou a desenvolver uma concepção original da práxis. Situa a atividade, distinguindo a atividade propriamente humana e uma atividade animal. Destaca a atividade humana como livre, porque esta passa por uma liberdade de opção e, para Marx, esse poder de decisão provém do trabalho, da atividade produtiva.

Segundo Konder (1992: 105),

pelo trabalho, o sujeito humano se contrapõe ao objeto e se afirma como sujeito num movimento realizado para dominar a realidade objetiva: modifica o mundo e se modifica a si mesmo. Produz objetos e, paralelamente, altera sua própria maneira de estar na realidade objetiva e de percebê-la. E o que é fundamental - faz sua própria história.

Nessa questão também reside a crítica que Marx fez a Hegel. Hegel só conheceu e reconheceu o trabalho abstrato, espiritual. E, por isso, viu somente um lado, o positivo. Para Marx, Hegel não enfrentou a questão que considerou

crucial, qual seja: por que o trabalho, de atividade intrinsecamente criativa que foi em sua origem, possibilitando o tornar-se humano do homem, chegou a se transformar nessa realidade sufocante e opressora que conhecemos hoje? Por que o trabalho se tornou "estranho" ao trabalhador? De onde provém esse "estranhamento", essa "alienação"?

A resposta, Marx vai encontrar, entre outros aspectos, na divisão social do trabalho, isto é, na formação da propriedade privada. Quando alguns homens passaram a impor aos outros as condições em que deveriam trabalhar, o trabalho passou a se ressentir de uma inevitável degradação.

Marx, portanto, vai elaborar a categoria de práxis, quando formula as XI Teses sobre Feuerbach, onde lança o princípio de transformação do mundo como tarefa fundamental para a filosofia.

Teses sobre Feuerbach

A compreensão das relações entre o homem e a natureza para Marx vai em direção a uma concepção que situa a atividade prática humana como o eixo central, isto é, a práxis, entendendo esta prática como fundamento da unidade entre o homem e a natureza e da unidade sujeito-objeto.

A práxis, segundo Konder (1992), aparecerá como fundamento do conhecimento (Tese I), como critério de verdade (Tese II); como unidade de transformação do homem e das circunstâncias (Tese III) e da interpretação do mundo à sua transformação (Tese XI).

Tese I - A práxis como fundamento do conhecimento

Marx colocou a prática como fundamento do conhecimento ao rechaçar a possibilidade de se conhecer à revelia da atividade prática do homem (posição do materialismo tradicional) e ao negar também a possibilidade de um verdadeiro conhecimento, se o objeto é considerado como simples produto da

consciência (posição do idealismo). Vázquez (1990: 153) acrescenta que *"conhecer é conhecer objetos que se integram na relação entre o homem e o mundo, ou entre o homem e a natureza, relação que se estabelece graças à atividade prática humana"*.

Marx, então, concebe o objeto como atividade subjetiva e como produto de sua ação, sendo esta atividade humana como atividade real, objetiva, sensível, isto é, como prática. Portanto, o conhecimento só existe na prática, não é mera contemplação, não ocorre à margem da prática.

Tese II - A práxis como critério de verdade

Além de que *"a verdade de um pensamento não pode fundamentar-se se não sair da própria esfera do pensamento"*, Marx, apud Vázquez (1990: 155), diz que *"para mostrar sua verdade, tem que sair de si mesmo, plasmar-se, adquirir corpo na própria realidade, sob a forma de atividade prática"*.

É exatamente na prática que se prova e se demonstra a verdade, situa-se nesse espaço "o caráter terreno" do pensamento. Fora dela, não é verdadeiro, nem falso, pois a verdade não existe em si, no puro reino do pensamento, mas sim na prática.

Portanto, os fatos práticos têm que ser analisados, interpretados, já que não revelam seu sentido a uma observação direta, imediata, ou a uma apreensão intuitiva.

Desta forma, o critério de verdade está na prática, na relação da teoria e prática, enfim, na práxis.

Tese III - A Práxis revolucionária como unidade da transformação do homem e das circunstâncias

Nesta tese, Marx afirma que não só os homens são produto das circunstâncias, assim como estas são, igualmente, produtos seus. Destaca

mais uma vez, o papel ativo do homem. Para ele, as circunstâncias que modificam o homem são, ao mesmo tempo, modificadas por ele. Ao abordar a questão dos efeitos transformadores pelas circunstâncias e pela educação, Marx traz à tona a situação de que o educador que educa tem que ser ao mesmo tempo educado. Portanto, repele a sociedade dividida em educadores e educandos, fazendo-os sujeitos da história, onde os educadores também devem ser educados.

É o homem, sem qualquer dúvida, que faz as circunstâncias mudarem e que se muda a si mesmo. Essa unidade é que define a práxis revolucionária.

Tese XI - Da interpretação do mundo à sua transformação

Nesta tese, Marx chama a atenção, ao considerar o mundo objeto de interpretação e, ao mesmo tempo, objeto da ação do homem como possibilidade real de sua transformação. E diz que "*os filósofos limitam-se a interpretar o mundo de diferentes maneiras, mas trata-se é de transformá-lo*" (Marx, *apud* Konder, 1992: 123).

Envolvida nesta transformação, encontra-se o que ele denomina de práxis revolucionária, ou seja, a ação sobre as circunstâncias que é inseparável de uma ação sobre as consciências, pois, a teoria isolada da práxis, como mera interpretação, está a serviço da aceitação do mundo. Ao contrário, trata-se de não apenas interpretar, mas sim transformar, mas de transformar com base numa interpretação. O sentido desta interpretação, na direção de uma transformação, só ocorre mediante a ação da consciência. E esse "*esforço interpretativo é que permite corrigir-se autocriticamente, aperfeiçoar-se e alcançar seus objetivos, sua meta*" (Konder, 1992: 124).

Afinal, o que é práxis?

Tentar enquadrar o termo parece ser contraditório, contudo, é possível apresentar os fundamentos básicos que o cercam.

Vázquez (1990: 185) muito bem esclarece que "*toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis*". Depreende-se que é uma atividade humana e que está implicada na intervenção da consciência como resultado ideal e como produto real.

Como resultado ideal, torna-se um produto da consciência, uma antecipação do resultado que se deseja obter. E como produto real, efetivo, muitas vezes, pode sofrer modificações, buscando uma adequação.

Essa atividade humana se desenvolve de acordo com finalidades, sendo a expressão de certa atitude do sujeito em face da realidade, pois o fim prefigura idealmente o que ainda não conseguiu alcançar.

Pelo fato de propor-se objetivos, o homem nega uma realidade efetiva e afirma outra que ainda não existe, mas os fins são produtos da consciência e efetivam-se na ação, isto é, na práxis (Vázquez, 1990: 189).

2.3.2 A práxis e seus níveis

Vázquez (1990), em seu estudo "*Filosofia da Práxis*", apresenta os seguintes níveis de práxis: práxis criadora ou inovadora/transformadora e práxis reiterativa ou imitativa, assim como, práxis reflexiva e práxis espontânea.

Os critérios para a análise desses níveis referem-se ao grau de criação demonstrado pelo produto de sua atividade e ao grau de consciência revelado pelo sujeito no processo prático. Em qualquer nível de práxis, sujeito e objeto se apresentam em unidade indissolúvel na relação prática.

Prática criadora ou inovadora/transformadora

A práxis criadora é determinante e permite enfrentar novas necessidades, novas situações, com uma atividade que só pode ser atribuída ao homem como ser consciente e social, em função da qual produz algo novo a partir de uma realidade ou de elementos pré-existentes.

A criação de algo novo está inscrito como uma possibilidade nos elementos pré-existentes, mas o pré-existente não basta para produzir o novo, porque prescinde da atividade humana, ou seja, da intervenção da consciência e da prática humana.

Assim, a atividade prática transformadora não pode ser concebida como uma série de atos de consciência e de atos materiais que se sucedem no processo prático, na mesma ordem que se deram na consciência.

A consciência estabelece uma finalidade aberta num projeto dinâmico, portanto, na práxis criadora encontramos a unidade subjetiva e objetiva, interior e exterior, isto é, uma gestação interna e uma execução externa. Existe neste nível de práxis uma indeterminação e imprevisibilidade do processo e do resultado, e unicidade e irrepitibilidade do produto.

Práxis reiterativa ou imitativa

Trata-se de um nível mais inferior em relação à práxis criadora e se caracteriza pela inexistência de indeterminação e imprevisibilidade do processo e do resultado e de unicidade e irrepitibilidade do produto. Nesse nível de práxis, o subjetivo é o modelo ideal platônico, dando lugar à cópia em duplicação.

Na práxis criadora cria-se também o modo de criar e na práxis reiterativa não se inventa o modo de fazer, pois, já foi inventado antes. Por isso, o resultado nada tem de incerto, e a criação nada tem de aventura. Fazer é repetir ou imitar outra ação.

Vázquez (1990: 258) se refere a este nível de práxis como uma práxis de segunda mão, que não produz uma nova realidade; não produz uma mudança qualitativa na realidade presente; não transforma criadoramente e não faz emergir uma nova realidade humana. Contudo, pode contribuir para ampliar a área do já criado, pois multiplica quantitativamente uma mudança qualitativa já produzida. Como todo processo histórico, também chega o momento de ceder caminho à práxis criadora.

Práxis espontânea e práxis reflexiva

Neste nível de práxis, o papel da consciência assume uma posição central e leva em consideração a consciência prática e a consciência da prática (práxis).

A consciência prática é aquela que atua no início ou ao longo do processo prático em relação com a plasmação ou realização de seus objetivos. Encontra-se elevada na práxis criadora e debilitada na práxis reiterativa.

A consciência da prática (práxis), por sua vez, é consciência que se sabe a si mesma, ou seja, autoconsciência prática. Na práxis espontânea, a consciência encontra-se diminuída e na práxis reflexiva acha-se aumentada.

O reconhecimento da existência desses dois níveis da práxis possibilita conhecer o tipo de relação que a práxis mantém com a consciência, já que a relação espontânea entre a consciência e a práxis não leva aos mesmos resultados que a relação reflexiva entre uma e outra.

Assim, de acordo com Vázquez (1990), do objeto da atividade espontânea não surge uma nova realidade e a práxis criadora se dá no plano da práxis reflexiva.

Pensar o estágio da enfermagem enquanto práxis, tornar-se-á um exercício instigante, pois nos remete a rever a história e depreender qual o significado e que níveis de práxis estiveram presentes ao longo deste percurso histórico. Em que momentos a práxis reiterativa predominou? Quais as circunstâncias que possibilitaram o emergir da práxis criadora? Quanto ao nível de consciência, quando tratou-se de uma relação espontânea ou relação reflexiva?

Ao conhecer esta dinâmica, acredito que contribuições muito férteis poderão advir, vislumbrando-se o espaço de transformação na educação formal e na prática de enfermagem, através do estágio pré-profissional, foco deste estudo.

2.4- O Currículo como Projeto Político Pedagógico

A intenção, ao estabelecer algumas questões pertinentes ao currículo, se deve, inicialmente, por compreender que o estágio pré-profissional (EPP) não está alijado de uma proposta curricular, tanto à nível de Currículo Mínimo (Portaria nº 1721/94) como à nível do currículo pleno do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, o locus de desenvolvimento do EPP neste estudo.

Entretanto, não pretendo apresentar um estudo retrospectivo exaustivo de concepções pedagógicas e curriculares, mas de re-colocar aspectos que nos permitem proceder posteriormente um diálogo que já tem um encontro marcado no capítulo de desfecho desta pesquisa.

Ao realizar a delimitação do problema investigatório, não estava inadvertida quanto à expressão do projeto pedagógico presente no Currículo de Enfermagem. Por isso, acredito ser necessário, neste momento, reafirmar algumas posições apoiadas em estudiosos do tema, como Moreira (1990), Boufleuer (1993), Saupe (1998), Mendes (1996), Domingues (1986), Dias (1998), entre outros.

Considero oportuno destacar sucintamente o esquema conceitual para analisar currículos, apresentado por MacDonald, *apud* Domingues (1986), com base nas idéias de Habermas. Ele apresenta duas premissas básicas, no campo do currículo:

- a) o interesse humano-técnico, de consenso e emancipador - constituindo a raiz de todo o pensamento curricular;
- b) as diferenças básicas no pensamento curricular consequentes dos diferentes enfoques de pesquisa usados na sua construção: empírico-analítico, histórico-hermenêutico e praxiológico.

Nesta direção, MacDonald considerou serem três os paradigmas curriculares, cada um ligado a um dos interesses humanos. O interesse técnico, identificado com o paradigma técnico-linear, cuja fonte é o pensamento

de Tyler (1949); o interesse no consenso orientado para o paradigma circular-consensual, caracterizado nos trabalhos de Greene (1975) e de Pinar (1975), e, por fim, o paradigma dinâmico-dialógico, assim denominado por emergir do processo dialógico, com o interesse de emancipação, encontra em Apple (1975) e Giroux (1983) seus maiores interlocutores.

Domingues (1986), em seu estudo, procurou realizar uma aplicação desse esquema conceitual para o pensamento curricular brasileiro, o qual, no dizer de Moreira (1990: 47) *"... estabeleceu fronteiras que simplificam a diversidade da tradição curricular americana e do material transferido para o Brasil, bem como contribuem para que o processo de transferência seja interpretado como uma cópia"*. Cria, portanto, um enquadramento pouco flexível, contrário ao que a teoria dos interesses humanos de Habermas, no entender de Moreira possibilita, como a inclusão de diversas tendências e correntes do pensamento curricular, bem como, o fato de que uma mesma teoria pode ser baseada em diferentes interesses.

Apoiado nas observações críticas tecidas por Moreira, Boufleuer (1993: 104) propõe uma perspectiva teórica que busca identificar, no currículo, dimensões complementares ou tendências distintas e/ou mutuamente excludentes.

Impõe que passemos a pensar a realidade do currículo em dimensões ampliadas e inseridas no projeto político-pedagógico educacional, de modo geral, e no projeto político-pedagógico da escola, da instituição formadora, em particular. As dimensões constituem-se em: a hermenêutica, a crítico-reflexiva e a instrumental. Assim, no entender de Boufleuer (1993: 106) *"dimensões educativas que costumam ser apresentadas como concepções distintas, e até mutuamente excludentes, são, desta forma, articuladas dialeticamente, formando uma unidade de perspectiva"*.

Sob a dimensão hermenêutica, a pedagogia empreenderia esforço na compreensão de saberes e práticas existentes, a partir das intencionalidades que os produziram. Para Boufleuer (1993: 106), *"a hermenêutica constitui um trabalho permanente de reinterpretação do passado à luz do presente e vice-versa"*.

A dimensão crítico-reflexiva já implícita na reflexão hermenêutica, busca assegurar as condições de uma comunicação sem coações, em que o consenso é criado à base do melhor argumento e com iguais possibilidades de participação (Boufleuer, 1993: 106), possibilitando aos homens interpretar seu mundo e sua práxis histórica. Esse processo é alcançado mediante o diálogo consigo mesmo e com a realidade (contexto) em que se encontram.

Por sua vez, a dimensão instrumental da pedagogia, de acordo com Boufleuer (1993: 107), "*tem como interesse fundamental o domínio do homem sobre a natureza e o controle estratégico das interações sociais*". Significa que a educação precisa levar em consideração a diversidade dos indivíduos e a historicidade dos objetos, ou seja, não há como reduzir a um padrão os educandos, nem tampouco, considerar os objetos de estudos como absolutos e imutáveis.

Busco, neste estudo, ampliar algumas relações já estabelecidas na formação de enfermeiros, realizadas por diversos colegas estudiosos da área.

Dias (1998: 5), refletindo acerca da formação de enfermeiras, revela sua satisfação com o processo participativo da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), na decisão de currículos mínimos, desde o ano de 1972. Para ela,

... a formação de enfermeiras, a partir desta data, tem tido essa influência e ela se estendeu num compromisso político importante nos anos 80 e 90. A formação, antes disciplinadora e reguladora, bancária, insuficiente em teorizações, preocupada em padrões - cópias de outras culturas, entra no bojo do contexto político-social do país nos anos 80 e percebe sua posição de crítica e auto-crítica, de ética e cidadania, de técnicas e tecnologias, de criatividade em decisões, de experiências audaciosas de dinâmicas psicossociais, de força na construção do conhecimento, de aproximação nas relações dialógicas nas práticas assistenciais, de interdisciplinaridades, de parcerias, de trabalho em rede, de pesquisas, enfim de outra face para a formação de enfermeiros.

No ensino de enfermagem, não é possível negar o legado histórico de uma formação tradicionalmente técnica, com enfoque biologizante/mecanicista/curativo do marco flexneriano/cartesiano, que desconsidera as dimensões

política, social, econômica e cultural presentes no cotidiano. Nele, reforçam-se as dicotomias prevenção e cura, trabalho manual e trabalho intelectual, teoria e prática, indivíduo e coletividade, perdendo a perspectiva de totalidade, de articulação estrutural necessária à transformação.

Segundo Leopardi (1994: 96-97),

para os dias de hoje, a definição de uma nova proposta (pedagógica, na saúde e na enfermagem) deve pautar-se por um entrelaçamento com ciência, ética, política e estética (através da diversidade das oportunidades de aprendizagem) por uma orientação sobre as responsabilidades individuais, por uma discussão livre sobre as estratégias e métodos de assistência, por uma definição clara das políticas e projetos da escola, por redimensionamento da arte como forma de expressão da vida humana.

Assim, numa perspectiva de transformação, impõe que pensemos em uma organização curricular que supere as dicotomias, a caminho de convergências possibilitada pelo espaço do estágio pré-profissional e capaz de fomentar a produção do conhecimento.

Este ponto de vista pode ser configurado da forma apresentada na Figura 1.

Com esta proposição, não pretendo demonstrar a primazia do estágio pré-profissional na organização e prática curricular, mas apontar que é possível, a partir do mesmo, evidenciar transformações a serem consagradas no currículo como um todo (filosofia, perfil, conteúdos, métodos, etc), de modo a permitir que esse "feed-back" aponte para uma coerência interna e externa, entendida, respectivamente, como ensino (educação formal) e prática profissional (instituições e grupos sociais).

Considerando a complexidade da temática, julgo pertinente fazer algumas referências à legislação do Estágio Supervisionado, constituído no estágio pré-profissional.

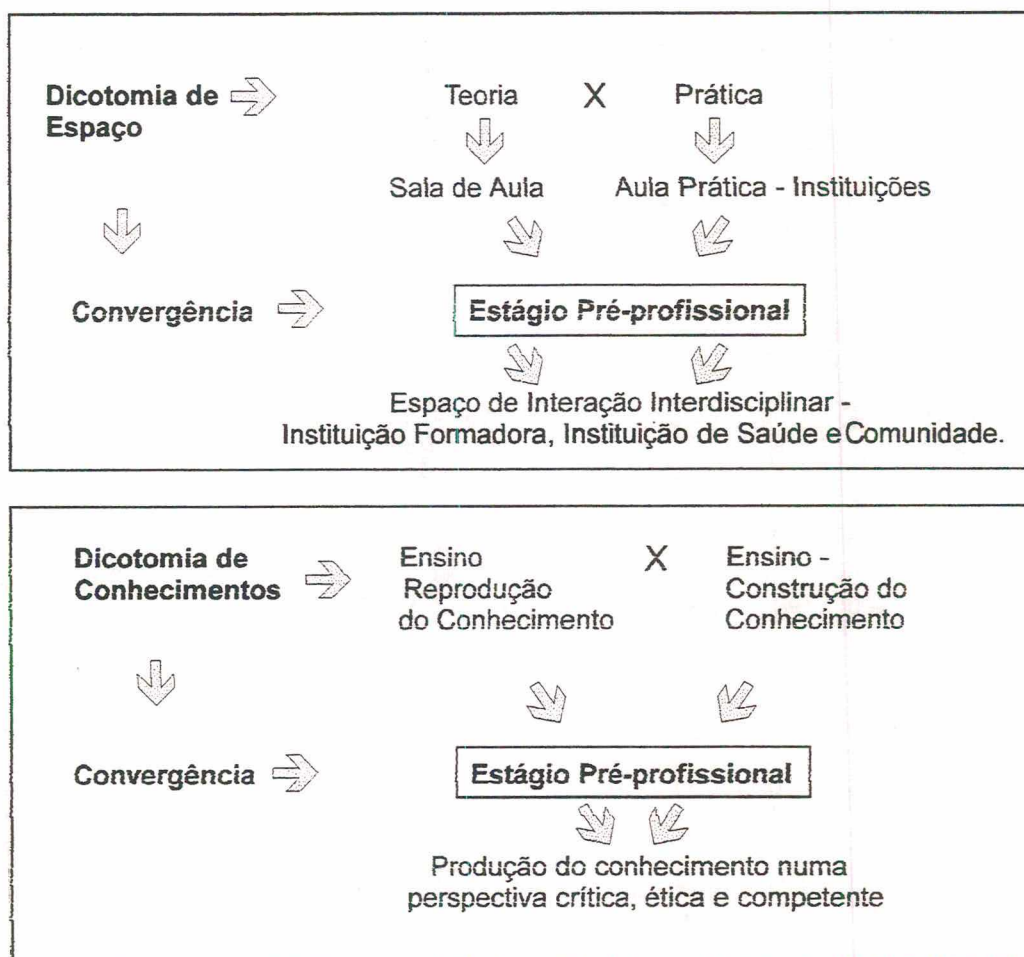


FIGURA 1 - Dicotomias x convergências: as possibilidades do estágio pré-profissional.

2.5 - Aspectos Conceituais e Legais do Estágio Supervisionado

A inclusão do Estágio Curricular Supervisionado nos Cursos de Enfermagem, está disciplinado pela Lei nº 6.494, de 07/12/77, e pelo Decreto Lei nº 87.497, de 18/08/82.

Cabe ressaltar que o desenvolvimento do estágio pré-profissional em Enfermagem, aprovado no novo Currículo Mínimo, já vinha acontecendo nos Currículos Plenos de alguns Cursos de Enfermagem em âmbito nacional. Contudo, cabe sinalizar a importância do mesmo, de forma a poder ser

estratégia de transformação argumentada pela tese deste estudo.

Na Lei nº 6.494, de 1977, segundo Andrade (1989), pode-se perceber a idéia de complementaridade do ensino-aprendizagem, através desta modalidade, ou seja, um recurso buscando preencher lacunas e dificuldades sentidas no decorrer do Curso, procurando saná-las no último semestre.

Já, no Decreto Lei nº 87.497, de 1982, a idéia de complementaridade configura uma visão mais abrangente do processo ensino-aprendizagem. Enfatiza a aplicação dos conhecimentos teórico-práticos e a oportunidade de vivenciar o futuro desempenho profissional.

As concepções acerca da dimensão que pode ser e merece ser estabelecida, confere ao estágio pré-profissional uma oportunidade ímpar de interrelacionamento entre teoria-prática, aumento do vínculo da docência/serviço, conhecimento da realidade em que está inserido e seus engendamentos sociais, econômicos, políticos e culturais presentes.

A aula prática (Andrade, 1989), ao contrário, acompanha a parte profissionalizante do ensino de enfermagem, podendo ser visto como um recurso pedagógico, que reflete apenas a aplicação do conteúdo teórico, visando, sobretudo, o desenvolvimento de destrezas manuais e a implementação dos conhecimentos obtidos ao longo da formação profissional.

Outro aspecto importante que merece atenção, quanto ao desenvolvimento do estágio pré-profissional, é referente à responsabilidade compartilhada pelas instituições de ensino e serviço.

Concordo com Rezende (1986), quando comenta o papel passivo das instituições de saúde, afirmando que estas têm participado apenas burocraticamente, cedendo seus campos e, ainda, muitas vezes, estipulando o número de estagiários que podem receber.

Nesta perspectiva, o estágio pré-profissional, repensado e pensado como práxis transformadora, pode oferecer condições para a superação de tal prática, fortalecendo a tão propalada e necessária integração docência/serviço, numa dimensão crítica/reflexiva.

CAPÍTULO 3

O PERCURSO METODOLÓGICO

O reconhecimento da construção do objeto como tarefa humana, histórica, solidária, complexa, aproximativa, descontínua e inacabada também diz respeito à construção do sujeito. O pesquisador (...) não está fora da realidade que investiga. O real que ele conhece é aquele que ele realiza, e sua objetividade é uma construção que se dialetiza no processo de objetivação e subjetivação. Não somente o objeto é por ele construído, mas ele próprio se constrói no labor da pesquisa.

Minayo
(1994: 250)

3.1 - A Posição Teórico-Metodológica

Ao realizar o desenvolvimento do processo de pesquisa, adotei determinado percurso, com estratégias e modos de confrontação com o objeto de estudo, constituindo-se na metodologia científica. Assim, não basta apresentar o produto de um trabalho científico, seus resultados e contribuições, é preciso dizer como se chegou àquele produto, sob que bases se deu o processo investigativo e qual foi o papel do pesquisador no mesmo.

Ao delimitar o problema de pesquisa, a tese a ser sustentada e os objetivos como possibilidades operativas para este feito, foi definida a utilização do referencial teórico, apoiado, fundamentalmente, nas categorias epistemológicas de Ludwik Fleck (1986), especialmente a de estilo de pensamento e os níveis de práxis, tecidos por Adolfo S. Vázquez (1990). Esta escolha foi acompanhada de um estudo bibliográfico da produção literária desses autores, buscando um fortalecimento teórico para conceber a pesquisa.

Na medida em que trilhava o caminho da construção do referencial teórico, o fazia à luz da **perspectiva dialética**, *"na qual o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida"* (Minayo, 1994: 89).

Assim, pretendendo, inicialmente, conhecer quais estilos de pensamento

e níveis de práxis nortearam o estágio em enfermagem, nas experiências de formação ao longo da história, no modelo Nightingale (1850), no período do desenvolvimento dos princípios científicos (1950) e com o surgimento das teorias de enfermagem (1970), chegando ao momento da implantação do estágio pré-profissional com a aprovação do currículo mínimo (1994), considere que a perspectiva assinalada pudesse tornar possível esse conhecimento, através da **abordagem qualitativa**.

Apropriadamente, Limoeiro Cardoso, *apud* Minayo (1994: 89), coloca que:

O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas no objeto, vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras partes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso, ou indicar dimensão inteiramente novas ao objeto.

A abordagem qualitativa constituiu-se, pois, na perspectiva metodológica mais apropriada, tendo em vista o contexto histórico-social do fenômeno a ser estudado, num primeiro momento, e a sua ênfase nas realidades dos sujeitos envolvidos com o estágio pré-profissional (EPP) em enfermagem, num segundo momento, com a proposta de explorar as características que o EPP deve conter, para se tornar um espaço de exercício de uma práxis transformadora do ensino e da prática profissional de enfermagem.

3.2 - Procedimentos de Pesquisa - a Coleta, Organização e Análise dos Dados

3.2.1 - O Resgate Histórico das Experiências Formativas dos Enfermeiros

Para a construção do conhecimento dos estilos de pensamento e níveis de práxis presentes nas experiências de formação de enfermagem, ao longo da história, busquei a **captação dos dados** presentes nas fontes bibliográficas (artigos, revistas, livros) e nas Leis, Decretos e Pareceres que legislam o estabelecimento dos currículos mínimos de graduação em enfermagem.

Esta rememoração histórica do ensino de enfermagem e sua conseqüente análise, à luz das características atribuídas às categorias já mencionadas, foi se estruturando de modo simultâneo, seguindo um dos aspectos característicos do método de análise qualitativo.

Segundo Polit e Hungler (1994: 274),

a análise qualitativa envolve um método indutivo. A indução é o processo de elaboração de generalizações a partir de observações específicas... assim a análise qualitativa, em geral inicia com a busca de temas ou regularidades recorrentes nos dados.

A **sistemática de análise** usada apoiou-se na análise de conteúdo, mais propriamente na técnica de análise documental proposta por Bardin (1977: 45). Segundo o autor, a análise documental pode ser definida como:

uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado posterior, a sua consulta e referência... Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação.

Os **procedimentos** usados, ainda que de forma simultânea, incluíram **pré-análise**, constituída da seleção e organização do material histórico-bibliográfico requerido, uma **descrição analítica**, na qual o material de documentos foi submetido a um estudo orientado pelo referencial teórico-metodológico, que possibilitou a expressão de concepções relacionadas às categorias já estabelecidas pelo referencial teórico, culminando com uma **interpretação inferencial**, levando em consideração as conexões mais visíveis, bem como buscando elucidar aspectos mais latentes no estudo.

Segundo Lüdke (1986: 45), a tarefa de análise implica:

... num primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. Num segundo momento essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências num nível de abstração mais elevado.

Tentei perseguir esses passos no quarto capítulo, apresentando os diferentes momentos históricos e suas relações com o estudo teórico, reunindo as partes numa espécie de síntese, ao final do mesmo.

3.2.2 - A Experiência dos Sujeitos envolvidos com o Estágio Pré-Profissional em Enfermagem

O estudo qualitativo, de acordo com Polit e Hungler (1995: 270),

baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores.

Assim, para atingir o segundo objetivo, propus-me a dialogar com alguns sujeitos envolvidos com a experiência do estágio pré-profissional do curso de enfermagem de Santa Maria - RS.

O Curso de Enfermagem e Obstetrícia, da Universidade Federal de Santa Maria, foi criado em 1975, com fundamento em pesquisas realizadas no âmbito da Instituição e em fontes nacionais e internacionais, considerando que estudos, na época, vinham enfatizando a equipe de enfermagem como essencial para a prestação de cuidados de saúde na comunidade.

Um documento elaborado pelo Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura (DAU-MEC), em 1975, apontou a insuficiência quantitativa de enfermeiras no país, incentivando, a partir daí, a criação de cursos de graduação em enfermagem, em todas as Instituições Federais de Ensino que ainda não os possuíam (SILVA, 1989: 89).

Dados constantes do "*Plano Decenal de Salud para Las Américas*" demonstravam a urgente necessidade de capacitação de enfermeiros, para atingir uma força de trabalho ativa para a América Latina em 1980, que

representasse uma proporção de dezenove membros de pessoal de enfermagem para dez mil habitantes (Schubert Backes, 1992: 230).

Frente ao conclamo desses organismos, o Curso de Enfermagem da UFSM é instalado, em 1976. Desde sua criação, o Curso de Enfermagem funcionou junto ao Centro de Ciências Biomédicas. Com a aprovação do 2º Estatuto da UFSM, em 1978, o Curso passa a fazer parte do Centro de Ciências da Saúde, integrando-se com os outros cursos da área da saúde.

Em sua trajetória de vinte anos, o Curso de Enfermagem da UFSM desenvolveu suas atividades respaldadas em cinco organizações curriculares. O primeiro currículo pleno, fundamentado no Parecer 163/72, Resolução nº 04/72 do CFE, vigorou em 1976 e 1977. Estava estruturado em seis semestres (3 anos), apresentando um tronco pré-profissional, tronco profissional e habilitações a nível opcional. Possuía o Ensino Básico Integrado e o início do tronco profissional se dava no quarto semestre. A carga horária total do Curso perfazia 3105 horas. Destas, 2085 horas destinavam-se ao ensino teórico e 1020 horas ao ensino prático.

O segundo currículo pleno foi aplicado durante os anos de 1978 e 1979. A nova proposta curricular passa o Curso de Enfermagem para sete semestres (3 anos e 6 meses), uma vez que aflora a necessidade de se ter quatro semestres profissionalizantes em função do alcance que a consulta de enfermagem passa a exercer nas instituições de ensino/serviço, como recurso da metodologia de enfermagem, visando a sistematização da prática profissional.

Percebe-se que a mudança curricular efetivada tem como respaldo a prática da consulta de Enfermagem, antecipando-se, assim, às ações das

políticas de saúde que vão surgir na década de 80 (Schubert Backes, 1992: 238). A carga horária total amplia-se para 3.225 horas, com 2.205 horas para a teoria e 1020 horas para a prática. Observa-se, entretanto, que houve apenas o aumento da carga horária teórica, ou seja, é assegurada a instrumentalização teórica, enquanto que na prática parece ficar inviabilizada essa nova modalidade de assistência.

O terceiro currículo pleno foi implantado em 1980 e vigorou até 1987, tendo suas modificações centradas na dissolução do Ensino Básico Integrado, nos remanejamentos de disciplinas em determinados semestres, na alteração da carga horária e dos conteúdos programáticos, mas permanecia com sete semestres. A carga horária total diminuiu para 3.045 horas, ficando com 1935 horas para o ensino teórico e 1110 horas para o ensino prático. Percebe-se pequeno aumento da prática e diminuição da teoria.

O quarto currículo pleno do Curso de Enfermagem da UFSM, 1988-1995, tem uma peculiaridade. Trata-se de um currículo que foi estruturado em 1984 e apenas implantado em 1988, devido aos trâmites legais e às dificuldades de recursos humanos para sua operacionalização. Apesar de todos os obstáculos que se interpunham, o currículo foi implantado (1988) e realizaram-se seminários de avaliação. Nestes seminários, entre outros aspectos discutidos, houve consenso de que o currículo que estava sendo implantado já se encontrava defasado, em parte, embora tenha sido considerado avançado para a época em que fora estruturado (1984).

Este currículo difere dos demais por expor sua linha teórico-filosófica, através dos objetivos do Curso, do perfil profissional em Enfermagem buscado pela UFSM e dos conteúdos programáticos correlacionados a este fim.

Neste currículo, passa a existir o oitavo semestre do Curso, com a disciplina Estágio Supervisionado, ampliando-se, assim, a carga horária na teoria e na prática. Sua estrutura comportava uma carga teórica de 135 horas e prática de 570 horas, perfazendo um total de 705 horas, no oitavo semestre.

A carga horária total do curso passa para 4.170 horas, sendo 1.965 horas de ensino teórico e 2.205 horas dedicadas ao ensino prático. Vislumbra-se um aumento significativo da carga horária destinada à prática, alcançada em grande parte pela inclusão do Estágio Supervisionado.

O quinto e atual currículo pleno, que teve início em 1996, continua em vigência. Essa nova organização curricular vem para adaptar-se ao Parecer nº 314/94 do CFE e Portaria nº 1721 de 15/12/94, que fixa o novo currículo mínimo para a formação do Enfermeiro em nível de graduação e apresenta, como inclusão obrigatória, o Estágio Supervisionado em dois semestres.

Para o currículo pleno do Curso de Enfermagem da UFSM, a adequação à nova legislação obrigou a uma diminuição da carga horária total, atendendo também à Resolução interna da UFSM, nº 0027/94.

Dessa forma, a carga horária total do Curso fica em 3.500 horas, mais 360 horas de Atividades Complementares de Graduação (ACG) como cursos, estágios, seminários, entre outros, perfazendo 3.860 horas. Desse total, 1585 horas são destinadas ao ensino teórico, 1.915 horas ao ensino prático e 360 horas como ACG.

O oitavo semestre, com a disciplina Estágio Supervisionado, adequando-se à legislação, passa a contar, no sétimo semestre, com a disciplina Estágio Supervisionado I com uma carga horária de 60 horas,

destinadas a discussões com o coordenador do estágio, supervisor e orientador, assim como para conhecer o campo de estágio e integrar-se à equipe multidisciplinar, com vistas à elaboração do Projeto de Estágio Supervisionado em Enfermagem II.

No oitavo semestre, a disciplina Estágio Supervisionado II apresenta 60 horas de ensino teórico, que são ocupadas para instrumentalização dos alunos, supervisores e orientadores, para a avaliação do Projeto, elaboração do relatório de estágio, reuniões de avaliação do processo do estágio e 480 horas são designadas para a prática do estágio. Acredito que tenha sido um momento apropriado de dialogar com os alunos egressos, com os alunos que estavam desenvolvendo estágio pré-profissional, assim como com os coordenadores desse estágio, com os professores supervisores, com os enfermeiros orientadores ou as chefias das instituições de saúde - campo do estágio pré-profissional e ainda, com as chefias de enfermagem das instituições que contam em seu quadro funcional com o nosso aluno egresso e que vivenciou o estágio pré-profissional.

Face às peculiaridades da pesquisa qualitativa, foi necessário estabelecer uma amostra desses sujeitos pois, no entender de Polit e Hungler (1993), estudos desta natureza tendem a produzir grandes quantidades de dados narrativos, conseqüentemente, torna-se impraticável para o pesquisador utilizar amostras grandes para obter os dados.

Pelo fato da modalidade do estágio pré-profissional (EPP) envolver diferentes grupos de sujeitos para seu desenvolvimento, decidi manter esse diálogo com todos os grupos, ou seja, alunos que estariam desenvolvendo ainda o EPP (ADE), alunos egressos que usufruíram dessa experiência (AE),

os respectivos chefes de enfermagem ou de serviço desses alunos egressos (CHE/S), a coordenadora de estágio (COE), as enfermeiras orientadoras (EO) e as professoras supervisoras (PS).

A amostragem, seguindo um método intuitivo (intencional) ou de conveniência, não foi estabelecido rigidamente a priori, sendo determinado ao longo do processo de coleta e análise dos dados, possibilitado pela abordagem qualitativa, com base na saturação dos dados, ou seja, na reincidência das informações (Minayo, 1994: 102).

A **escolha da amostra** foi feita através de sorteio aleatório, observando-se alguns critérios. O grupo de **alunos desenvolvendo o estágio**, a priori, deveriam estar matriculados e em pleno desenvolvimento do seu estágio; com relação aos **alunos egressos**, realizei um levantamento do número de alunos, desde a turma que iniciou com o EPP, ou seja, a partir do segundo semestre de 1991, até o segundo semestre de 1996, perfazendo um total de cento e cinquenta e seis alunos egressos. Deste total, iniciei um sorteio aleatório, contemplando alunos de todas as turmas e que estivessem atuando profissionalmente na Região Sul. O número de **Chefes de Enfermagem** ou de Serviço foi correspondente a cada aluno egresso e que estivesse disposto em participar do nosso estudo. Foi sorteada uma **coordenadora de estágio**, num universo de três. Com relação às **enfermeiras orientadoras**, até o segundo semestre de 1996, somavam um total de cento e vinte e seis (126), contudo esse número caiu para trinta e oito (38) quando estabeleci o critério de ter orientado pelo menos dois (2) alunos. O mesmo critério foi usado para as **professoras supervisoras**, de modo que encontrei um total de vinte e oito (28).

O quadro a seguir apresenta um demonstrativo desses dados, bem como o uso de um código por grupo de sujeitos, garantindo o anonimato dos mesmos.

QUADRO 1 - Dimensionamento do universo e da amostra dos grupos de sujeitos entrevistados

Grupos de sujeito	Código	Universo	Amostra	Percentual (%)
Alunos Desenvolvendo Estágio (2º sem./97)	ADE	23	03	16,00
Alunos Egressos (2º sem./96)	AE	156	15	9,06
Chefes de Enfermagem/ Serviço	CHE/S	12	12	100,00
Coordenadora de Estágio	COE	03	01	33,00
Enfermeiras Orientadoras	EO	38	10	26,00
Professoras Supervisoras	PS	28	11	29,00
TOTAL	-	260	52	20,00

Os dados referentes ao segundo objetivo foram coletados junto a essa amostra de sujeitos, através da técnica de **entrevista semi-estruturada**, combinando questões já determinadas, tendo em vista a apreensão do fenômeno do estudo e questões abertas, oportunizando a ampliação do itinerário pré-estabelecido. A entrevista semi-estruturada se desenvolve a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador realize as necessárias adaptações (Lüdke, 1986: 34).

Oportunamente, Minayo (1994: 109), referindo-se à entrevista como técnica de coleta de informações na pesquisa qualitativa, ressalta que:

o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de

informações... é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas... e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um portavoiz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

As **entrevistas** foram realizadas no período de outubro a dezembro de 1997 e de março a junho de 1998. Algumas entrevistas foram realizada em Santa Maria – RS, na residência da pesquisadora, ou dos sujeitos, bem como, algumas vezes, em seu local de trabalho. Outras entrevistas foram desenvolvidas em Porto Alegre – RS, Cachoeira do Sul – RS, Santa Rosa – RS, Bagé – RS, Pinhal Grande – RS e Florianópolis – SC, tendo em vista o sorteio realizado e o sujeito encontrar-se atuando nessas localidades.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes, após foram transcritas, digitadas e remetidas aos entrevistados para procederem sua validação. Esse procedimento mostrou-se importante, mas, algumas vezes, um pouco demorado.

Organização e Análise dos Dados

Iniciei, num **primeiro momento**, este processo, realizando uma leitura flutuante das entrevistas, por grupo de sujeitos, buscando, nas falas, reconhecer elementos que ilustrassem as categorias presentes no nosso referencial teórico da pesquisa.

Polit e Hungler (1995: 273) manifestam que:

a tarefa de análise dos dados quase sempre é imensa... embora particularmente desafiadora... envolvendo muito trabalho... para organizar e dar sentido a centenas de páginas de materiais narrativos.

Apesar de não existirem regras específicas para a análise de material qualitativo, é preciso dar um certo ordenamento aos dados e, para isso, o pesquisador qualitativo tem um duplo desafio. Ao mesmo tempo que não se vê cerceado por regras metodológicas, ele precisa criar seu método de organização dos dados. É preciso planejar um mecanismo para ter acesso a partes dos dados, sem que tenha que ler e reler a totalidade desse conjunto de dados.

No seguimento das leituras, como um **segundo momento**, senti a necessidade de organizar uma espécie de mapeamento, um "corpus" (Minayo, 1994) com segmentos de falas do conjunto de sujeitos do mesmo grupo, questão por questão. Este exercício possibilitou visualizar o conjunto das informações e o nível de saturação das mesmas.

De posse desses dados, foi possível estabelecer algumas sínteses interpretativas relacionadas aos conceitos adotados no referencial teórico. Cada grupo fornecendo informações e representações específicas e, ao mesmo tempo, constituindo conjuntos diferenciados por grupo de sujeitos.

Num **terceiro momento**, retornei às entrevistas com o intuito de captar as ilustrações, através de fragmentos de falas que expressassem as categorias de estilo de pensamento de Fleck (1986) e dos níveis de práxis de Vázquez (1990), estabelecendo uma inflexão do referencial teórico sobre o material empírico organizado.

Em cada uma dessas categorias aparecem sub-categorias que permitiram captar o dado numa dimensão mais aproximada do seu significado.

O estilo de pensamento, segundo Fleck, *apud* Löwy (1994b: 237) "é o conjunto de normas, saberes e práticas compartilhadas e pertencentes a um

determinado coletivo de pensamento formado por um grupo de pensadores".

Considerarei a Enfermagem um coletivo de pensamento, que dispõe de estilos de pensamento que, por sua vez, no desenvolvimento da formação profissional e, mais especificamente no estágio pré-profissional, revelam-se em padrões de comportamento profissional, conferindo regularidades ou padrões, necessários para a especificidade profissional, mas que sofre o risco de rigidez do pensamento (inflexibilidade). Contudo, Fleck (1986) acredita na existência de uma periferia mais difusa presente com esse núcleo mais rígido (círculo de regularidade e zona de acordo profissional), que chama de fronteiras contingentes ou negociáveis, permeadas por um estilo de pensamento e padrões comportamentais mais flexíveis que, segundo ele, permitem a superação de conhecimentos e do próprio estilo de pensamento.

Na estabilização e difusão do conhecimento, há padronização de métodos, instrumentos, técnicas, modelos, entre outros, que contribuem para a codificação ou padronização de comportamentos profissionais mais rígidos (inflexíveis) ou mais flexíveis. Essa flexibilidade que é consubstanciada por fronteiras contingentes na interação entre coletivos de pensamento, é denominada de "objetos fronteiricos" (Fleck, 1986).

Na "tradução" de saberes, práticas, métodos, instrumentos, técnicas de um coletivo de pensamento para outro, no entender de Fleck (1986), haveria um ponto intermediário, com zonas de interesse ou zonas de interação como um espaço de interdisciplinariedade, de trocas, propício a inovação e transformação do estilo de pensamento.

Desta forma, a categoria estilo de pensamento foi subcategorizada em padrões de comportamento profissional com regularidades (padrões inflexíveis,

rígidos), de flexibilidade (possibilidade de inovação) e objetos fronteiriços (elementos de flexibilidade em zonas de interação, com possibilidade de superação do estilo de pensamento). A categoria práxis (ação reflexiva e criadora do homem), foi subcategorizada em níveis de práxis reiterativa (ação imitativa, repetitiva), transformadora (ação criadora) e reflexiva¹¹ (alto grau de consciência).

Por fim, o estudo apresenta uma síntese do movimento investigativo relacionando, esses resultados, no seu desfecho, com as dimensões curriculares presentes no processo formativo, tentando responder à sua questão de pesquisa e a assertiva de tese. Segundo Minayo (1994: 236),

... esse movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e abstrato, entre o particular e o geral é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado... que para Marx é o produto final e sempre provisório, resultado de todas as etapas de pesquisa.

Walker, *apud* Lüdke (1986: 52), expõe que para a validade do estudo qualitativo não ficar comprometida, sugere que haja uma intensa comunicação dos dados revelados pelos sujeitos estudados, de modo a apresentar os diferentes pontos de vista dos mesmos sobre o fenômeno estudado.

Alertada para esse dado, optei por descrever a interlocução com os seis grupos de sujeitos, tendo em vista a diversidade dos mesmos, de modo a expressar fidedignamente seus pontos de vista em relação às diferentes questões enunciadas para cada grupo.

Esse esforço está desenvolvido nos capítulos que se seguem.

¹¹ Neste estudo, a práxis reflexiva foi tomada como um nível de conscientização sem o desenvolvimento de uma ação correspondente. Ela expressaria um momento de transição da intenção para a ação, com alto grau de consciência da transformação criadora (Vázquez, 1992).



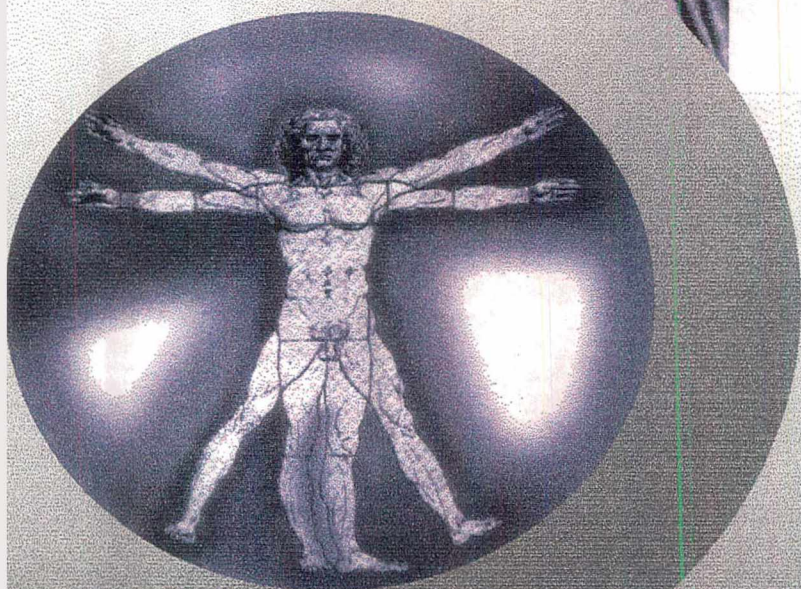
CAPÍTULO 4

OS ESTILOS DE PENSAMENTO

E NÍVEIS DE PRÁXIS PRESENTES

NAS EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO DE

ENFERMEIROS AO LONGO DA HISTÓRIA



A criação supõe sempre a criação de algo novo (...), o novo está inscrito como uma possibilidade nos elementos pré-existentes (...). Não se cria algo novo senão a partir do que já existe, mas nunca basta o pré-existente para produzi-lo. A criação só existe propriamente como atividade específica humana, ou seja, como atividade que produz um objeto que não podia existir por si mesmo, isto é, sem a intervenção da consciência e da prática humana: a práxis criadora.

Vázquez
(1990: 247)



4.1 - Antecedentes Históricos da Enfermagem ao Modelo Nightingale: a Tutela da Igreja e da Prática Médica

Para melhor captar a evolução histórica da Enfermagem, o surgimento do ensino dessa profissão na Era Nightingaliana, que marca o advento da enfermagem moderna, é preciso retomar os antecedentes históricos da enfermagem tradicional.

Essa revisão histórica situa-se desde a era cristã, a Idade Média, o período de transição entre a queda do feudalismo e a instalação do capitalismo na Inglaterra, e as primeiras décadas do século XX, nos Estados Unidos (Almeida e Rocha, 1989).

Procurando recompor esta história numa linha de tempo lógico, acredito que o estudo de Collière muito contribui para elucidar a gênese da prática de cuidados, prática essa milenar, que significa a garantia direta da continuidade da vida do grupo, da espécie homo (Collière, 1989: 25).

Collière (1989: 27) relata:

desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso "tomar conta" da vida para que ela possa permanecer. Os homens, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie.

Nos primórdios da humanidade até o fim da Idade Média, na sociedade ocidental, o saber foi organizado para dar conta de problemas práticos e do comércio dirigido pelos homens, e às mulheres cabia a prática de cuidados que permitissem e favorecessem a manutenção da vida. O saber em torno das práticas de cuidado constrói-se, essencialmente, ao redor de tudo o que dá vida, o que é fecundável e que dá à luz (Collière, 1989: 32).

A prática de cuidados está ligada às atividades da mulher. É ela que dá à luz, é ela que tem o encargo de "tomar conta", de preservar tudo o que mantém a vida cotidiana nos seus mínimos detalhes. Assim, *"não havia descontinuidade do que hoje chamamos cuidados preventivos e curativos, todos tentavam contribuir para assegurar a manutenção da vida, relativamente a tudo o que podia influenciar a sua evolução"* (Collière, 1989: 48).

As mulheres, ao dominarem as práticas do corpo ligadas ao nascimento e ao conhecerem as virtudes profiláticas e curativas das plantas, tornam-se "o médico do povo", segundo Collière (1989: 19). Ela refere, ainda, que os imperadores, os reis, os mais ricos barões, tinham alguns doutores de Salerno e de outros locais, mas o povo só consultava a Saga ou Mulher de Virtude (mulher que cuida).

Há uma passagem, no texto de Collière (1989: 49), que retrata a natureza desse cuidado, dirigindo ao corpo global não dissociado do espírito e ligado a todo o universo, comunicando-se pelo corpo de quem trata.

Cuidar é ajudar a viver aprendendo a conciliar as forças diversificadas, aparentemente opostas mas de fato complementares. Os cuidados são fonte de prazer, de satisfação, expressão de uma relação, pacificam, acalmam, aliviam, dispersam-se os tormentos tentando evitar o

sofrimento.

Com o advento do Cristianismo, começa a instalar-se uma nova concepção dos cuidados que, segundo Collière (1989: 56), "*nega a interrelação corpo-espírito, dando a supremacia ao espírito e relegando o corpo impuro*". Para se libertar, o corpo deve conhecer o sofrimento e a dor.

A influência e o poder da religião (Igreja) trata de fazer desaparecer o "poder" dos adivinhos, dos feiticeiros e das mulheres (pagãs). Essas detinham o patrimônio dos cuidados do corpo e a utilização das plantas. Tornaram-se elas o alvo prioritário das perseguições e da repressão da Igreja, pela ameaça que representavam ao poder religioso.

Com a ascensão do modelo religioso, as concepções que orientam as práticas de cuidado são as das mulheres consagradas (exaltação às virgens), que renunciam ao mundo, a si e dedicam-se a Deus.

As formas de vida religiosa em clausura ou secularizada (irmãs de caridade) têm o mesmo alcance, ou seja, tratam-se os doentes, primeiro por caridade, mas também porque ao tratá-los no seu corpo se pode ajudar a salvar sua alma. As práticas de cuidados já não se dirigem ao corpo concreto global, mas dissociam o corpo do espírito. O cuidado exercido pelas mãos, pelo sentido do tato é substituído pelo discurso, pelas recomendações e conselhos baseados nos princípios dos valores morais e religiosos.

Um outro aspecto que aponta outra delimitação é que os cuidados são dirigidos apenas aos corpos sofredores, miseráveis, atingidos por numerosos males (doença/dor).

Collière registra no seu texto que:

é preciso haver uma degradação física ou social, alteração, perda de integridade, para que os cuidados se tornem necessários, tomam então o seu sentido e a sua utilidade focalizando-se sobre o que vai mal, sobre o que faz doer (1989: 67).

Este alívio do sofrimento representa o perdão do pecado, sendo o sofrimento um mal-necessário e as práticas de cuidados das "mulheres consagradas" não se propõem a evitá-lo e, sim, tratá-lo. Esses ideais de caridade e auto-sacrifício visavam o conforto da alma do doente para sua salvação. Esse tipo de atividade não pressupunha ordens médicas, de forma que a enfermagem, neste sentido, era uma prática independente da prática médica (Almeida e Rocha, 1989: 38).

Desta forma, as "mulheres consagradas" colocam suas vidas ao serviço dos doentes e dos indigentes, experimentando uma satisfação de contribuir pessoalmente para a missão da Igreja, participando na obra da Redenção e na Salvação (Collière, 1989: 70).

Assim, as "mulheres consagradas" ao amor divino tornam-se o modelo de referência da mulher que presta cuidados e as práticas de cuidados conhecidas pelas "mulheres de virtude" são obrigadas a recolher-se ao mundo do silêncio e da clandestinidade.

Esse modelo religioso permaneceu na Idade Média e vamos encontrar, no período de transição, entre a queda do feudalismo e a instalação do capitalismo, um período na enfermagem conhecido como o momento mais

obsuro da história da enfermagem (última parte do século XVII, até a metade do século XIX, conforme Almeida e Rocha, 1989: 37).

Tem início o período decadente e de laicização do cuidado de enfermagem. As mulheres que vão exercer as atividades como enfermeiras nos hospitais eram as que não serviam nem para a indústria, segundo Jamieson et al., *apud* Almeida, pois eram imorais, bêbadas e analfabetas (1989: 38).

Essa etapa da estrutura social culmina com grandes mudanças como o renascimento, a reforma, o aparecimento da medicalização do hospital e a promulgação das leis anticlericais.

Pela dessacralização progressiva do poder político, com a separação entre Igreja e Estado, a enfermeira continua prestando serviço aos pobres, aos doentes, com a vocação de servir. Entretanto, com as descobertas do fim do século XIX, a concepção dos cuidados modificou-se. Essas descobertas no campo da física e da química permitem aplicar à medicina os efeitos desses conhecimentos, criando tecnologias cada vez mais apuradas para diagnosticar e, depois, para tratar as doenças.

As atividades médicas, por sua vez, ampliaram-se e tornou-se necessário que algumas fossem delegadas. O ato médico passou a exigir mais colaboração, ou seja, ele precisou ser ajudado por alguém que pudesse detectar precocemente os sinais da doença, aplicar um tratamento, preparar material, além de consolar, encorajar. Ninguém melhor do que a enfermeira estava apta a preencher este papel. Passou a ser, então, a "*mulher enfermeira - auxiliar do médico*" (Collière, 1989: 78).

O conhecimento a que teve acesso neste momento é aquele que o

médico lhe dispensou para cumprir as tarefas prescritas.

Assim, passou a ser um agente de informação e um agente de execução. Agente de informação, porque observava mais o doente do que o médico e agente de execução pois, seguia à risca as prescrições médicas. A execução não permitia qualquer modificação e não exigia um espírito crítico. Para proceder qualquer mudança devia consultar o médico (seu chefe).

Os conhecimentos postos à disposição das enfermeiras foram aqueles traduzidos pelos médicos e versavam, particularmente, de textos sobre a patologia em si e descrição de técnicas (para a enfermagem).

Até o século XVIII, o hospital era basicamente uma instituição de assistência aos pobres. Como tal, o pobre necessitava de assistência e, como doente, era um possível propagador da mesma, portanto, era preciso separá-lo, excluí-lo. O pessoal que trabalhava no hospital não estava destinado a curar o enfermo, mas desejava alcançar sua própria salvação. Esse aspecto caritativo (laico ou religioso) pressupunha o desempenho de técnicas simples relacionadas à higiene, cuidado com as feridas, preparo de chás e alimentação, lavagem de roupas e cuidados com o ambiente do paciente (Almeida e Rocha, 1989: 39).

Assim, segundo Foucault, *apud* Almeida e Rocha (1989: 39):

o fator principal que contribuiu para a medicalização do hospital não foi a busca de uma ação positiva sobre o doente e nem sobre a doença, mas, sim, simplesmente, a anulação dos efeitos negativos do hospital.

Os primeiros hospitais a se organizarem são os militares, introduzindo-se a disciplina como mecanismo de reordenamento do espaço até então

caótico, degradante, assim como permitiu a disciplinarização do pessoal hospitalar, representado na enfermagem por mulheres decadentes.

Era preciso normatizar e regulamentar a vida do hospital. Distribuir os doentes em um espaço onde pudessem ser vigiados e tudo o que acontecesse fosse registrado.

Esse poder disciplinar é confiado ao médico (Foucault, *apud* Almeida, 1989: 39). O saber médico sofre o deslocamento dos livros para o hospital e a causa da doença presente no organismo alcança a dimensão do meio que rodeia o indivíduo, como o ar, a água, a temperatura ambiente, a dieta e outros.

Na medida em que avança a instalação do capitalismo, o corpo transforma-se numa força de trabalho altamente requisitada e caberá à medicina a sua manutenção e recuperação.

Nessa mudança, em que se concebe o hospital como um instrumento de cura e a distribuição do espaço se converte em instrumento terapêutico, o médico assume a responsabilidade da organização hospitalar, que passa por um processo de reformulação, à medida que se complexifica, ficando, então, os enfermeiros com a organização da assistência e os médicos com o comando político e funcional geral.

Almeida e Rocha (1989: 40) deixam transparecer muito bem a tutela que a prática médica começa a exercer sobre a enfermagem. E nos dizem:

o saber médico traduz-se em poder que se cristaliza no topo da hierarquia hospitalar e passa a dirigir todas as práticas advindas da divisão social do trabalho no hospital. As relações de dominação-subordinação se estabelecem e a prática de enfermagem, de independente passa a ser uma prática dependente e subordinada à prática médica.

Essa breve revisão histórica permite compreender o contexto em que a tutela da Igreja e da prática médica foi exercida sobre a enfermagem.

Ao refletir sobre que estilo de pensamento poderia estar presente na **enfermagem tradicional**, atrevo-me a pensar que, no período da prática de cuidados exercido pelas "mulheres de virtude", circunscrito por um saber empírico, intuitivo, passado de geração a geração, baseado no uso das plantas e ervas e em procedimentos caseiros, revela-se no que poderíamos denominar de um **estilo de pensamento "pró-vida"**. Isto é, tendo em vista a manutenção da vida, do grupo, da espécie, todas as atividades se dirigiam para propiciar um viver saudável, buscando, através de cuidados profiláticos/preventivos, evitar a doença, o sofrimento, o mal.

Lembremo-nos que neste momento a economia social baseava-se na economia de subsistência, conferindo uma vida em sociedade organizada em sistemas, que produziam iguais responsabilidades entre seus habitantes.

Poderia arriscar-me a dizer que a atividade então desenvolvida pelas mulheres de virtude seria o **exercício de uma práxis criativa reflexiva**, pois, ao mesmo tempo em que se baseavam na observação e experimentação de agentes para manter a saúde ou para recuperá-la, esta atividade possibilitava desenvolver novas práticas. Além disso, tomando o ser humano como um todo (corpo-espírito), era preciso pensar, estudar cada nova situação que se apresentava.

Bruscamente, este contexto social se modifica na busca de um desenvolvimento e tomada de poder pela Igreja. Neste período, a sociedade ocidental se fragmenta territorialmente e, no choque pela disputa do poder

político, fragmenta-se também o saber, dando origem a superstições e credences que se agregam às práticas de saúde. Instaura-se, como vimos, um estilo de pensamento caracterizado por princípios religiosos, com normas, valores e atividades voltadas à redenção da alma dos indivíduos doentes e dos cuidadores, que conferia uma certa unidade ao pensamento e às práticas.

A prática das "mulheres consagradas", ditada pelos valores de servilismo, caridade e abnegação, tornar-se-á uma práxis idealista, visando o "conforto da alma", permanecendo num trabalho abstrato e contemplativo.

Com a instalação do capitalismo e as mudanças por ele suscitadas emerge a "mulher-enfermeira-auxiliar do médico". O estilo de pensamento é muito próximo ao religioso, apesar da laicização da enfermagem, pois era preciso resgatar a imagem estabelecida pelo "período obscuro da enfermagem".

O **modelo vocacional** se organiza ideologicamente em torno da prática de enfermagem como uma vocação, um chamado, um trabalho que vai requerer auto-sacrifício. E se institucionaliza, através do disciplinamento, a fim de tornar possível o trabalho de auxiliar a prática médica.

—D Sua atividade é marcada, essencialmente, por uma **práxis reiterativa**, ou seja, imitativa daquelas atividades que lhe são delegadas pelo médico.

É neste contexto de introdução de mecanismos disciplinares, hierárquicos, que emergem as raízes da enfermagem moderna, juntamente com o espírito de reforma social, com o fim de melhorar as condições de saúde da Inglaterra no século XVIII, que iniciava os passos rumo à industrialização.

4.2 - Situando a pessoa de Florence Nightingale em seu Contexto

Histórico

Para conhecer a obra de Florence Nightingale é preciso, antes, conhecer a pessoa que foi Florence, o contexto em que viveu e assim poder depreender com maior fidedignidade suas razões e ações.

Florence, embora nascida em Florença - Itália, em 12 de maio de 1820, era inglesa. Sua família era representante da aristocracia inglesa, portanto, circulava entre a corte, desfrutando da companhia dos nobres. Ela era apoiada pelo pai, que não descuidava das incansáveis lições de grego, latim, francês, alemão, história e filosofia. Sua irmã, Parthenope, preferia acompanhar a mãe Fanny em atividades consideradas mais adequadas para uma mulher, como bordar, tomar chá com amigas. Florence aproveitava e se superava em todas as disciplinas. Desta forma, elevava seu nível cultural, diferenciando-se das mulheres de sua época.

Sua família realizava grandes viagens pela Europa e Florence cultivava um hábito de anotar tudo o que lhe chamava a atenção em seu diário, com precisos detalhes como horas, datas, distâncias, além de aspectos ligados à diversão, cultura e o mundo de pobreza que via. Aprendeu muito nessas viagens.

Em plena mocidade, muitas vezes esquecia do apelo que guardava escrito em seu diário: "*Deus falou comigo e me chamou para seus serviços - que um dia isso se tornaria claro e que obedeceria*". Tinha certeza disso. Mas ainda se passariam muitos anos, até que isso viesse a acontecer (Brown, 1993:

12).

Contudo, uma idéia parecia fixar-se em sua mente e, em seu diário, Florence escreveu: *"a minha mente está absorvida com a idéia do sofrimento do homem; eu mal consigo ver outra coisa. Todas as pessoas que vejo são cuidadosamente consumidas pela pobreza ou pela doença"* (Nightingale, apud Brown, 1993: 12).

Ela tinha uma necessidade de ser útil e perguntava-se: *"mas o que eu poderia fazer?"* Ajudar realmente os pobres não seria considerado apropriado, apesar de muitas vezes visitá-los e oferecer-lhes sopa e dinheiro.

Então, com 24 anos (1844), sentiu o que realmente poderia fazer, ou seja, poderia trabalhar em hospitais entre os doentes. Entretanto, nesta época, isso era praticamente impossível para uma mulher da sua posição social. Os hospitais eram lugares úmidos, escuros, sujos, mal construídos, mal administrados. Os pacientes, com todos os tipos de doença, eram amontoados. O conceito de higiene não era praticamente compreendido. Era um ideal fazer de tudo para não precisar entrar neste lugar. Os médicos não lavavam as mãos ao atenderem os doentes, ao realizarem cirurgias, protegiam-se do sangue com um casaco que permanecia muito tempo sem ser lavado ou trocado por outro. As "enfermeiras" eram mulheres descuidadas, sujas, bêbadas. Nenhuma dama poderia ser exposta à visão e som de tais lugares (Brown, 1993: 13-14). Florence não ousou contar isso a seus pais.

Um primeiro passo, neste sentido, foi pedir conselhos a um filantropista americano, amigo da família: - *"não seria possível uma mulher respeitável ser enfermeira?"* Dr. Samuel respondeu-lhe: *"- embora difícil, seria uma boa coisa"*

(Brown, 1993: 14).

Sabia que sua família nunca aceitaria tal idéia. Ao mesmo tempo, sabia que deveria ter um treinamento para ser útil e decidiu que deveria entrar numa enfermaria para aprender enfermagem. Como era praticamente impossível, secretamente começou a estudar relatórios hospitalares ou qualquer coisa que pudesse dar uma visão, por menor que fosse, sobre o modo como os hospitais eram administrados e o que era necessário para sua melhoria.

Ficava madrugada a dentro escrevendo e implorava aos amigos que conseguissem relatórios ou qualquer informações dos hospitais franceses e alemães. Ninguém suspeitava da sua vida de estudos e de luta.

Em outubro de 1846, um amigo envia-lhe informações sobre um Instituto de Diaconisas em Kaiserswerth, na Alemanha. Tratavam-se de mulheres religiosas respeitadas, de boa reputação, que cuidavam de doentes.

Para Florence, era um vislumbre de esperança na escuridão, pois possivelmente a família não faria objeções. Contudo, sua saúde inspirava cuidados e lhe foi recomendado viajar. Visita Roma, conhece um pouco do sistema de saúde. Mais tarde, visita o Egito, onde também coleta dados. Em 1849, chega em Kaiserswerth, na Alemanha, e permanece por duas semanas observando o trabalho ali desenvolvido. O que ela viu a inspirou para escrever um panfleto sobre o trabalho das senhoras de Kaiserswerth, no seu regresso a Londres. Queria, com isso, persuadir mulheres como ela a iniciar trabalhos semelhantes, ao invés de chás e passeios de carruagem.

A família continua a não apoiar Florence. Sidney Herbert e sua esposa, grandes admiradores de Florence, a encorajaram em romper com a família e se

tornar enfermeira. Doutora Elizabeth Blackwell, uma das primeiras mulheres médicas também a apoiava e considerava que deveria ter determinação para tomar uma atitude decisiva (Brown, 1993: 18).

Florence começa a aceitar o fato de que não contaria com a aprovação da família. Vencendo a família, a mãe e a irmã a acompanham a Kaiserswerth, na Alemanha (1850), dizendo que iriam ficar três meses com Florence em uma casa de repouso. Apenas Florence permanece. A vida era dura em Kaiserswerth. Comida simples e escassa, as estudantes levantavam às 5 horas da manhã, tinham apenas dez minutos para as refeições, os dias eram interrompidos para a realização de preces. Mas ela estava feliz, fazendo o que realmente queria fazer. Tudo o que observava ou fazia, ela registrava em seu diário de anotações.

Retorna de Kaiserswerth com a mãe e a irmã. Encontra o pai doente e dispensa a ele sua atenção. Seu pai torna-se seu grande aliado, a partir de então.

Vendo-se novamente reclusa em sua casa, pede conselho ao cardeal, na esperança de fazer parte de um treinamento de enfermeiras num hospital católico de irmãs de caridade, em Paris. Conseguiu o que almejava e tinha um mês para aprender mais. Visitou hospitais, enfermarias, instituições, acompanhou operações e os médicos, quando esses examinavam os doentes.

Nessa ocasião, em seu retorno para casa, faz circular um questionário para hospitais franceses, alemães e ingleses e comparou as respostas anotadas em um mapa. Com este estudo estava tornando-se "expert" na área.

Em 1853, Florence aceitou o cargo de superintendente no Instituto para

cuidado de senhoras doentes, em Londres. Inicia sua carreira na administração de hospital. Remodela totalmente a casa, instalando campainhas, elevadores, etc. O comitê que a convidou começou a se perguntar se tinha feito a escolha certa. Florence tinha os fatos, argumentos, e não idéias vagas para melhoria, ela sabia exatamente como tudo funcionaria. Tudo era checado por ela.

Era formidável com todos, mas extremamente rígida. Preparou artigos sobre as falhas dos hospitais ingleses e traçou planos para recrutar filhas de fazendeiros a serem treinadas como enfermeiras, nos parâmetros de Kaiserswerth.

Adentrando o ano de 1854, a Inglaterra com a França apoiam aliados turcos na guerra contra a Rússia. Começa a guerra na Criméia. Dentro em pouco, a experiência de Florence seria utilizada.

Sidney Herbert, fiel e velho amigo de Florence e agora secretário de guerra, sugeriu a Florence que organizasse um corpo de enfermeiras e partisse para Scutari, assim que possível.

Florence sentiu que era esse o trabalho que Deus queria que ela fizesse. Sua irmã lhe escreve, dizendo: - *"Ninguém pode duvidar que você foi feita para isso"* (Brown, 1993: 27).

Em 05 de novembro de 1854, Florence e um grupo de trinta e oito mulheres entram no Hospital Barrack, de Scutari. Florence tinha se preparado para o que a esperava. Os corredores levavam a enfermarias sujas, obscenas, com milhas e milhas de camas, onde os feridos eram depositados. Tudo era um meio propício para as doenças infecciosas. Não havia nada no Hospital Barrack, além do quê, era preciso seguir as regras e regulamentos de uma

comissão militar e tudo o que era dado aos pacientes era assinado pelos médicos (Brown, 1993: 28-29).

Sua grande tarefa começa quando a disseminação de cólera e gangrena vitima cada vez mais soldados e uma tempestade de inverno varre as tendas, afunda navios. Florence presencia uma calamidade sem paralelos. Através de sua influência, consegue doações, faz inventário dos itens necessários e os adquire. Uma ala do hospital que pegou fogo foi reparada com as doações e seu próprio dinheiro.

Florence lutava contra os piores riscos. Desenvolveu planos sistemáticos para organizar o hospital e, apesar de algumas melhorias, as mortes continuavam a aumentar.

Na primavera de 1855, Florence estava exausta, às vezes ficava oito horas de joelhos, atendendo aos feridos. Falando e rindo, fazia as visitas, muitas prolongando-se até a noite. Usava uma lâmpada, ficando conhecida como a "Dama da Lâmpada". Trabalhava em tudo que chegava a ela. Seu trabalho vinha sendo reconhecido, as doações continuavam e os soldados contribuíram com um dia de trabalho, oportunizando o estabelecimento de uma fundação, a Fundação Nightingale.

Em 26 de abril de 1856, a paz é declarada e Florence retorna como heroína. Aos 36 anos, sua missão estava começando. A imagem que ficou foi da "Dama da Lâmpada" levando conforto e esperança. Uma mulher inteligente, diplomática e determinada. Sua experiência em Scutari a levou a pensar que precisava encontrar uma maneira de honrar a profissão de enfermagem, tornando-a uma profissão respeitável, dentro de padrões de conduta e de

conhecimentos que todas as enfermeiras deveriam ter. Ela sabia que os hospitais também deveriam ser mudados.

Em 1857, mais brilhante do que nunca em seus argumentos, concluiu um relatório confidencial de mil páginas, com anotações sobre saúde, eficiência e administração hospitalar.

Florence estava basicamente discutindo e brigando muito mais pela prevenção do que pela cura. E isto era uma idéia nova para a época. Muitos políticos e homens médicos do exército sentiram que essa idéia era revolucionária e positivamente irritante (Brown, 1993: 43).

Colecionou estatísticas provando que o índice de soldados jovens mortos em tempo de paz era maior do que a população em geral. Com isto muitas reformas vieram e, em três anos, o índice de mortes começava a diminuir. E Florence continuava com seus estudos e planejamentos. Concebeu uma teoria revolucionária para a época, em que a simples melhoria de construção e manutenção física poderiam colaborar na diminuição das mortes. Mais janelas, melhor ventilação, melhor drenagem e menos sujeira com a escovação rotineira do chão, paredes e camas, eram medidas básicas que todo hospital deveria tomar (Brown, 1993: 44).

Em 1859, publica "*Anotações sobre hospitais*" e mostra ao mundo porque todos temiam ir ao hospital e como se poderia remediar os problemas. Tinha idéias sobre maneiras mais eficientes para se distribuir roupas limpas, o melhor método para se manter a comida quente, sobre o número correto de polegadas entre as camas, entre outros aspectos. Florence se tornou expert na construção e reformas de hospitais. Um dos hospitais que

ela aconselhou foi o St. Thomas, de Londres. Enquanto aconselhava nos planos de construção do novo hospital, ela decidiu que ali seria um bom lugar para se estabelecer uma escola para enfermeiras. Ainda em 1859, escreveu um pequeno livro - "*Notas sobre Enfermagem - o que é e o que não é*". Foi um sucesso instantâneo.

As anotações eram revolucionárias: de que boa higiene básica era imprescindível e, com sensibilidade, descreveu o sofrimento físico e mental de uma pessoa doente.

Para efetivar essas idéias, Florence precisava apresentar ao mundo um tipo diferente de enfermeira.

Muitos médicos da época eram contra qualquer treinamento de enfermagem. Eles achavam que a experiência e uma simples instrução no local bastavam.

Florence, com quarenta e cinco mil libras provenientes da Fundação Nightingale, estabelece uma Escola de treinamento para enfermeiras, ligada ao Hospital St. Thomas. As enfermeiras Nightingale seriam treinadas para treinar outras e para tomar postos onde elas pudessem estabelecer os elevados padrões que Florence havia delineado (Brown, 1993: 47).

Cada candidata era selecionada "a dedo" e deveria ter uma referência pessoal. Para elas eram fornecidos uniformes limpos. A disciplina era rígida, mas recebiam um quarto individual e Florence enviava flores, livros, mapas e fotografias, para que a Escola se tornasse um lugar agradável de se viver e de se trabalhar. Preocupava-se pessoalmente como estavam as alunas, se se alimentavam, entre outros aspectos.

Nunca uma enfermeira havia recebido a chance de estudar dessa maneira. Dentro de poucos meses, os pedidos por enfermeiras Nightingales começavam a surgir para Florence. Sua Escola era um sucesso. Em 1867, um grupo foi enviado para Sidney, na Austrália e, perto de 1880, as enfermeiras da maioria dos hospitais do Reino Unido, Canadá, Alemanha, Suécia e Estados Unidos, tinham sido treinadas na Escola de Treinamento Nightingale. Graças à determinação de Florence, a profissão passa a se tornar mais respeitada.

Nos anos seguintes, continua se dedicando à Escola e em novos projetos: a reforma do exército na Índia e à criação da Lei de Amparo aos Pobres.

Passa por um período de grandes perdas afetivas. Falece seu pai, sua mãe, Dr. Herbert e sua irmã. Florence adocece, mas continua do seu quarto a estudar, escrever e aconselhar. Seu projeto na Índia não se executará, mas com a idade já bastante avançada, recebe em sua casa uma homenagem do Rei Eduardo VII, em 1907. É dedicada, pela primeira vez, a uma mulher a ordem do mérito. Ao receber, conseguiu dizer: "*muito gentil, muito gentil*" (Brown, 1993: 58).

Em 1909, a Lei dos Pobres é aprovada e as reformas de Florence foram garantidas. Em maio de 1910, ocorreu o jubileu da Escola de Treinamento de Enfermeiras e, para marcar a ocasião foi feita uma reunião no Carnegie Hall, de Nova Iorque. Nesta ocasião, mais de mil escolas de treinamento tinham se estabelecido, apenas nos Estados Unidos. Mas Florence não tinha mais consciência sobre esses fatos e, em 13 de agosto de 1910, com a idade de noventa anos, ela caiu em sono profundo e não acordou mais.

4.3 - A Escola de Treinamento Nightingale e a Difusão do Modelo Nightingale para os Estados Unidos - o Emergir das Técnicas de Enfermagem

Ao fundar a Escola de Treinamento, ligada ao Hospital St. Thomas, Florence Nightingale o fez baseando-se em toda sua experiência adquirida com seus estudos, registros, dados estatísticos, na atuação no Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth e no Hospital Barrack, de Scutari.

Na Escola, eram admitidas dois tipos de alunas: as "*lady-nurses*", provenientes de famílias mais abastadas, que custeavam seus estudos e que se destinavam a tarefas de supervisão, ensino e difusão dos princípios nightingalianos; as "*nurses*", de nível sócio-econômico inferior, recebiam o ensino gratuito e, em contra-partida, prestavam serviços no hospital, pelo menos um ano após o curso. Eram preparadas para o cuidado direto com o paciente (Almeida e Rocha, 1989: 42-43).

A seleção das candidatas era extremamente criteriosa e exigia-se um mínimo de conhecimentos, mas uma alta conduta moral. Aspecto facilmente compreensível, pelo baixo conceito que a enfermagem nesta fase detinha pela ocupação de pessoas de duvidosa qualidade moral (Passos, 1996: 102). Visando alterar tal conceito, todos os esforços foram empreendidos para reverter-se tal condição. O aspecto disciplinar era a tônica. As candidatas selecionadas passavam por um período probatório de um mês. Durante o curso, as estudantes viviam em regime de internato, com a finalidade de serem desenvolvidos nelas os traços de caráter considerados desejáveis a uma boa enfermeira, tais como sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância (Carvalho, *apud*

Silva, 1989: 53).

O curso básico tinha um ano de duração e consistia de aulas de anatomia, química, abreviações latinas, culinária e enfermagem (Carvalho, *apud* Silva, 1989: 52).

Essas aulas eram proferidas em forma de palestras, por médicos que trabalhavam no Hospital St. Thomas. Contudo, nem todos aceitaram as novas reorganizações dentro do sistema de enfermagem.

De acordo com o velho sistema, a enfermeira era da responsabilidade do médico, que lhe ensinava o suficiente para executar suas ordens, portanto, não havia nenhuma dúvida sobre quem era o "mestre" (Baly, 1988: 173).

Florence Nightingale desejava unir a instrução de classe com a instrução de enfermaria, nos mesmos moldes da prática de ensino da medicina, mas este ensino seria de responsabilidade de uma enfermeira treinada, com a supervisão de uma superintendente. No entanto, sabia que esta condição levaria muito mais tempo para ser melhor concretizada. Era preciso contar, no momento, com as condições que dispunha.

As palestras dos médicos eram certamente um avanço para o treinamento das enfermeiras, mas representavam também, um desafio ao poder da medicina. (Baly, 1988: 172).

O tripé da prática de enfermagem nos moldes nightingalianos previa uma instrução de enfermaria, as palestras médicas e as observações e anotações das fichas clínicas dos pacientes (Baly, 1988: 172).

O curso se estendia ainda à completa dedicação às atividades práticas no Hospital St. Thomas, durante três anos para as nurses e dois anos para as

"ladies-nurses" (Silva, 1989: 52).

"A disciplina é a essência do treinamento", dizia Florence; e

o treinamento significa ensinar a enfermeira a conhecer todo seu trabalho, que é observar com exatidão, compreender, saber exatamente, fazer, contar exatamente, nos estupendos problemas de vida e de morte, saúde e doença. Treinamento é capacitar a enfermeira para agir da melhor forma na execução de ordens, não como uma máquina, mas como uma enfermeira (...) Treinamento é torná-la não servil, mas fiel às ordens médicas e de autoridades. Verdadeira fidelidade às ordens não pode ser sem o independente senso de energia e de responsabilidade (...) Treinamento é ensinar a enfermeira como executar as atividades sob nosso controle que restauram a saúde e a vida, em estreita obediência ao poder e conhecimento dos médicos e cirurgiões (Nuttling e Dock, apud Almeida, 1989: 45).

Para Florence, a experiência prática era fundamental, mas não bastava. Através de seus estudos epidemiológicos, se valia da estatística e relatórios de diferentes instituições de saúde compondo paralelos, comparando e construindo relações que lhe proporcionaram conceber que princípios de higiene, boa ventilação, alimentação, aquecimento, entre outros aspectos, asseguravam uma boa saúde.

Entendendo a saúde-doença como processo, assim como o meio-ambiente como algo externo e interno do ser humano, Florence, à sua época, estabelece uma abordagem humanista e globalizante de assistir o ser humano.

Reportando-nos a Fleck, vemos que o conhecimento é produzido por coletivos de pensamento, que dispõem de um estilo de pensamento, possibilitado pela interação e traduções de outros estilos de pensamento.

Esse conhecimento é construído coletivamente e não de forma individual, isto é, uma pessoa pode ser o interlocutor principal do mesmo, mas

é concebido por um grupo de pessoas, ligadas por um estilo de pensamento, que se orientam para a construção do mesmo.

Florence, desta forma, torna-se a interlocutora do conhecimento da enfermagem moderna. Constrói o conhecimento em enfermagem, com base nas práticas profissionais de enfermeiras e médicos da época, em diferentes lugares, ou seja, fazendo "traduções" de diferentes estilos de pensamentos.

Compõe um estilo de pensamento caracterizado por atividades normativas reveladas no treinamento e rigidez da disciplina (moral, espacial, corporal) e obediência à hierarquia. O saber é alicerçado em um conhecimento interdisciplinar, conferido pelo estudo do saber médico, das ciências sociais e comportamentais. As práticas são derivadas do cuidado ao paciente e na administração dos hospitais.

Suas concepções sobre o meio-ambiente, consideradas revolucionárias, foram traduzidas pelo coletivo de pensamento médico, contudo, o poder e status da profissão médica os impede de confirmar esta tradução.

As condições em que Florence constrói um estilo de pensamento, demarcando o despertar da enfermagem moderna é imprimido pela utilização de normas, rotinas e regulamentos, conferindo ao exercício da enfermagem o uso de métodos e ferramentas, que estavam alicerçados em procedimentos técnicos e de treinamento.

Florence, então, nestas condições, à sua época, a meu ver, exerce uma práxis criadora, transformadora, institucionalizando um padrão de regularidade rígido, mas envolto por uma periferia difusa, que permitia a

tradução de conhecimentos de outras áreas do conhecimento. As atividades apregoadas na Escola de Treinamento, por sua vez, integram a fase de "instauração" desse estilo de pensamento, conferindo uma praxis reiterativa, tendo em vista o controle dessa ação, quando as tarefas eram listadas pela enfermeira, e cabia às alunas cumprí-las.

Bem se sabe que esta ação não se dá num vazio político, ela está de mãos dadas com a ação histórica dos seres humanos, influenciando e sendo influenciada por esta.

Conforme Almeida e Rocha (1989: 48),

o saber da enfermagem é delineado em relação ao que rodeia o paciente, o ambiente, a ventilação, a aeração, a limpeza e outros. Corresponde exatamente à necessidade histórica dos serviços de saúde que se organizam como projeto do capitalismo que se instalava.

Assim, a ênfase na mudança da enfermagem tradicional para a moderna é mais o treinamento disciplinar do pessoal hospitalar do que propriamente o início da produção do saber de enfermagem.

A partir do século XX, as técnicas de enfermagem e os procedimentos a serem executados para a prestação de cuidados começam a se intensificar. É preciso uma economia de tempo e movimento, para dar conta das inúmeras tarefas hospitalares (Almeida e Rocha, 1989).

O sistema Nightingale, calcado no modelo vocacional, chega aos Estados Unidos, por volta de 1873. Jensen, *apud* Almeida e Rocha (1989: 50), destaca que:

no princípio da organização da enfermagem nos Estados Unidos, procedimentos e rotinas eram muito simples. Os estudantes freqüentemente recebiam suas instruções nas enfermarias através de enfermeira-chefe. Gradualmente o conteúdo foi-se ampliando. O desenvolvimento da ciência médica aumentou o número de testes diagnósticos, tipos de tratamento e tipos de equipamentos com os quais a enfermeira devia se familiarizar.

As estudantes passam a desenvolver suas atividades não com o intuito de aprendizagem, mas para cobrir as necessidades das instituições hospitalares. Para dar conta da grande demanda de cuidados, pelo aumento do número de hospitais e, conseqüentemente, do fluxo de pacientes, começa a ser absorvido grande número de pessoal de enfermagem sem preparo, com instrução sobre a maneira de executar um procedimento, mas sem ter experimentado a necessidade de aprender o porquê dele (Almeida e Rocha, 1989).

O foco de atenção de enfermagem passa para o cumprimento de tarefas e procedimentos a serem executados, de acordo com sua complexidade e o nível de competência do pessoal, num menor prazo de tempo e dentro da melhor eficiência.

Esta modalidade de assistência, denominada funcional, é amparada nos estudos de Taylor, que visava trazer a racionalidade e eficiência para o trabalho das fábricas.

O taylorismo institui o sistema de trabalho parcelar, reforçando a separação de concepção e execução de um trabalho. Reforça a divisão do trabalho intelectual e o trabalho manual, conseqüentemente produzindo um controle sobre quem executa as atividades.

As escolas de enfermagem Nightingale, nos Estados Unidos, vão absorver estas idéias e transferi-las para o ensino das enfermeiras.

O treinamento disciplinar e hierárquico do sistema Nightingale, visando oferecer ao paciente o melhor cuidado, agora é deslocado para o treinamento de execução exímia de tarefas a serem cumpridas, com o máximo de economia de tempo e material. Para isso, torna-se necessário que o enfermeiro descreva com detalhes como as diversas atividades devem ser desenvolvidas, para poder delegar tarefas aos outros sob sua supervisão, ou seja, seu controle.

As técnicas, primeira expressão do saber de enfermagem, segundo Almeida e Rocha (1989: 56)

... evoluem nesta fase para dar conta em primeiro lugar não do objeto da enfermagem, ou seja, o cuidado ao doente, mas para dar conta do aumento crescente dos cuidados de enfermagem devido ao grande número de internações e ao aumento das ações, que consideradas "manuais", passam das mãos dos médicos para as enfermeiras.

A tradução de estilos de pensamento, no caso da gerência científica proposta por Taylor e da especialidade médica, então em voga, é assimilada pelo estilo de pensamento da enfermagem, contudo, tais "traduções" se deram de forma acrítica, num exercício de práxis reiterativa, literalmente.

4.4 - A Herança do Modelo Nightingale no Ensino de Enfermagem no Brasil

4.4.1- Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública - Escola Ana Neri - 1923

Essa escola surge como marco de estruturação na profissão de enfermagem, num momento, segundo Pires (1989: 128),

em que o Estado brasileiro emergente institui as suas primeiras políticas no campo da saúde baseadas em diretrizes definidas e coordenadas por órgãos de saúde especificamente constituídos para o fim de instituir, coordenar e executar ações de saúde de cunho coletivo. A estruturação de órgãos de saúde, a nível nacional e nos estados, começa a se dar no século XIX mas só no início do século XX surge o Departamento Nacional de Saúde Pública que representa a organização estatal que vai dar origem ao Ministério da Educação e Saúde e depois ao Ministério da Saúde. As políticas de saúde emanadas deste órgão eram as de controle das grandes endemias e epidemias que colocavam o Brasil numa posição ameaçadora ao pleno desenvolvimento do comércio internacional.

O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) estava, em 1920, a cargo do Dr. Carlos Chagas. Em 1921, Chagas visita os serviços de saúde dos Estados Unidos e se entusiasma com o trabalho profissional de enfermagem, estruturado dentro dos padrões nightingalianos. Acreditou ser este o profissional da área da saúde capaz de atender as necessidades prementes de sanitarismo e de saúde pública (Pires, 1989: 129). Motivado pelo que viu e acreditou, envida todos os seus esforços para a implantação do Serviço de Enfermeiros de Saúde Pública e a criação de uma escola, organizada segundo o modelo das escolas americanas nightingalianas.

Órgãos internacionais, como a Fundação Rockefeller, ajudam no financiamento do projeto e enviam enfermeiras norte-americanas para avaliar a situação da enfermagem no Brasil e traçar planos para sua organização.

A escola é criada pelo Decreto nº 16.300/23, juntamente com a aprovação do regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública e passa, provisoriamente, a funcionar em uma casa alugada próxima ao hospital, que servia também de residência às alunas, pois, o curso funcionava em regime de internato, segundo o modelo nightingaliano.

Foi empreendido um trabalho de divulgação intenso junto das famílias de elite, buscando romper com o estigma social da profissão, também existente no Brasil.

Para fazer o curso, alguns critérios foram estabelecidos como: ser mulher; ter diploma de uma escola normal ou instituição secundária equivalente; apresentar atestado firmado por médico do Departamento Nacional de Saúde Pública garantindo condições de saúde física, mental e ausência de doenças contagiosas e defeitos físicos; ter entre vinte e trinta e cinco anos e apresentar referências de boa conduta (Pires, 1989: 131).

O curso, segundo o artigo 400, do Decreto nº 16.300/23, visava fornecer instrução teórica e prática, a serem realizadas simultaneamente, com duração de dois anos e quatro meses, divididos em cinco séries (Brasil, 1974: 61).

As quatro primeiras séries constituíam a parte geral do curso e eram desenvolvidas em dois anos e a quinta e última série, com duração de quatro meses, destinava-se às especialidades: enfermagem clínica, enfermagem de

saúde pública ou administração hospitalar (Brasil, 1974: 61).

No tocante ao estágio, era prevista uma jornada de oito horas diárias no Hospital Geral de Assistência ou outro estabelecimento de assistência. Portanto, as atividades de ensino teórico, eram ministradas, além destas oito horas.

O ensino de enfermagem, segundo o Modelo Nightingale, era baseado principalmente nas atividades práticas.

O artigo 414, do mesmo Decreto, refere que os primeiros quatro meses de estágio escolar eram considerados ensaios e a instrução era principalmente teórica, mas, com suficiente experiência em enfermagem, para permitir à aluna adquirir a prática correspondente aos assuntos ensinados em aula (Brasil, 1974: 63).

Esse estágio-ensaio funcionava como um momento preparatório para seu trabalho diário posterior, no Hospital Geral.

O exame constava de duas provas: uma escrita, com dez perguntas sobre vários assuntos e uma demonstração prática sobre um determinado ponto sorteado na ocasião. Se a aluna era considerada habilitada, continuava em frente, ao contrário, repetia a série.

As alunas tinham direito a dois turnos de descanso por semana e uma quinzena de férias, anualmente.

O programa de instrução era composto de uma parte geral e uma parte especializada, assim discriminada:

Parte geral:

- princípios e métodos da arte de enfermagem;
- bases históricas, éticas e sociais da arte de enfermagem;
- anatomia e psicologia;

- *higiene individual;*
- *administração hospitalar;*
- *terapêutica, farmacologia e matéria médica;*
- *métodos gráficos na arte de enfermeira;*
- *física e clínica aplicadas;*
- *patologia elementar;*
- *parasitologia e microbiologia;*
- *cozinha e nutrição.*
- Arte de enfermeira:**
- *em clínica médica;*
- *em clínica cirúrgica;*
- *em doenças epidêmicas;*
- *em doenças venéreas e da pele;*
- *em tuberculose;*
- *em doenças nervosas e mentais;*
- *em ortopedia;*
- *em pediatria;*
- *em obstetria e ginecologia;*
- *em otorinolaringologia;*
- *em oftalmologia;*
- Higiene e saúde pública:**
- *radiografia;*
- *campo de ação da enfermeira - problemas sociais e profissionais.*

Parte especializada (quatro últimos meses):

- *serviço de saúde pública; serviço administrativo hospitalar; serviço de dispensários; serviço de laboratórios; serviço de sala de operações, serviço privado; serviço obstétrico; serviço pediátrico (Brasil, 1974: 65-66).*

Percebe-se, nesta organização curricular, a ênfase na “arte de enfermeira”. De acordo com Almeida e Rocha (1989: 31), “*as técnicas de enfermagem ou a arte, como denominadas, eram, portanto, o principal conhecimento do ensino de enfermagem, o âmago principal de todo o programa educacional*”. Conseqüentemente, a realização das técnicas de enfermagem, era para promover o conforto e segurança do paciente.

Não podemos perder de vista, nessa retrospectiva histórica, que o modelo Nightingale implantado no Brasil derivou da versão americana do sistema Nightingale, ou seja, fortemente influenciada pelos estudos de Taylor sobre a gerência científica, acentuando o trabalho parcelado e os

procedimentos técnicos. Os princípios de Taylor se dirigiam para o trabalho dos operários na indústria americana, contudo, influenciou significativamente a organização do trabalho nos hospitais. Esse sistema é incorporado aos padrões do Modelo Nightingale para a formação de enfermeiras e disseminado no Brasil e em outros países.

Almeida e Rocha (1986: 35) apontam que:

o saber da enfermagem [...] na metade do final do século XIX e primeiras décadas do século XX, é compreendido como a capacidade de desempenhar tarefas e procedimentos e estes são entendidos como a arte da enfermagem [...] que o objeto da enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente, mas na maneira de ser executada a tarefa.

Percebe-se, então, que o estilo de pensamento traduzido na Escola de Enfermeiras do DNSP não podia deixar de ser o estilo de pensamento imprimido nas Escolas Nightingale Americanas, mesmo com um contexto sócio-econômico, político e cultural diverso do americano.

A transposição do modelo de ensino de modo vertical não permitiu, até então, o surgimento de um estilo de pensamento diverso ou que transcendesse a esse modelo. Portanto, as características do estilo de pensamento entendido como conjunto de normas, saberes, práticas e métodos se ajustam à uma ênfase na conduta moral e disciplinarização das alunas; o saber pautado na especialidade médica e no modelo científico gerencial taylorista; e a prática e os métodos ajustados ao modelo de assistência funcional.

Com a mesma estrutura, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública atua até 1926, quando pelo Decreto nº 17.268/26, passa a chamar-se Escola de Enfermeiras D. Ana Neri, ampliando, na ocasião,

a duração do curso para dois anos e oito meses mantendo o ensino dentro do ambiente hospitalar e tendo por objetivo, formar enfermeiras para atuar no campo da saúde pública e no ensino (Pires, 1989: 133). Portanto, continuando com o mesmo estilo de pensamento, ou seja, enfático na conduta moral, na disciplinarização das alunas e assentado no modelo assistencial funcional.

A Escola de Enfermeiras Ana Neri passa a ser considerada escola oficial padrão de enfermagem, pelo Decreto nº 20.109/31, que regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem à Escola Ana Neri.

O prestígio da Escola aumenta e por estímulo das enfermeiras Ethel Parsons e Edith Fraenkel, um grupo de ex-alunas, em 1926, forma a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas, hoje, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

Destaca-se a importância de, no seio desta Escola, àquela época, nascer esta organização que continua sendo um dos principais canais de intercâmbio de conhecimentos entre a categoria profissional e de expressão das suas necessidades.

As enfermeiras formadas pela Escola Ana Neri são absorvidas, inicialmente, pelo Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública e também são colocadas em diversos Estados no Brasil, para o ensino de formação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Com a Lei nº 775/49, se institucionalizam os critérios e o tempo de formação dos auxiliares de enfermagem, ficando em dezoito meses e o curso de enfermagem, com a duração de trinta e seis meses.

O decreto nº 27.426/49 dispõe, em seu artigo primeiro, que:

o “Curso de Enfermagem” tem por finalidade a formação profissional de enfermeiros, mediante ensino em cursos ordinários e de especialização, nos quais serão incluídos os aspectos preventivos e curativos de enfermagem; e no artigo segundo, que o “Curso de Auxiliar de Enfermagem” tem por objetivo o adestramento de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa (Brasil, 1974:161).

O referido decreto, em seu artigo terceiro, pontua a possibilidade de serem criados outros cursos em nível de pós-graduação, com o objetivo de ampliar conhecimentos especializados de enfermagem ou de administração.

O programa de instrução também é modificado e fica assim constituído:

1ª Série

I - Técnica de enfermagem, compreendendo:

- 1) Economia hospitalar;*
- 2) Drogas e soluções;*
- 3) Ataduras;*
- 4) Higiene individual.*

II - Anatomia e fisiologia;

III - Química biológica;

IV - Microbiologia e parasitologia;

V - Psicologia;

VI - Nutrição e dietética;

VII - História da enfermagem;

VIII - Saneamento;

IX - Patologia geral;

X - Enfermagem e clínica médica;

XI - Enfermagem e clínica cirúrgica;

XII - Farmacologia e terapêutica;

XIII - Dietoterapia.

2ª Série

I - Técnica de Sala de Operações;

II - Enfermagem e doenças transmissíveis e tropicais;

III - Enfermagem e tisiologia;

IV - Enfermagem e doenças dermatológicas, sifiligráficas e venéreas;

V - Enfermagem e clínica ortopédica, fisioterápica e massagem;

VI - Enfermagem e clínica neurológica e psiquiátrica;

VII - Enfermagem e socorros de urgência;

VIII - Enfermagem e clínica urológica e ginecológica;

- IX - Sociologia;
X - Ética (ajustamento profissional).

3ª Série

- I - Enfermagem e clínica otorrinolaringológica e oftalmológica;
II - Enfermagem e clínica obstétrica e puericultura neonatal;
III - Enfermagem e clínica pediátrica, compreendendo dietética infantil;
IV - Enfermagem de saúde pública, compreendendo:
1) Epidemiologia e bioestatística;
2) Saneamento;
3) Higiene da criança;
4) Princípios de administração sanitária;
V - Ética (ajustamento profissional) II
VI - Serviço Social (Brasil, 1974:162).

A prática e os estágios deveriam ser organizados mediante o rodízio de alunos em serviços hospitalares, ambulatorios e unidades sanitárias, abrangendo “as áreas de clínica médica geral, clínica cirúrgica geral, clínica obstétrica e neonatal, clínica pediátrica, cozinha geral de dietética e serviços urbanos e rurais de saúde pública” (Brasil, 1974: 163).

É importante destacar o uso do termo prática e estágio, como constituindo duas situações. A prática, como a demonstração do ensino teórico, e o estágio, período maior de exercício do aluno nos serviços de saúde.

Nessa legislação, aparece de forma mais explícita o destaque dos estágios, conferindo aos mesmos uma duração mínima de quinze dias e abrangendo serviços de homens e mulheres.

Além disso, o estágio em serviço noturno aparece como obrigatório num mínimo de sete dias e o estágio em serviço de saúde pública com a duração de três meses.

A avaliação consistia na realização de provas escritas parciais de cada disciplina por série e exames finais escrito e oral ou prático-oral, nas disciplinas

que o comportavam. Quando a aprovação dependia exclusivamente da nota do estágio, o diretor poderia conceder novo estágio fora do período de férias. Esta oportunidade só poderia ser feita apenas uma vez para cada disciplina.

Pode-se observar que essa nova legislação, datada de 1949, comparada com a de 1923, amplia os conteúdos, a duração do curso, impulsionado principalmente pelo desenvolvimento do estágio, que deve abranger diversas áreas. Entretanto, os conteúdos continuam se direcionando e de maneira mais enfática, inclusive, para as especialidades médicas e de nível curativo, o que torna fácil deduzir a correspondente reprodução nas atividades da prática e dos estágios.

Essa experiência nos remete a conceber o estilo de pensamento vigente, ainda, no modelo funcional e uma práxis reiterativa.

De acordo com Pires (1989: 137):

As enfermeiras americanas que vieram para o Brasil dirigiram a formação da nova profissão às mulheres brasileiras originárias das camadas sociais mais privilegiadas, para formar um grupo de elite articulado ideologicamente com os interesses da classe dominante, dócil e servil aos médicos e ao Estado, com o objetivo de ser o elemento de ligação entre o atendimento médico institucional e o domicílio dos pacientes acometidos pela tuberculose e demais doenças endêmicas e epidêmicas do Brasil do início do século; de ser o elemento administrador da assistência de enfermagem, de prestar cuidados aos doentes e de formar pessoal auxiliar e novos enfermeiros para atuar na profissão.

Acredito que a história da formação profissional da enfermagem no Brasil pode nos apresentar ainda mais elementos, na tentativa de compreender melhor a realidade presente e de empreender novos esforços na direção de uma práxis transformadora.

4.5 - A Influência dos Princípios Científicos no Ensino de Enfermagem - a Década de 50

As inúmeras descobertas realizadas desde o fim do século XIX, no campo da química (química orgânica e biológica que abre o caminho para a microbiologia) e da física (particularmente a descoberta das radiações e suas propriedades), inauguram uma nova Era na medicina. Por conta destes avanços produzidos pelas novas terapêuticas, como as sulfamidas, depois os antibióticos, na seqüência da Segunda Guerra Mundial, bem como o desenvolvimento de instrumentos e dos métodos de investigação e, conseqüentemente, a tecnificação do ato médico e dos serviços hospitalares, a partir dos anos cinquenta, os conhecimentos da enfermeira são os "traduzidos" da medicina, assentados fundamentalmente na doença e na técnica (Collière, 1989: 127).

Com efeito, essas novas orientações conferidas à medicina pelo desenvolvimento técnico-científico, reduzindo o doente à sua doença, impõe novas formas de organização dos cuidados. Segundo Collière (1989), a razão de ser da prática de enfermagem continua a ser o doente, mas como portador da doença. É em torno dele que são selecionados e elaborados os conhecimentos necessários. Apropriadamente Collière (1989: 125) nos apresenta que:

a prática de enfermagem, na primeira metade do século XX, ainda muito tributária dos valores morais e religiosos herdados do passado, vai aos poucos distanciando-se deles, adotando o modelo biomédico, valorizando a tecnicidade sem, no entanto, a dominar, nem mesmo ter acesso ao processo analítico que gerou a multiplicação das tecnologias médicas, os cuidados

aos doentes passam a ser a "técnica", e depois, os "cuidados técnicos". É a doença que os determina, os orienta.

Desta forma, a prática de enfermagem passa a se organizar em torno de diferentes tarefas prescritas pelo médico, já que é ele quem detém o conhecimento científico.

É a doença que conduz a ação da enfermagem, orientando as tarefas a realizar no sentido de investigar, tratar e vigiar a doença. Os princípios científicos passam a nortear a prática de enfermagem, tida como não-científica, até a década de 50.

Segundo Almeida e Rocha (1989: 61):

... o saber de enfermagem na década de 50 procura delinear-se buscando uma fundamentação para as técnicas de enfermagem, e esta fundamentação é chamada científica e tem suas bases principalmente nas ciências naturais (anatomia, microbiologia, fisiologia, patologia) e também nas ciências sociais. Portanto, o saber da enfermagem, ao mesmo tempo que quer se tornar científico, procura essa cientificidade na aproximação com o saber da medicina e, conseqüentemente, com sua autoridade.

O hospital, inicialmente local de alojamento e acolhimentos dos pobres e dos desfavorecidos, torna-se um lugar privilegiado de investigação da doença, das terapias e da reparação. A utilização do pessoal ordena-se em função do ato médico que dirige o conjunto de tarefas as quais permitem a detecção e a reparação da doença.

Neste sentido, no Brasil, por volta de 1950, em estudo realizado por Alcântara, *apud* Saube (1998: 42) mostra que 49,4% das enfermeiras encontravam-se atuando no campo hospitalar e 17,2% no campo de saúde pública. Essa tendência é altamente influenciada pela criação de novos

estabelecimentos hospitalares, face a emergência do complexo médico-industrial e farmacêutico.

Decorrente deste processo, o Currículo de Enfermagem reformulado através do parecer 271, de 19 de outubro de 1962, é diretamente influenciado, estabelecendo um curso geral, com três anos letivos e duas alternativas para especialização opcional, o enfermeiro de saúde pública e a enfermeira obstétrica, cursado em mais um ano letivo.

Segundo levantamento realizado por Saupe (1998: 43), "*o curso geral a ser desenvolvido em um mínimo de três anos letivos diminuiu de vinte e nove (29) para oito (8) o número de disciplinas obrigatórias*", ficando assim constituído, o modelo curricular de 1962:

fundamentos da enfermagem; enfermagem médica; enfermagem cirúrgica, enfermagem psiquiátrica; enfermagem obstétrica e ginecológica; enfermagem pediátrica; ética e história da enfermagem, e administração (Brasil, 1974: 249).

O enxugamento exclui as disciplinas chamadas básicas, reunindo-as numa única disciplina denominada Fundamentos da Enfermagem, que passa a englobar e oferecer apenas noções de anatomia, fisiologia, microbiologia, parasitologia, bioquímica, nutrição e dietética. A exclusão da disciplina de Patologia Geral também foi feita com o argumento de que não era necessária para a enfermeira, podendo ser incluído no rótulo geral da disciplina de Fundamentos da Enfermagem, contemplando os conhecimentos estritamente necessários a ela nesse campo.

As disciplinas de cultura geral, incluídas nas chamadas ciências sociais, também são excluídas, sob o pretexto de que não constavam como

obrigatórias no curso de medicina, como então, exigí-las da enfermagem (Brasil, 1974: 250)?

Por sua vez, a disciplina de saúde pública só será oferecida ao aluno que optar pela especialização nesta área.

Não fica difícil de perceber o quanto o modelo técnico-científico procura estar presente, contudo, denotando uma grande fragilidade, pois não oferece a sustentação necessária para conferir a competência técnica almejada.

As especializações eram desenvolvidas em um ano após o curso geral e formavam o enfermeiro de saúde pública, que devia cursar: higiene, saneamento, bioestatística, epidemiologia e enfermagem de saúde pública; e a enfermeira obstetra, que cumpria as disciplinas: gravidez, parto e puerpério normais; gravidez, parto e puerpério patológicos; assistência pré-natal e enfermagem obstétrica (Brasil: 1974: 252).

Encontramos em Saube (1998: 43) um outro dado significativo, evidenciando outra fragilidade desse currículo, qual seja, a determinação da carga horária com dois mil quatrocentos e trinta horas para o curso geral e três mil duzentos e quarenta horas com as especializações, permitindo computar somente 10% (dez por cento) das horas fixadas para o curso como estágios. Esta é mais uma incoerência, tendo em vista que a ênfase formativa, prevista nas disciplinas teórico-práticas específicas para a enfermeira e sua correspondente ação, retirava o espaço para o desenvolvimento das habilidades técnicas tão almejadas e necessárias ao mercado de trabalho em voga à época.

De qualquer forma e apesar do retrocesso desse currículo com relação

ao anterior, a lei nº 775/49, que privilegiava fortemente o desenvolvimento de estágios, se apresenta com um estilo de pensamento "técnico-científico", representado por um conjunto de normas, valores, saberes e práticas, apoiadas eminentemente nos princípios científicos que devem nortear os procedimentos de enfermagem e que são "traduzidos" da medicina, prevalecendo os conhecimentos da área biológica. A práxis exercida, face à exigência do domínio técnico no cumprimento de suas tarefas, bem como a impossibilidade de conciliar o conhecimento do doente e as tarefas a executar em torno da doença, ou só percebendo isso com pouca clareza, se encaminha para uma práxis reiterativa. Cabe, neste momento, um parêntese, pois, ao mesmo tempo que era necessária uma prática reiterativa no intuito de melhor execução das habilidades técnicas, essa reiteração retirava o componente reflexivo acerca dessa mesma prática, tornava-se tão somente reprodutiva.

Com o avanço das ciências humanas, entre elas a Teoria das Relações Humanas de Elton Mayo, e as contribuições da psicanálise, outros princípios, agora sociais, vão se agregar ao modelo técnico-científico.

4.6 - A Contribuição das Teorias de Enfermagem ao Ensino de Enfermagem na Década de 70-80

Enquanto que as descobertas das ciências naturais geraram uma corrente de tecnicidade que se propõe a investigar e reparar a doença, com métodos racionais e rigorosos, as ciências humanas empreendem seus esforços na exploração de domínios psico-socio-culturais, através do

surgimento de diversas teorias como do desenvolvimento psicomotor da criança (Claparède, Piaget), o comportamento humano e suas necessidades fundamentais (Abraham Maslow), o desenvolvimento da pessoa (Carl Rogers), entre outras.

Segundo Collière (1989: 150), "*há que se esperar pelo surgimento dos anos 70, para que a corrente que revaloriza a relação entre quem trata e quem é tratado comece a emergir na enfermagem*".

Começa-se a questionar sobre as necessidades do doente, que não podem ser satisfeitas tão somente com práticas de alta tecnicidade. A prática de enfermagem vai encontrar sua razão de ser na pessoa que está sendo tratada.

No entender de Collière (1989: 151):

... o doente... não é mais considerado como um objeto portador da doença x, y, z, mas constitui, realmente, a finalidade dos cuidados que não adquirem sentido senão a partir dele, daquilo que é, do que representa no seio do seu ambiente social. Já não é o objeto dos cuidados, mas torna-se objeto de cuidados...

Essa relação com o doente servirá para relativizar os cuidados técnicos, oportunizando a superação da simples execução da prescrição médica. Contudo, inicia-se um outro processo, buscando-se o conhecimento da pessoa a tratar, a delegação de tarefas, a preocupação de garantir a continuidade dos cuidados dos doentes, tendo em conta as suas necessidades fundamentais e a melhor utilização das informações recolhidas no atendimento, resultando na criação de um instrumento de trabalho: o plano de cuidados.

Conforme Almeida e Rocha (1989: 65),

o cuidado ao paciente, será realizado pelos atendentes e auxiliares que usarão os canais de comunicação competentes para que a enfermeira possa ser comunicada sobre a evolução do paciente e para que possa fazer o plano assistencial a ser executado pelos funcionários...

Esse saber valoriza o homem, não só como um corpo biológico, mas biopsicossocial e o foco de atenção da enfermagem, que estava centrado nas tarefas, passa a se orientar pelas necessidades do paciente.

Essa reorientação de saberes na enfermagem mobilizaram as enfermeiras no sentido de buscar a autonomia de sua prática, o que é evidenciado no surgimento das teorias de enfermagem, lançado pelas enfermeiras norte-americanas, na década de 70, buscando uma construção do corpo de conhecimentos específicos da enfermagem.

No Brasil, a produção de teorias de enfermagem teve como pioneira Wanda de Aguiar Horta, que desenvolveu a teoria das necessidades humanas básicas, baseada na teoria da motivação humana de Maslow e na classificação de necessidades em nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, de João Mohana (Horta, 1979: 39).

Horta centraliza o objeto de enfermagem sob a forma de necessidades basicamente na área da psicologia e orienta as ações de enfermagem, através de uma metodologia de trabalho denominada processo de enfermagem. Os passos deste processo, segundo Horta, são o histórico de enfermagem, o diagnóstico, o plano assistencial, o plano de cuidados ou a prescrição de enfermagem, a evolução, e o prognóstico (Horta, 1979: 35).

A introdução do plano de cuidados ou de processos de enfermagem revelou-se difícil nos serviços de saúde, haja vista sua construção apoiar-se em uma fundamentação teórica para a operacionalização do cuidado, não levando em consideração o terreno concreto do exercício profissional.

Assim, o processo de enfermagem e o uso das teorias de enfermagem norte-americanas passam a instrumento muito mais de exercício acadêmico-pedagógico que metodologia operacional de práticas concretas de assistência, na formação das enfermeiras, reforçando o distanciamento do ensino e da prática nos serviços assistenciais. Esta divisão não ocorre a mercê do contexto sócio-político-econômico, no qual nos encontramos inseridos, pelo contrário, ela é reflexo da divisão de classes na sociedade e das relações de poder. No capitalismo, a divisão social do trabalho separa a concepção da execução e, na saúde, há uma multiprofissionalidade de trabalhadores que prestam serviços, ocorrendo uma monopolização das questões da saúde na mão do médico. Na enfermagem encontramos uma outra categoria que se diferencia, pelo grau de escolaridade, conhecimentos e responsabilidades no cuidado ao paciente, ou seja, os auxiliares, técnicos e atendentes de enfermagem.

É esperado da enfermeira que ela desenvolva atividades administrativas, nem sempre em correspondência à coordenação da assistência, mas relativas ao controle gerencial e burocrático da unidade de serviço e das funções delegadas aos pessoal auxiliar e atendente.

Desta forma, mesmo representando um instrumental da enfermagem, elaborado pela elite da classe profissional, o desenvolvimento das teorias de enfermagem encontra na sua operacionalização prática, um fator extremamente limitante: ser viabilizado pelos auxiliares e atendentes. Isto

ocorre, não só em função do quantitativo de enfermeiros ser inferior aos outros agentes de enfermagem, mas, também, pela cobrança das funções administrativas burocráticas como atividades esperadas das enfermeiras nas instituições de saúde.

No Brasil, como conseqüência da Reforma Universitária (Lei 5.540/68), o Conselho Federal de Educação iniciou a revisão dos currículos mínimos dos cursos superiores, fundamentando-se nas propostas de alterações encaminhadas pelas associações de classe dos respectivos cursos. Assim, o currículo de enfermagem é modificado pelo Parecer nº 163, de 28 de janeiro de 1972 e pela Resolução nº 4, de 25 de fevereiro do mesmo ano, vigorando até 1994, ou seja por vinte e dois anos.

O currículo mínimo, compreendendo três partes sucessivas, assim se apresentava:

Art. 2º - Parte pré-profissional: compreenderá as seguintes matérias: *Biologia, incluindo noções fundamentais de Citologia, Genética, Embriologia e Evolução; Ciências Morfológicas, incluindo Anatomia e Histologia; Ciências Fisiológicas, incluindo Bioquímica, Fisiologia, Farmacologia e Nutrição; Patologia, compreendendo Processos Patológicos Gerais, Imunologia, Parasitologia e Microbiologia; Ciências do Comportamento, incluindo noções de Psicologia e Sociologia e Introdução à Saúde Pública, incluindo Estatística Vital, Epidemiologia, Saneamento e Saúde da Comunidade.*

Art. 3º - Tronco profissional: abrangerá as seguintes matérias: *Introdução à Enfermagem; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Materno-Infantil; Enfermagem Psiquiátrica; Enfermagem em Doenças Transmissíveis; Exercício da Enfermagem, incluindo Deontologia Médica e Legislação Profissional; Didática Aplicada à Enfermagem e Administração Aplicada à Enfermagem.*

Art. 4º - A parte das habilitações compreenderá: *Enfermagem Médico-cirúrgica; Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia e Enfermagem de Saúde Pública (Brasil, 1974: 722 e 723).*

Este modelo curricular, entre outras características, oportunizou ao enfermeiro receber a formação pedagógica, ou seja, a licenciatura; incluiu a obrigatoriedade da prática desportiva e do estudo de problemas brasileiros, por força da reforma universitária para todos os cursos universitários. A carga horária mínima é de duas mil e quinhentas horas, para a profissionalização, integralizada no mínimo em três anos letivos, e mais quinhentas horas, para cada habilitação, ou seiscentas horas para a licenciatura, integralizando a formação no mínimo em quatro anos letivos. O conteúdo de saúde pública aparece como noções básicas, na parte pré-profissional e, depois, somente na habilitação específica. Uma das conquistas mais significativas deste currículo de 1972 foi a determinação das atividades práticas, ou seja, dos estágios, com carga horária não inferior a um terço (1/3) das partes profissionalizantes do curso.

É marcante, também, o forte cunho de especialidade neste modelo, afinado com uma forte fundamentação técnico-científica, permeada pela inclusão de noções de sociologia e psicologia, conferindo uma visão humanística também.

O estilo de pensamento presente transpassa o modelo técnico-científico eminentemente, para ser traduzido no estilo de pensamento das Necessidades Humanas Básicas, dentro do modelo estrutural-funcionalista, ou seja, concebido no modelo gerencial-burocrático, com divisão de tarefas e procedimentos, estruturalmente hierarquizado, buscando dar uma assistência mais integral ao paciente (biopsicossocial).

O conjunto de normas, valores, saberes e práticas compartilhadas é evidenciado no valor bio-sócio-psico-espiritual que é atribuído ao paciente,

ainda considerado objeto de cuidados e não sujeito. A esse valor são agregados saberes, instrumentos e métodos, fundamentados no campo biológico, psicológico e tecnológico, impulsionando na enfermagem a criação das teorias de enfermagem e o processo de enfermagem.

A práxis profissional, ainda que reiterativa, se amplia com a contribuição da sociologia e da psicologia, bem como com o desenvolvimento das teorias de enfermagem, imprimindo um movimento de intelectualização da enfermagem, gerado, em grande parte, pela criação da pós-graduação em enfermagem à essa época, com a finalidade de preparar docentes e pesquisadores. O primeiro curso em nível de mestrado surge em 1972, na Escola Ana Neri e, em 1982, em nível de doutorado, através das escolas de enfermagem da Universidade de São Paulo e a de Ribeirão Preto.

4.7 - O Movimento Sanitário Brasileiro e a Construção Participativa da Nova Proposta Curricular - a Contribuição da Década de 80-90

Na década de 70 a 80, assistimos o eclodir de diversos movimentos sociais em diferentes países. Não que não existissem, ao longo de décadas anteriores, mas vão encontrar maior ressonância à essa época. Começa a se mostrar a necessidade de repensar o processo saúde-doença, concebendo-o de forma dinâmica e interrelacional aos fenômenos cotidianos, do ponto de vista biológico, sociológico, econômico, demográfico, entre outros (Collière, 1989).

Conforme Collière (1989: 168)

... coloca-se em questão a concepção estática da saúde e da doença... as definições habituais de saúde são, pois, incompletas porque consideram o problema de um ponto de vista egocêntrico e estático. Estas definições são formuladas apenas em termos referentes à pessoa como indivíduo, enquanto que deveriam também considerar a coletividade.

Surge a necessidade de se responder de forma diferente às questões sanitárias e ao desenvolvimento da saúde das populações. Diversos seminários ocorrem na década de 70, liderados pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e culminam na Conferência de Alma-Ata, ocorrida em setembro de 1978, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), resultando na promulgação de recomendações que visavam atingir a meta da "saúde para todos, no ano 2000", considerando-a como constitutiva do desenvolvimento social e econômico e garantindo a participação popular.

No Brasil, o movimento sanitário tem, na década de 70, suas origens, ainda dentro do período da ditadura militar, desenvolvendo, na academia, sua origem e uma forma de explicitar e difundir sua corrente político-ideológica, com uma nova concepção sanitária e com propostas para reestruturação do sistema de saúde nacional. Nasce, assim, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES, 1976), que passou a editar a Revista Saúde em Debate e um conjunto de livros e surge, em 1979, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), ocupando espaços em torno da crítica do modelo assistencialista, com propostas para a reorganização e construção de um Sistema Único de Saúde (Schubert Backes, 1992: 63-64).

Toda essa dinâmica no setor saúde levou à convocação da VIII

Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. Este evento nacional representou um avanço na mobilização social e dos interesses em torno da questão saúde.

Em meio a todo um embate de forças políticas, tentando viabilizar as propostas de Reforma Sanitária, em dezembro de 1989, é aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), incorporando os principais tópicos já contemplados pela Constituição, como: saúde, direito do cidadão e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social; a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura universalidade, igualdade e integralidade de ações; direito à informação sobre sua saúde; participação popular; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração em nível executivo das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento básico (Schubert Backes, 1992: 70).

Neste contexto, enquanto os problemas de saúde encontram-se centrados no âmbito da saúde pública, os currículos da área de saúde contemplam uma densa carga horária centrada nas disciplinas especializadas, no campo da medicina curativa. Assim, mais uma vez se atesta o distanciamento do discurso da educação formal na área de saúde e suas práticas face aos problemas da população.

Para o ensino da enfermagem, a década de 80 é também marcada por grandes movimentos, um em torno da nova regulamentação do exercício profissional, Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 54.406/87, alcançada mediante um processo de luta que durou quase dez anos.

Em minha dissertação de Mestrado (Schubert Backes, 1992: 83),

indiquei que:

... muitos são os pontos positivos da nova legislação, como a participação da enfermagem no planejamento, na execução e na avaliação da programação da saúde e nos planos assistenciais de saúde, incluída a consulta de enfermagem, entre outros. Contudo, não são menos os pontos negativos ou polêmicos do projeto aprovado no Congresso Nacional... convém lembrar a não referência às condições de trabalho necessárias para o exercício de uma profissão com características especiais como a enfermagem... de uma forma geral, com os vetos do Presidente... a nova lei elimina os avanços mais significativos e subordina a profissão aos interesses do setor privado hegemônico e dominante na política de saúde brasileira.

Paralelo a esse movimento, é desencadeado em todo território nacional uma série de seminários regionais e nacionais, além de oficinas e constituição de comitês, tendo em vista a construção participativa de uma nova proposta curricular para a educação de enfermeiros, coordenada pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). A enfermagem brasileira nunca vivera uma experiência igual a essa.

Com o fomento desses movimentos sociais, acompanhado da implantação dos cursos de pós-graduação na enfermagem, com conseqüente desenvolvimento de pesquisas e pesquisadores, produções técnico-científicas e publicações, emergem nessas produções, trabalhos e estudos caracterizando o momento de grande "ebulição" e mudanças no contexto nacional, assim como na enfermagem. Este foi um tempo também, de ampliações de representações da categoria de enfermeiros em diversos órgãos centrais de política decisória na Educação (DAU/CAPES), na Saúde (MS e MPAS) e na Pesquisa (CNPq).

Saupe (1998: 48), em seu estudo, refere que:

todas as enfermeiras brasileiras, até aqui qualificadas, de algum modo sofreram diretamente as influências em seu processo de ação e reflexão profissional, dos modelos curriculares expostos: sendo graduadas através do desenvolvimento de um currículo pleno normatizado por um destes pareceres ou resoluções; estudando matérias e disciplinas que abordavam conteúdos relacionados à história da enfermagem, às problemáticas profissionais, as formas de exercício e preparo formal; implantando, reestruturando e avaliando cursos; propondo políticas assistenciais e educacionais.

Ressalta, igualmente, a produção de estudos por parte de enfermeiras que se lançaram ao desafio de rememorar a nossa história profissional, valendo-se de referenciais teórico-metodológicos capazes de criticar os modelos formadores e o cotidiano das práticas profissionais, denunciar a fragilidade político-corporativa dos órgãos de classe e a cumplicidade de seus profissionais. Entre estes estudos, destacam-se os de Germano (1983), Almeida e Rocha (1986), Rezende (1986), Melo (1986), Nakamae (1987), Loyola (1987), Teodósio (1988), Pires (1989), além de Silva (1986), autora não enfermeira.

Estes e outros estudos de caráter crítico, provocaram inúmeras reações, instigando sobremaneira o pensar e o fazer da enfermagem, tão aderente ao "status quo" da sociedade capitalista brasileira, visto considerar a prática profissional inserida nesse contexto político-ideológico. Assim, fica evidenciado um movimento de tentativa de superação do modelo tradicional/conservador na enfermagem a caminho do novo, da transformação.

No bojo dessas discussões, a construção de um novo modelo curricular, desencadeado na década de 80, faz aflorar o entendimento de que o processo formador pode reproduzir as relações de poder instituídas na

sociedade capitalista brasileira, mas tem a capacidade de oportunizar, através do embate crítico-democrático, novos modelos e práticas que contrariem o modelo tradicional, valendo-se de concepções curriculares correspondentes à visão crítica e criativa que se desejava imprimir.

Neste sentido, Mendes (1996: 228), em seu estudo, contribui, ressaltando que:

A tradição brasileira na área curricular... expressa a racionalidade do controle técnico que caracteriza o paradigma técnico-linear, cujo perfil de competência profissional consiste numa idealização baseada em tarefas e metas operacionais, referentes a conhecimentos, habilidades e atitudes.

Segundo a autora, esta tradição pode ser ilustrada nas diretrizes do Parecer 163/72 e absorvidas em grande parte pelos Cursos de Enfermagem.

Entretanto, a mesma autora identifica, na nova proposta curricular, configurada na Portaria nº 1721/94, "a expressão mais recente da emergência da racionalidade emancipatória¹²...na intenção de formar o profissional generalista, entendida esta como possibilidade para inserir os enfermeiros no novo contexto das práticas de saúde" (Mendes, 1996: 230).

Permeando esta construção encontrei uma série de questões que foram fundamentando este processo, entre as quais destaco a análise da situação de saúde da população brasileira, as mudanças no seu perfil demográfico e epidemiológico; as transformações da profissão e do papel do

¹² Não estou inadvertida quanto à presença de paradigmas curriculares nos currículos que apresentei, contudo, julgo pertinente, face à proposta do estudo, referenciá-los após a ilustração do estilo de pensamento e do nível de práxis do Estágio Pré-profissional. Havendo maior interesse na área curricular do ensino superior de enfermagem, consultar Apple (1979), Giroux (1988), Moreira (1990), Boufleuer (1991,1993), Schubert Backes (1992), Saupe (1992,1998), Nietzsche (1993), Dilly e Jesus (1995), Colomé (1996), Mendes (1996).

enfermeiro; os descompassos entre o modelo de formação e as demandas do mercado de trabalho, entre outros (Saupe, 1998).

A Associação Brasileira de Enfermagem encaminha então, a proposta de "*Currículo Mínimo para o Curso Superior de Enfermagem*" ao MEC (Ministério da Educação e Cultura), em setembro de 1992. A proposta foi apreciada, mas não aprovada na íntegra, gerando algumas discrepâncias na formação do enfermeiro a partir do Currículo Mínimo. A seguir, no QUADRO 2, apresento um paralelo entre a proposta encaminhada pela ABEn e a aprovada pela Portaria nº 1721/94 do MEC.

Nesta proposta curricular, as bases das ciências biológicas se mantêm lado a lado às das ciências sociais, sendo estas ampliadas, com acréscimo de carga horária e incluindo a disciplina Antropologia Filosófica e Psicologia Aplicada à Saúde. Na seqüência, a área de Fundamentos de Enfermagem amplia os habituais conhecimentos (Parecer 163/72), incluindo Epidemiologia, Bioestatística, Saúde Ambiental, Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem, Metodologia da Pesquisa, História da Enfermagem e Exercício da Enfermagem.

A área da Assistência de Enfermagem, além das disciplinas habituais como Enfermagem Clínica, Cirúrgica, Psiquiátrica, Gineco-Obstétrica é enriquecida com a disciplina de Saúde Coletiva. Por fim, a área da Administração em Enfermagem é destacada, enfocando a administração de serviços de enfermagem e da assistência nos hospitais, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde.

QUADRO 2 - Quadro comparativo entre a proposta de currículo mínimo para a graduação de enfermeiros no Brasil, apresentada pela ABEn Nacional e a aprovada pela Portaria nº 1721/94 - MEC.

Componentes	Proposta da ABEn	Portaria MEC 1721/94
Matérias e Disciplinas	<p>A) Bases biológicas e sociais da enfermagem.</p> <p>a) Ciências Biológicas: - Morfologia (Anatomia, Histologia); - Fisiologia (Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia e Biofísica); - Patologia (Processos Patológicos Gerais); - Biologia (Parasitologia, Microbiologia, Citologia, Imunologia, Genética e Evolução, Embriologia);</p> <p>b) Ciências Humanas - Filosofia; - Sociologia; - Psicologia.</p> <p>B) Fundamentos de Enfermagem a) História da Enfermagem b) Exercício da Enfermagem (Deontologia, Ética Profissional e Legislação) c) Epidemiologia d) Bioestatística e) Saúde Ambiental f) Semiologia e Semiótica de Enfermagem</p> <p>C) Assistência de Enfermagem a) Clínicas b) Cirúrgicas c) Psiquiátricas d) Gineco-Obstétricas</p> <p>D) Administração em Enfermagem. Nesta área incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência, priorizando hospitais gerais e especializados, de médio porte, ambulatórios e Rede Básica de Serviços de Saúde.</p> <p>E) Ensino de Enfermagem a) Introdução à Educação b) Psicologia da Educação c) Estrutura e Funcionamento do Ensino de 1º e 2º Graus d) Prática de Ensino em Enfermagem, em Nível de 1º e 2º Graus e) Métodos e Técnicas de Ensino.</p>	<p>A) Bases biológicas e sociais da enfermagem.</p> <p>a) Ciências Biológicas: - Morfologia (Anatomia, Histologia) - Fisiologia (Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia e Biofísica). - Patologia (Processos Patológicos Gerais, Parasitologia, Microbiologia, Imunologia). - Biologia (Citologia, Genética e Evolução, Embriologia).</p> <p>b) Ciências Humanas - Antropologia filosófica; - Sociologia; - Psicologia aplicada à saúde.</p> <p>B) Fundamentos de Enfermagem a) História da Enfermagem b) Exercício da Enfermagem (Deontologia, Ética Profissional e Legislação) c) Epidemiologia d) Bioestatística e) Saúde Ambiental f) Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem g) Metodologia da Pesquisa</p> <p>C) Assistência de Enfermagem a) Clínicas b) Cirúrgicas c) Psiquiátricas d) Gineco-obstétricas e) Saúde Coletiva</p> <p>D) Administração em Enfermagem. Nesta área incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência, priorizando hospitais gerais e especializados, de médio porte, ambulatórios e Rede Básica de Serviços de Saúde.</p> <p>Não incluído, com base na existência de legislação e específica (Portaria 13/69) que orienta a capacitação de enfermeiros para o ensino de 1º e 2º graus.</p>

Estágio Curricular Supervisionado	Duração mínima de um semestre letivo, no final do curso.	Duração mínima de dois semestres letivos, sem delimitar o período ou % da carga horária, que está incluída nas 3.500 horas.
Carga horária mínima total	3.500 horas.	3.500 horas.
Distribuição da carga horária	Nada consta.	A) Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem - 25%; B) Fundamentos de Enfermagem - 25%; C) Assistência de Enfermagem - 35%; D) Administração em Enfermagem - 15%.
Tempo total	Mínimo: 4 (quatro) anos - 8 (oito) semestres letivos; Máximo: 5 (cinco) anos - 10 (dez) semestres letivos.	Mínimo: 4 (quatro) anos - 8 (oito) semestres letivos; Máximo: 6 (seis) anos - 12 (doze) semestres letivos.

A Portaria não inclui disciplinas que instrumentalizam para a área de ensino de enfermagem, redundando na falta de preparo do profissional enfermeiro, para formação de recursos humanos em saúde, ao nível do ensino médio. Ainda mais, não fica expressa a instrumentalização para enfoques a serem desenvolvidos quanto à educação em saúde.

A inclusão do Estágio Curricular Supervisionado como disciplina do último período com normas estabelecidas visava, na proposta da ABEn, oportunizar uma vivência pré-profissional ao aluno, integrando-o ao cotidiano dos serviços de saúde, apoiado e orientado pelo professor e pelo enfermeiro do serviço (Instituição de Saúde). Na presente Portaria, o significado do estágio supervisionado não fica explicitado, pois sua inclusão se dá nos dois últimos semestres do curso. Ocorre, assim, uma lacuna por parte do MEC e, conseqüentemente, poderá ser equivocada a sua aplicação pelos cursos de enfermagem, ao desenvolverem suas reformulações curriculares atendendo à nova Portaria.

O estabelecimento pelo MEC dos percentuais das áreas que compõem o novo currículo configuram a lógica do controle sobre os conteúdos e formas, limitando a formação do perfil profissional generalista, bem como as vocações das escolas, sem considerar as características institucionais e geopolíticas nas quais se inserem. Contudo, a ampliação da carga horária sugerida foi aprovada, estabelecendo-se a determinação mínima de 3.500 horas, integralizadas no mínimo em quatro anos letivos.

A estas determinações pode-se acrescentar referenciais expressos na Lei do Exercício Profissional, que instrumentalizam o processo administrativo da enfermagem, centrando na gerência do cuidado, através da consulta de enfermagem, e gerência dos serviços, utilizando-se do planejamento e da avaliação (Mendes, 1996).

Concordo com Mendes (1996: 222), quando ela coloca que:

a tentativa de romper a racionalidade técnica do Parecer 163/72, com a construção histórica [...] (da nova proposta curricular, resultante na Portaria nº 1721/94) e das inovações curriculares nas escolas de enfermagem brasileiras, aponta para uma emergente racionalidade crítica, que em muitos momentos exige o consenso, pois precisa vencer as resistências para que se processa a transformação da prática teorizada.

Neste sentido, a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn - Nacional e Seção Rio de Janeiro, através das respectivas Comissões Permanentes de Educação, sensíveis a este processo de mudança, realiza o 1º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil - 1º SENADEN, no Rio de Janeiro, no período de 02 a 06 de maio de 1994. Através das conferências e simpósios que debateram a formação de nível

médio, graduação e especialização, apoiada na análise crítica destes temas, buscava a elaboração de Diretrizes e Estratégias delineadoras da Política de Educação em Enfermagem no Brasil.

Na apresentação do documento final do 1º SENADEN (1994: 7), encontro expresso que:

acreditando na construção coletiva e consciente dos destinos da Enfermagem brasileira, os participantes apontaram possibilidades para a efetivação de um processo ensino-aprendizagem mais coerente com os desafios técnicos e políticos apresentados a esta prática social, expressos na deficitária cidadania da população brasileira, visíveis nas suas condições críticas de saúde e educação.

Essa manifestação demonstra a posição da categoria profissional da Enfermagem, atenta à necessidade de rever e construir um novo modelo de saúde e educação correspondente aos princípios contidos na proposta do Sistema Único de Saúde - SUS, respaldado pela Constituição Federal de 1988 e Decreto Lei 8080/90.

Este modelo constitui-se numa proposta capaz de democratizar as ações de saúde e garantir assistência de qualidade. Está alicerçado na lógica da necessidade de saúde (perfil epidemiológico), centrado no trabalho multidisciplinar e com garantia de participação (controle social) dos usuários.

Para sua efetivação, entre outros aspectos, está a exigir, segundo o Documento Final do 1º SENADEN (1994: 11)

um novo modelo de assistência de enfermagem, nova forma de organização de trabalho, novas formas pedagógicas, além da participação ativa dos trabalhadores de enfermagem enquanto atores sociais.

Para tanto, a formação e qualificação dos recursos humanos de enfermagem em todos os seus níveis, constitui-se em um desafio, encontrando no desencadeamento deste seminário o espaço de discussão e definição de diretrizes e estratégias para a formação de recursos humanos de enfermagem, nos níveis médio, graduação e especialização.

O Documento Final compila os resultados dos simpósios, levantando os problemas, as diretrizes e as estratégias a cada nível de formação.

Destaco para este estudo, os aspectos pertinentes à formação do trabalhador de enfermagem, em nível de graduação (1994: 17-20)

A) Os Problemas

- *Dicotomia entre teoria e prática.*
- *Distanciamento entre a formação acadêmica e a realidade da prática de enfermagem.*
- *Dicotomia entre assistência preventiva e curativa.*
- *Currículo centrado no modelo biomédico.*
- *Currículo pleno descontextualizado das realidades regionais.*
- *Falta de flexibilidade na implementação das disciplinas do currículo.*
- *Dificuldades na formulação de diretrizes educacionais, decorrentes da ausência de fóruns específicos para discutir os dilemas do ensino em enfermagem.*
- *Relação autoritária professor-aluno e rigidez disciplinar moralista das escolas de enfermagem.*
- *Participação deficitária dos alunos tanto nas associações estudantis e de classe, quanto nos cursos de extensão, ocasionada pela própria estrutura universitária e "sobrecarga" do currículo.*
- *Falta de capacitação pedagógica dos enfermeiros docentes e assistenciais.*
- *Pouco entendimento quanto à diversidade do processo de trabalho em enfermagem e do seu papel na produção dos serviços de saúde.*
- *Não posicionamento do enfermeiro enquanto trabalhador.*
- *Reflexos das condições sociais desfavoráveis à mulher nesta sociedade, repercutindo no exercício da profissão de enfermagem onde predomina o sexo feminino.*
- *Reduzida participação em suas entidades de classe.*
- *Escassa produção científica.*
- *Desconhecimento das formas de obtenção de recurso para financiamento de trabalhos científicos.*
- *Problemas de ordem diversa entram não só a produção, como a divulgação dos conhecimentos gerados pela enfermagem, contribuindo para a baixa utilização, valorização*

do saber produzido.

- *Inexistência, em nível das Escolas e dos Serviços, de instâncias promotoras de intercâmbio e fomento à produção de materiais, equipamentos e insumos tecnológicos para a prática assistencial.*

B) Os Pressupostos

- *O ensino e a prática de enfermagem devem manter estreita relação com os problemas e as necessidades de saúde da população, bem como com as condições dos processos de trabalho, nos diversos contextos e peculiaridades.*
- *O processo educativo deve ser entendido enquanto processo ativo, que assegure a participação do aluno e professor, dentro de uma visão crítica da realidade.*
- *O currículo pleno deve ser flexível e garantir a atualização dos conteúdos e especificidades de cada região, priorizar a integração das ações de saúde nos níveis individual e coletivo.*
- *A educação deve servir de instrumento para a formação do cidadão e do trabalhador de saúde, na busca da garantia de uma assistência de qualidade.*
- *A organização política das escolas de enfermagem facilita a definição e encaminhamento de diretrizes educacionais para a profissão.*
- *O ensino, a pesquisa e a extensão são indissociáveis.*
- *A produção científica gera conhecimento, contribui para a qualidade do ensino e da assistência, fortalece a profissão.*
- *A produção de serviços, bens e equipamentos é um campo importante de desenvolvimento da enfermagem, de sua divulgação junto à comunidade, de impacto sobre a saúde da clientela e de melhoria das condições de trabalho da categoria.*
- *A participação do enfermeiro em grupos associativos fortalece o reconhecimento social da categoria.*
- *As diferenças entre os gêneros não devem servir à desvalorização do trabalho em enfermagem, o qual é exercido majoritariamente por mulheres.*

C) As Diretrizes

- *Conhecer o perfil epidemiológico do país e de cada região, a fim de contextualizar o ensino.*
- *Buscar unidade entre a formação acadêmica e a prática profissional.*
- *Definir um conjunto de ações que possibilitem a implementação do modelo de ensino voltado para as reais necessidades de saúde da população.*
- *Considerar na formação do enfermeiro, a realidade de saúde da população, suas condições de vida e o mercado de trabalho.*
- *Fundamentar uma nova proposta de formação do enfermeiro, enquanto constituinte do processo de produção em saúde.*
- *Reelaborar o processo de ensino da graduação, considerando a sua especificidade na formação de enfermeiro.*
- *Propiciar ao aluno o questionamento, a participação no processo educativo e a compreensão do processo produtivo*

em saúde.

- Promover a participação política dos alunos, enfermeiros e docentes nas instituições de ensino e saúde, bem como entidades de classe e outras organizações civis da sociedade.
- Fortalecer os Fóruns de Escolas existentes e criá-los nos demais Estados da União.
- Estabelecer parcerias entre os enfermeiros, docentes e assistenciais e, entre os alunos, na realização de pesquisa e atividades de extensão.
- Ampliar a capacitação do enfermeiro na compreensão do processo de produção de bens e serviços, e de equipamentos.
- Desmitificar a prática da enfermagem como "atividade feminina"

D) As Estratégias.

- Avaliação e reestruturação dos currículos plenos com base, principalmente, no perfil epidemiológico.
- Desenvolvimento de projetos em articulação e parceria entre ensino e serviço.
- Discussão dos currículos com os profissionais de enfermagem, entidades de classe, comunidade escolar e representantes da sociedade civil.
- Reformulação das estratégias de ensino, de forma a contemplar os desenvolvimento de ações integradas de saúde a nível individual e coletivo.
- Adequação de horários acadêmicos, preferencialmente em turno único, com vistas ao desenvolvimento de atividades complementares de aprendizado para alunos e professores.
- Avaliação e reorientação dos programas de orientação acadêmica.
- Capacitação política e pedagógica dos docentes, discentes e assistenciais.
- Realização de programas de educação continuada, incluindo cursos e oficinas que orientem sobre o processo de produção dos serviços de saúde.
- Formação de grupos, entre profissionais do serviço e ensino, para a realização de seminários, simpósios e cursos sobre o processo de produção e registros de patente.
- Divulgação da produção da enfermagem (docentes, discentes, assistenciais).
- Fortalecimento da produção científica através da participação dos alunos em atividades de pesquisa e extensão, e da promoção sistemática de eventos para viabilizar a divulgação e publicação dos trabalhos produzidos.
- Criação de núcleos de estudo que incluam aspectos da tecnologia em enfermagem.
- Divulgação mais intensa dos eventos promovidos pelas associações de classe.
- Envolvimento de enfermeiros e alunos no planejamento e execução das atividades científicas e culturais, das entidades e dos Fóruns existentes, junto às Escolas onde ainda não foram criados.
- Realização de programas de educação continuada para os profissionais dos Serviços.

- Criação de núcleos de ensino e pesquisa de acordo com as necessidades regionais.
- Empreendimentos no sentido de buscar recursos junto aos órgãos de fomento à pesquisa.
- Promoção de fóruns de debate, nos cursos, serviços e entidades de classe, para se discutir o papel da mulher na sociedade, de forma global.

O Documento, extremamente rico, não atingiu a categoria como um todo, de modo que suas Diretrizes, não influenciaram, da forma como se esperava, no desenvolvimento das novas propostas para o ensino de Enfermagem.

Em meio a esse processo, a educação brasileira também vai estabelecendo inúmeras alterações referentes à sua estrutura, organização e funcionamento. A alteração significativa teve início com a extinção do Conselho Federal de Educação, sancionada pela Lei nº 9.131/95, que criou o Conselho Nacional de Educação (CNE).

Ligada ao CNE, encontra-se a Secretaria de Ensino Superior (SESu) à qual, dentre outras atribuições, cabe realizar estudos, preparar e instruir processos, elaborar relatórios e emitir pareceres sobre matérias relativas ao ensino superior a serem submetidos ao CNE, quando pertinentes. Segundo Christóforo (1996: 639), entre tais matérias,

estão a verificação de cursos (autorização, reconhecimento e renovação do reconhecimento); a definição de padrões de qualidade do ensino; os requisitos mínimos para o funcionamento dos cursos e o programa de avaliação dos mesmos. Para tanto, a SESu conta com a assessoria e o apoio de comissões de Especialistas de Ensino, por área de conhecimento.

A primeira Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem (CEE-

ENF), foi constituída pela Portaria MEC/SESu nº 076/96 com o objetivo de assessorar o próprio MEC/SESu, na definição de políticas para a formação de enfermeiros.

Culminando com as alterações mais significativas na legislação educacional, é aprovada a Lei nº 9.394/96, fixando as diretrizes e bases da educação nacional. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), discutida e debatida ao longo de oito anos de tramitação, é aprovada com alguns aspectos limitadores e outros inovadores.

Segundo Gomes (1997: 3), sua grande característica positiva é a flexibilidade e a viabilidade de projetos inovadores e experimentais. Para ele,

a flexibilidade da Lei é vista [...] quando extrapola a educação formal permitindo o aproveitamento de experiências adquiridas no processo informal da educação [...] ao acolher diferenças contemplando o índio, o trabalhador, o que depende de atendimento especial e os que necessitam de educação a distância.

Contudo, garantir e praticar esse princípio flexibilizador face as normas rígidas de controle, tornar-se-ia um exercício difícil.

Conforme Demo (1997: 12),

inovar é mais do que adaptar, introduzir flexibilidade organizativa, abrir caminhos. É sobretudo fazer caminhos novos [...] O traço mais visível da Lei, assim, parece-nos seu intento flexibilizador. Nisso é razoavelmente inovadora, mas dentro dos limites do sistema vigente.

Atenta às questões educacionais em geral, a Enfermagem desenvolve seu 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem, no

período de 08 a 11 de setembro de 1997, em Florianópolis-SC, com o objetivo geral de discutir e estabelecer as diretrizes gerais para a educação em enfermagem, articulando os diversos níveis de formação. Mais uma vez são relacionados os problemas que afetam o ensino da enfermagem no Brasil, em todos seus níveis de formação. Novas discussões, referendando antigos problemas, acrescidos de outras preocupações sobre a relação entre LDB e currículos de graduação, de ensino médio e de pós-graduação. Entre outros aspectos de grande relevância, destaco o "*referendum*" ao currículo aprovado (Portaria nº 1721/94) e a atenção aos devidos ajustes no currículo pleno, para atender às características e necessidades regionais. Houve recomendação às Escolas de Enfermagem para implementarem a Licenciatura em Enfermagem, tendo em vista a necessidade de professores responsáveis pela formação de recursos humanos em saúde, ao nível de ensino médio, resgatando, assim, a dimensão pedagógica da formação do enfermeiro; e o controle da Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem sobre a criação de novos cursos de Enfermagem (Relatório Final, 2º SENADEn, 1997: 6 - Documento Preliminar).

Em março de 1998, face aos anseios e necessidades da categoria profissional de enfermeiros, acontece o 3º SENADEn, no Rio de Janeiro. Novos debates, reafirmação de estratégias e o desencadeamento de seminários regionais, buscando garantir unidade de decisões e articulação no campo da formação da enfermagem em todos os seus níveis.

Levando em consideração os aspectos tecidos até agora, destacando a dinâmica social presente nas décadas de 80 e 90, sinto-me impelida a caracterizar a co-existência de estilos de pensamentos, evidenciado um pelo estilo de pensamento estrutural-funcionalista, baseado em modelos

normatizadores e reguladores capazes de gerar mudanças, mas para melhor adaptação e melhor produção dos serviços, atendendo às exigências do modelo de saúde hegemônico vigente, e outro estilo de pensamento, concebido como histórico-social, que leva em conta esses valores, contextualizando o processo saúde-doença como uma dimensão social, concreta e histórica, num "*continuum*" com o desenvolvimento das pessoas e com os grupos, como sujeitos participantes. A práxis de igual forma transita entre a simples reiteração para a possibilidade de reflexão, da intenção, sem contudo empreender a ação correspondente. No entender de Collière (1989: 350), para que se produzam as transformações na formação e prática profissional, há que se reinventar os cuidados, "*cuidados que promovam a vida, cuidados desalienantes que restituam a vida, tanto dos que recebem como do que os prestam*".

É no modelo curricular da Portaria nº 1721/94 que se insere a disciplina Estágio Curricular Supervisionado, entendido como estágio pré-profissional, foco desta investigação. Contudo, antes de prosseguir, decidi por refletir com Fleck e Vázquez, as posições que assumi na seqüência do trabalho, na busca das referências de análise que culminassem numa melhor compreensão das questões relativas a inserção do estágio pré-profissional no conjunto do currículo proposto.

4.8 - Uma Reflexão com Fleck e Vázquez

Considero o estágio na enfermagem como uma prática compartilhada

na formação do profissional enfermeiro, no qual se explicita um estilo de pensamento, numa determinada época histórica e difundida pelas Escolas de Enfermagem.

Pelo estudo até aqui realizado, pude conceber a existência de um estilo de pensamento da Escola de Treinamento Nightingale, alicerçado na conduta moral irrepreensível, no reconhecimento dos níveis hierárquicos de comando e, sobretudo, na preocupação em embasar as atividades em um conhecimento "traduzido" de diferentes estilos de pensamento.

Florence, à sua época, desenvolveu através das "traduções" que realizou, de forma muito peculiar, um estilo de pensamento, que abrangia e integrava o homem à natureza em que vive, em seu contexto social, econômico e cultural, ao seu contexto de saberes, assim como à estética, à ética e à intuição.

Poderia dizer que se tratava de um estilo de pensamento globalizante, ou seja, que tentava valorizar cuidados como a higiene, alimentação, ventilação, aquecimento, bem-estar, entre outros aspectos, com princípios científicos desenvolvidos no campo da medicina e estudos epidemiológicos, aos quais dedicava particular interesse e que lhe revelaram caminhos de construção do conhecimento na administração das instituições de saúde.

Tentar associar aspectos tão amplos, e ao mesmo tempo extremamente particulares, ao pensamento de Florence, nos faz acreditar que o estilo de pensamento desenvolvido a essa época só poderia denominar-se de "**estilo de pensamento nightingaliano**", pois torna-se a interlocutora do mesmo, orientado por um contexto histórico, social, econômico, político, cultural

e científico.

Esse contexto propiciou a tradução de saberes e práticas basicamente oriundos da ciência médica e da influência eclesiástica sobre o sistema de cuidados ao ser humano.

Florence faz essas traduções de maneira crítica, séria e responsável, transformando esse estilo de pensamento médico para a enfermagem, deslocando e ampliando os conhecimentos, as práticas, os instrumentos, os modelos e habilidades.

Ao mesmo tempo em que se espelha no ensino de medicina para a formação e treinamento das enfermeiras, é enfática e autêntica em estabelecer uma abordagem humanista e global do cuidado constituindo numa diferenciação da enfermagem em relação à medicina.

Essa ação, levada à cabo por Florence, explicita uma práxis transformadora, pois lança mão de um alto grau de consciência, no qual se vale do esforço da interpretação dos diferentes estilos de pensamento que traduz, e consegue transcender em direção a uma transformação da realidade assistencial, atingindo suas metas.

Na Escola de Treinamento Nightingale, para a formação de enfermeiras as atividades são normatizadas e prescritivas, evidenciando a etapa de instauração do estilo de pensamento nightingaliano.

Se considerarmos que o estilo de pensamento da enfermagem foi em grande parte traduzido do estilo de pensamento médico, que o estilo de pensamento nightingaliano avançou em muitos aspectos e que, na Escola, o modelo de formação de enfermeiras representou um avanço para a época,

resta-nos questionar sobre o resultado de tais traduções para a prática da enfermagem.

No estudo realizado por Almeida e Rocha (1989) sobre o "*Saber de enfermagem e sua dimensão prática*", os autores fazem um percurso histórico sobre os modelos da prática de enfermagem e encontram nas técnicas de enfermagem a sua primeira expressão.

Este pode ser, também, um dos resultados das traduções de estilo de pensamento, pois com as técnicas de enfermagem, cria-se uma instrumentalização necessária para o cuidado de enfermagem, num momento em que a ciência emerge como saber que pode responder às grandes questões da área de saúde.

Portanto, as técnicas de enfermagem parecem constituir-se numa possível mediação entre os responsáveis pela formação, os que ensinam e os alunos, os que aprendem a executar tais atividades, na medida em que correspondem a princípios lógicos.

Frente a estas considerações, vamos nos deparar com o que Fleck denomina de ponto intermediário, ou seja, o espaço que possibilita o acesso ao conhecimento padronizado, que vai conferir certa estabilização necessária do estilo de pensamento de determinado coletivo de pensamento, para a especificidade profissional, ao mesmo tempo em que possui "fronteiras flexíveis", permitindo a interação entre estilos de pensamentos e inovações do conhecimento.

No processo de formação do enfermeiro, na Era da Enfermagem Nightingaliana, vamos encontrar um círculo de regularidades conhecido como

padrões nightingalianos, nos quais a rigidez disciplinar (corporal, moral e espacial) foram a tônica, sobrepondo-se à construção do conhecimento na enfermagem.

O modelo Nightingale, difundido nos Estados Unidos, faz a "tradução" dos princípios da gerência científica de Taylor, mudando o estilo de pensamento, passando a ser o da Enfermagem Nightingaliana - Americana, já que institui e reforça o parcelamento das atividades e desloca o valor vocacional para o modelo funcional.

Convém, entretanto, indagar: poderia ser diferente o processo da enfermagem profissional? Teria encontrado o reconhecimento que obteve, difundindo o Sistema Nightingale por inúmeros países? Acredito que não.

Contudo, as traduções a posteriori, que vêm se perpetuando na formação profissional de enfermagem, estarão sendo sérias, críticas e responsáveis?

A incursão pela herança do modelo Nightingale no ensino da enfermagem no Brasil, nos possibilitou evidenciar que a "tradução" do estilo de pensamento se processou de maneira linear e acrítica, da **Era da Enfermagem Nightingaliana - Americana** para o modelo curricular desenvolvido na Escola de Enfermeiras do DNSP (Decreto nº 16.300/23), tendo em vista que o conjunto de normas, valores, saberes e práticas concebidas no estilo de pensamento considerado, eram aderentes à ênfase na conduta moral e disciplinarização das alunas, o saber era fundamentado no enfoque biomédico e no modelo científico gerencial taylorista, e a prática e os métodos ajustados à organização das unidades hospitalares e à execução de procedimentos

técnicos. Revelou-se, no exercício profissional, uma práxis reiterativa, alienante em sua organização do processo de trabalho, **por reiterar a separação entre a ação e a consciência dos profissionais.**

Com a mudança curricular alterada pela Lei nº 775/49, configuram-se modificações de cunho operacional, como a ampliação de conteúdos, da carga horária dos estágios, aumentando a duração do Curso, sem contudo provocar alterações estruturais e de concepção. O saber continua pautado, e de maneira até mais enfática, para as especialidades médicas e de nível curativo, mantendo a prática voltada para a execução de tarefas e administração da unidade de trabalho. **O estilo de pensamento é consonante com o modelo funcional e a práxis predominantemente reiterativa.**

Fleck (1986), na medida que historiciza e contextualiza a produção de conhecimentos e mudanças de estilos de pensamento, nos remete a compreender que a persistência num estilo de pensamento constitui-se numa segurança, pois se afasta as mudanças, o novo, a superação. Percebe-se que, ao longo da história da formação profissional, a manutenção desse "status quo" reproduz o esforço que a sociedade capitalista brasileira realiza para manter as relações de poder e permanecer sob controle ideológico as mudanças.

Adentrando na década de 50, encontramos um **estilo de pensamento ajustado ao saber científico**, graças ao desenvolvimento de descobertas nas ciências naturais, conferindo à enfermagem a "tradução" de conhecimentos biomédicos e dos princípios científicos. As normas e valores à época são dirigidos à doença e a prática é enaltecida pelo fazer técnico, agora dentro dos padrões científicos, mais normatizados e normatizadores. O desenvolvimento do campo tecnológico, revestido de ambigüidades, representa um avanço

importante para o diagnóstico e tratamento de doenças e principalmente, a meu ver, do doente, mas encerra o avanço, quando se presta para servir ao modelo capitalista de acumulação de bens a serviço de poucos (indivíduos), em detrimento de muitos (coletividade), **na medida em que não socializa de forma democrática os avanços tecnológicos e nem mesmo as possibilidades assistenciais mínimas.**

O avanço tecnológico vai exigir cada vez mais a execução exímia de procedimentos técnicos, tornando-se um grande marco a competência técnica, o fazer bem, de forma correta e com a maior presteza. A **práxis reiterativa** (repetitiva) se expande, mantendo-se afastada de elementos reflexivos que pudessem permitir maior criação e, conseqüentemente, a superação dos modelos assistenciais e formadores considerados inadequados.

A partir da década de 70, a meu ver, pelas inferências originadas nos modelos curriculares, começamos a conviver com algumas **variações de estilos de pensamento**. Encontramos a presença do estilo de pensamento funcional, técnico-científico e uma práxis reiterativa, ao mesmo tempo que percebemos uma dinâmica, que passa a "traduzir", ainda que de forma vertical ou linear, componentes emergentes no desenvolvimento do processo-saúde-doença, inclinando-se a considerar o valor das necessidades humanas básicas das pessoas, normatizado pelo modelo funcional. O saber de Enfermagem contemplando os conhecimentos tanto das ciências biológicas como das ciências humanas e sociais, e a prática ampliando, da execução técnica-manual para a utilização de um instrumental constituído pelas teorias de enfermagem, acirra a divisão do saber manual e do saber intelectual, quando este saber chega, com muitas lacunas, somente ao domínio dos enfermeiros,

enquanto outros elementos da equipe sequer sabem de sua existência. A **práxis reiterativa se amplia** e parece atingir um grau de **práxis reflexiva**, sendo essa a expressão que encontramos no modelo curricular em voga, no Parecer 163/72.

O período histórico mais recente, o da década de 80-90, inaugura um outro momento, experienciando a emergência de diversos movimentos sociais e políticos em particular. Marca-se o fim da ditadura militar e se engatinha rumo à democracia. É inegável a contribuição deste momento histórico e, para o ensino de enfermagem, este período assinala grandes eventos, como o desencadeamento da construção participativa de uma nova proposta curricular, amparada na **práxis reflexiva**, decorrente em grande parte da criação da pós-graduação em enfermagem e da produção e publicações de textos, livros, teses, apoiados em um referencial teórico-metodológico crítico-reflexivo, graças às "traduções" mais críticas das ciências humanas e naturais.

Entretanto, este estudo continua a mostrar variações de estilo de pensamento, permeando a formação profissional estabelecida na Portaria nº 1721/94 do MEC, em que se evidencia, por um lado, um **estilo de pensamento** denominado **estrutural-funcionalista**, carreando todas as características já descritas nas situações formativas anteriores. No entanto, outro **estilo de pensamento** se incorpora concebido como **histórico-social**, aderente aos valores humanos e éticos de solidariedade consigo e com o outro, com o estabelecimento de normas, sim, mas de orientação flexível, gerando um grau de regularidade necessário, para não se perder a especificidade profissional; um saber que abarca diferentes dimensões, considerando o espaço histórico, social, político, econômico, e as diferentes

áreas do conhecimento, sem verdades absolutas, mas tratando-as como relativas e incomensuráveis, como nos propõe Fleck (1986) ou na equi-diversidade, como expressa Leopardi (1994). Trata-se de uma prática social que busca a interação interdisciplinar e entre os círculos eso e exotéricos, considerando e valorizando os diferentes campos de saberes.

Compreendo que essa dinâmica, empreendida pelos coletivos de pensamento e traduzida em estilos de pensamento, se efetiva num sentido de rigidez, limitação ou de superação dessa contradição, presente na inflexibilidade ou flexibilidade de pensamento e objetivada no exercício da práxis, que entendo co-existir nas dimensões reiterativa, reflexiva e transformadora.

Percebo, no entanto, que se evidencia fortemente, em geral, a presença da **práxis reflexiva**, nesse momento na formação profissional.

Passo agora, a investigar outros elementos que possam ilustrar melhor o momento que estamos vivendo, tendo em vista o estudo se dedicar à exploração das características que a experiência do estágio pré-profissional vem construindo e suas possibilidades de contribuir como estratégia transformadora do ensino e da prática profissional.

CAPÍTULO 5

O ESPAÇO DA REGULARIDADE, DA FLEXIBILIDADE, DO OBJETO FRONTEIRIÇO E O EXERCÍCIO REITERATIVO, TRANSFORMADOR, REFLEXIVO

*Considero que nosso papel está justamente nesta múltipla possibilidade de realizar um trabalho de modo mais **eqüi-diverso**, dando igual importância à dor do corpo e à dor da alma; atendendo com a mesma solicitude o pedido de companhia como o pedido de tratamento das mais diversas feridas, fornecendo com igual interesse o alimento e a recreação; chamando outros profissionais para discutir os problemas encontrados e para conjugar esforços.*

Leopardi
(1994: 99)

Neste momento do estudo procuro desenvolver o segundo objetivo, ou seja, explorar as características que o estágio pré-profissional (EPP)¹³ deve conter, para se tornar um espaço de exercício de uma práxis transformadora do ensino e da assistência profissional de enfermagem, viabilizados pelos sujeitos envolvidos neste processo.

Com esse intuito, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com seis (6) grupos de sujeitos diferenciados, todos envolvidos com o EPP do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria – RS.

QUADRO 3 – Demonstrativo dos grupos de sujeitos entrevistados

Nº Sujeitos	Grupos de Sujeitos Entrevistados	Código
03	Alunos desenvolvendo o estágio	ADE
15	Alunos egressos	AE
12	Chefes de enfermagem/serviço	CHE/S
01	Coordenadora de estágio	COE
10	Enfermeiras orientadoras	EO
11	Professoras supervisoras	PS
Total	52 sujeitos entrevistados	

¹³ Estágio pré-profissional é uma nomenclatura atribuída pela autora deste trabalho ao Estágio Supervisionado em Enfermagem desenvolvido no último semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria e incorporado como disciplina no Currículo Mínimo Portaria nº 1721/1994 e mantido como Diretriz Educacional na formação de enfermeiros.

A escolha da amostra, por segmento, foi aleatória e a determinação do número de sujeitos por grupo foi estabelecida pela saturação dos dados, conforme sugere Lüdke (1986: 46) e Minayo (1994: 102).

Após o sorteio aleatório, os sujeitos foram contactados, sendo-lhes explicado sobre a importância da contribuição dos mesmos para a realização desta pesquisa. Em seguida, foi agendada a entrevista, a qual era gravada com o consentimento dos participantes. É importante destacar que todos os sujeitos, prontamente, se colocaram à disposição para colaborar com o trabalho, o que foi mais uma boa motivação para o desenvolvimento do estudo.

Para entender melhor a experiência do estágio pré-profissional desenvolvido no Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria, buscamos ouvir os envolvidos nessa experiência, de modo a poder evidenciar seus estilos de pensamento, elucidando nosso problema de investigação, ou seja, **que estilos de pensamento estão presentes na formação do profissional enfermeiro e, mais especificamente, no estágio pré-profissional, para que este estágio possa ser estratégia para o exercício de uma práxis transformadora, isto é, de um agir profissional mais consciente, crítico e criativo.**

Portanto, para a categoria estilo de pensamento, emergiram subcategorias que evidenciaram padrões de comportamento profissional: (a) **com regularidades** (padrões inflexíveis, rígidos); (b) **com flexibilidade** (possibilidade de inovação e superação do estilo de pensamento) e (c) **objetos fronteiros** (elementos de flexibilidade e zonas de interação).

Quanto à categoria práxis (ação reflexiva e criadora do homem), esta

foi sub-categorizada em níveis de práxis: (a) **reiterativa** (ação imitativa, repetitiva); (b) **transformadora** (ação criadora) e (c) **reflexiva** (alto grau de consciência).

5.1 - A Interlocução com os Alunos Desenvolvendo o Estágio (ADE)

O primeiro grupo de sujeitos apresentado refere-se aos três (03) **alunos desenvolvendo o estágio (ADE)**, assim classificados:

ADE1 – Desenvolvendo o EPP em um Posto de Saúde Pública de Santa Maria, trabalhando com o cliente diabético e famílias.

ADE2 – Desenvolvendo o EPP em um Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria, atuando junto ao paciente comatoso e sua família, trabalhando a questão vida-morte.

ADE3 – Desenvolvendo o EPP em uma Unidade Coronariana de um Hospital Filantrópico de Santa Maria, objetivando trabalhar a interação enfermeiro-cliente-família.

O grupo de alunos desenvolvendo o estágio (ADE), ao manifestarem-se sobre o que pensam do estágio pré-profissional (EPP), expressam comportamentos que revelam **regularidades**, evidenciadas a seguir:

*... o EPP é essencial para enfrentar o mercado de trabalho...
você começa a atuar como enfermeiro (ADE1).*

... é uma experiência bastante positiva, na medida em que a gente cresce bastante, amadurece muito e começa a ver que você é uma profissional (ADE2).

... eu acho uma experiência bastante importante, porque eu consegui assumir a unidade, eu consegui ver os problemas e consegui resolver algumas coisas (ADE3).

O círculo de regularidade aqui presente permite dar especificidade ao papel e função do enfermeiro e o EPP oportuniza experienciá-lo de forma concreta. O padrão é referenciado no modelo administrativo-burocrático (administração da unidade, organização de materiais e de pessoal).

A flexibilidade de pensamento, por outro lado, pode ser evidenciada nos seguintes segmentos de fala:

... meu trabalho está muito bom consegui implantar uma nova modalidade, um curso para diabéticos. Na avaliação do curso, os clientes colocaram como se sentiram valorizados, de como eles atuavam e como poderiam se organizar no dia-a-dia na situação deles (ADE1).

... o papel do enfermeiro não é só por exemplo executar técnicas (puncionar uma veia, passar uma sonda) mas, é o jeito como você chega no paciente, avalia, conversa e ele percebe que você atende diferente (ADE3).

Esses exemplos demonstram uma possibilidade de realização do trabalho profissional do enfermeiro numa maior interação com os clientes-sujeitos, seja com a utilização de estratégias, como cursos, no qual a participação dos clientes e seu saber são valorizados, assim como no cotidiano de uma unidade em que é atribuído à relação interpessoal com o paciente um sentido mais amplo do que o meramente técnico-biológico.

Questiono se poderia haver, neste exemplo, um vislumbrar de uma fronteira contingente ou negociável? Em outras palavras, a valorização da dimensão das relações interpessoais poderia se constituir num objeto fronteiriço?

Percebo que o modo como as relações interpessoais têm se estabelecido é que tem permitido ocorrer mudanças, pois na medida em que o sujeito-profissional tem aceito o sujeito-cliente não mais como um sujeito passivo-objeto, mas que tem o direito de compartilhar do seu processo terapêutico, de decidir, de conhecer, esse modo de interagir não está mais agregado àquele estilo de pensamento rígido, onde os aspectos do processo natural-biológico-mecanicista prevalecem. Contudo, não está ainda conformado pelo novo estilo de pensamento, está sim, num momento histórico de transição, ou seja, numa zona fronteira. E essa zona fronteira agrega novos métodos, normas, valores, modelos, práticas, saberes, que são concretizados no novo modo de proceder a relação humana, sujeito-sujeito, destacado pelos alunos no seu cotidiano vivido.

Ao se questionar sobre o tipo de atividades desempenhadas no EPP, os alunos (ADE) apresentam ações que se enquadram num sistema regular de padrão comportamental e ações diferenciais, que demonstram a busca de alternativas para o encaminhamento de uma ação mais refletida, mais participativa da equipe de trabalho e dos clientes, permitindo atender melhor e discutir as necessidades dos mesmos. O aspecto educativo é ressaltado.

A **regularidade** está evidenciada em registros em que as ações explicitadas podem ser identificadas como as mais comuns, recorrentes e esperadas, tais como abaixo:

... desenvolvo uma assistência de enfermagem direta, individualizada ao paciente cardíaco, aos seus familiares... (ADE3).

... realizo atividades administrativo-assistenciais como

supervisão, evolução, planejamento da assistência e de materiais que o enfermeiro faz... (ADE2).

As atividades que apresentaram **flexibilidade** de ação podem ser retratadas, quando os sujeitos apresentam um trabalho como algo diferente do corriqueiro, com conteúdos que ultrapassam os do modelo assistencial curativista e biologicista:

... desenvolver um curso para mim foi uma coisa nova e o trabalho com famílias. Há integração, troca de experiência, você leva conhecimento e ao mesmo tempo você também ganha outros conhecimentos. Se aprende com todos e com os clientes. Um trabalho grupal não é fácil, exige um aprendizado constante e de adaptação também (ADE1).

... meu EPP se divide em desenvolver as atividades administrativo-assistenciais e outra parte, é com familiares e profissionais da saúde trabalhando o desvelamento da morte no C.T.I. (ADE2).

... estou trabalhando com o aspecto educativo com o paciente cardíaco que está na unidade coronariana e familiares, mesmo entendendo que este trabalho deveria ter iniciado numa atenção primária, mas achei que poderia desenvolver uma prevenção secundária. O fundamental, também, era tentar mostrar essa nova visão nessa realidade para os funcionários e equipe. No processo, os pacientes e familiares se mostraram muito interessados e me pediram para entregar as recomendações por escrito, então criei um manual de orientação quanto aos fatores de risco e o que eles teriam que monitorizar melhor (ADE3).

A criação do manual, por exemplo, apresenta uma sistematização de cuidados e conhecimentos discutidos com os clientes e familiares, no qual foram utilizadas ilustrações bastante originais, desenvolvidas por uma auxiliar de enfermagem que participou do trabalho da aluna em seu EPP.

Essas iniciativas podem não ser totalmente inusitadas, no entanto, apontam novos elementos de práxis profissional pela inclusão de modos de compartilhar, através de eventos interativos que valorizam o saber, as trocas

dos sujeitos participantes.

Parece haver necessidade de uma práxis reiterativa, em certos momentos, para domínio de certas atividades regulares, no caso, as atividades administrativo-assistenciais que, no entanto, embora pensadas como necessárias, para compor uma especificidade profissional, podem ser desenvolvidas em um modo de fazer que supere a repetição alienante¹⁴.

Um aspecto que chama atenção é o desenvolvimento de outras atividades além das administrativas, como por exemplo, o trabalho com clientes diabéticos e familiares, numa proposta em que foi evidenciada a valorização do saber do cliente, do trabalho coletivo e integrador com outras colegas, no mesmo local de estágio. Assim, como práticas que destoam do estilo de pensamento clássico do modelo médico-curativista, aparece o trabalho com o paciente comatoso, sua família e funcionários, sobre o desvelamento da morte, criando um espaço de discussão e auto-ajuda; o trabalho educativo, com o cliente cardíaco, sua família e funcionários. Nesses exemplos, fica patente o destaque para o trabalho em equipe, o respeito às diferenças de conhecimento, ou seja, há um trabalho preocupado com o **valor humano nas relações profissionais**, bem como para a questão educativa, discutindo-se com os clientes, familiares e funcionários, aspectos de seu interesse, os quais possibilitam maior tomada de consciência e ações mais coerentes no cotidiano pessoal, social, profissional. Pelo menos, pode se dizer que há um “novo vento soprando as areias”.

¹⁴ Aqui considerada como falta de consciência, submissão, apego às normas e rotinas.

Ao serem questionados sobre quem os havia orientado em tais atividades, todos os alunos (ADE) responderam que a idéia do trabalho partira deles próprios, motivados por experiências pessoais, ou que foram sendo despertadas ao longo do curso, nas experiências curriculares e que receberam todo apoio da professora supervisora e da enfermeira orientadora.

... é um trabalho coletivo, entre nós acadêmicos, mas cada qual já tinha sua idéia do que queria trabalhar, contando com o suporte da orientadora e da supervisora (ADE1).

... eu já tinha idéia do que queria desenvolver, no caso o paciente comatoso, o tema morte e uma coisa puxa a outra, era indispensável trabalhar com a família e a equipe de saúde... A orientadora e a supervisora orientam caminhos e dão o suporte (ADE2).

... tem bastante participação da minha orientadora e da supervisora, mas eu já tinha idéia do trabalho que queria desenvolver (ADE3).

A referência sobre se as atividades eram apropriadas para um aprendizado pré-profissional e porque evidenciaram posições mais flexíveis do que regulares, denotam uma melhor compreensão sobre aspectos profissionais pouco explorados, de certa forma. O domínio do saber e a descoberta das **funções próprias** do enfermeiro podem indicar maior **autonomia** profissional.

... sim, eu estou mais segura e isto se deve à relação da teoria com a prática. Na prática, sem teoria, é só 'fazeção'... como vou orientar o cliente diabético? Observar, avaliar, discutir, sem teoria não teria como. Quanto maior o conhecimento, maior o domínio técnico-científico do que você está fazendo e maior teu reconhecimento (ADE1).

... eu acredito que sim, porque nesta experiência eu consegui assumir as funções do enfermeiro e através de muita leitura e conhecimento respaldar estas ações para saber o porquê das coisas e ainda, falta muita coisa para mim saber e isso também deve continuar (ADE3).

... sim, considero pela vivência que tive, pelo conhecimento e visão que adquiri no trabalho com os funcionários, com os alunos, com os pacientes, com as famílias, a postura que desenvolvi e pela autonomia que eu acho que ganhei (ADE2).

No decorrer de sua fala, um dos alunos (ADE2) explicitou melhor o que queria dizer, pela **visão** que adquiriu, pela **postura** que desenvolveu e pela **autonomia** que acha ter ganho. Na entrevista, revelou:

... quando falei da visão que adquiri, me referi a ter percebido melhor... as relações que o nosso trabalho tem com outros profissionais, como é necessário trabalhar em equipe, e achei, ainda, muito pobre este tipo de trabalho mais participativo, mais solidário... também, a visão mais abrangente sobre saúde-doença, vida-morte, a relação com o paciente (comatoso) não só o paciente e a família... Quanto à postura; passei de aluna para profissional, me senti mais envolvida (comprometida) com meu trabalho, mais madura, mais decidida... e a autonomia eu senti pelas atitudes de iniciativa e decisão que eu tomava para colocar em prática os objetivos do meu trabalho e acho que ganhei autonomia quando houve a aceitação e participação da equipe no meu trabalho (ADE2).

Essas posições deixam transparecer que as atividades desenvolvidas oportunizaram um aprendizado pré-profissional, alicerçado na busca de interrelacionar a teoria e a prática, como possibilidade de uma atuação mais consciente, mais consistente e mais conseqüente. Este fato permite inferir que o aluno com esta experiência desenvolve um “ver-formativo”¹⁵ orientado, havendo mais flexibilidade de pensamento, encorajando atividades mais criativas ou mais abrangentes, que superam o padrão profissional mais regular.

Fleck coloca que o “ver confuso inicial” é um perceber ingênuo, o que me leva a associar o aluno como um aprendiz, inicialmente, introduzido na

¹⁵ Para Fleck (1986: 138-139) não existe um observar ou investigar livre de pressupostos e que o ver formativo não seria um observar ingênuo, senão algo que somente é possível depois da introdução teórico-prática e com certa experiência em um campo.

formação profissional para absorver o padrão, o regular, o específico e, com o tempo, desenvolver uma percepção mais orientada, caso tenha experiências que o auxiliem a superar o risco de rigidez de pensamento, pela mudança do estilo de pensamento a que está sujeito, como membro de um coletivo de pensamento, no caso, da enfermagem e, mais especificamente, de uma (sua) escola de enfermagem.

No tocante à definição da relação que os alunos (ADE) mantiveram com a professora supervisora, com a enfermeira orientadora e com a coordenação de estágio, destacam-se as atitudes de **mediação** que ambos possam propiciar, por relacionamentos marcados, por serem **bons e suportivos**.

... a relação com o professor supervisor foi muito boa... ela te ajuda a ver, te indica caminhos e te mostra possibilidades... com a enfermeira orientadora, também essa relação foi boa, embora eles sejam mais técnicos, colaborou com meu trabalho... e com a coordenação de estágio houve apoio total... para a realização do trabalho (ADE2).

... defino minha relação com a professora supervisora e a enfermeira orientadora de momentos gostosos, porque compartilharam conhecimentos e foram amigas, companheiras... com a coordenação de estágio não tive nenhum problema nos ajudou muito na orientação do projeto (ADE1).

... foi ótima minha relação com a professora supervisora, muito amiga e paciente... com a enfermeira orientadora foi muito profissional sentávamos para ler muitos textos, me questionava muito, me incentivou e procurou me dar liberdade e suporte também. No início me acompanhava mais de perto, agora fica mais à distância sempre discutindo acerca do trabalho... com a coordenação de estágio foi uma relação mais à distância, mas colaboraram na realização do projeto (ADE3).

Considero muito interessantes os depoimentos dos alunos (ADE) quanto às relações que estabeleceram. Ao primeiro olhar, percebo uma relação muito amistosa, de companheirismo que soa como uma relação de respeito e

consideração do aluno, já como colega de profissão e, também, de responsabilidade, de compromisso com o desenvolvimento do trabalho (estágio) do aluno.

As atitudes evidenciadas nessas relações pressupõem estruturas de pensamento mais flexíveis, com espaço para discussão e apoio, tanto teórico-prático, como interpessoal. O aluno parece ter se sentido valorizado pelo seu desempenho pré-profissional, o que constitui um suporte muito importante para sua auto-estima, referendando positivamente as futuras relações que vierem a estabelecer, quando de fato se tornarem profissionais.

Compondo um certo prolongamento das relações mencionadas acima, questionei aos alunos (ADE) se eles achavam que no EPP havia espaço para troca de experiência entre profissionais e alunos, com o intuito de averiguar que nível de interações são possibilitadas e entre que sujeitos.

... foi uma riqueza enorme, porque além da minha orientadora eu realizei estágio em outros turnos e entrei em contato com outras enfermeiras, outros profissionais e foi muito bom, porque eu cresci mais observando e refletindo sobre as posturas e atitudes tomadas por eles frente a situações que ocorriam, como reagiam e os efeitos que isso tinha... os médicos não se envolveram muito no meu trabalho, porque eu acho que há receio de se envolver (até pela temática da morte)... e na sala de espera, os familiares pediam muito sobre os exames e coisas que envolviam a parte médica, então eu colocava os propósitos do meu trabalho e esse era um limite... a professora supervisora e a enfermeira orientadora trocavam muitas idéias, discutiam bastante (sobre a realidade do campo, meu trabalho). Achei muito boa a relação entre elas (ADE2).

... tem profissionais que valorizam teu trabalho, que colaboram para ele ser desenvolvido, assim como tem aquele profissional que não dá a mínima... teve um médico cardiologista que se dispôs a fazer estudos e programamos isso... sabe, muitas enfermeiras participaram... também, mensalmente, nós nos reuníamos, eu, a supervisora e a orientadora, trocávamos idéias, o que tinha para melhorar... e isso é muito importante para aprender mais, saber como está sendo o desenvolvimento do teu trabalho, o que é preciso melhorar ou mudar: se houve

integração entre a docente e a assistencial, eu acho que sim, mas há muito a idéia de que o professor só sabe teoria e o enfermeiro assistencial só a prática... com as minhas orientadoras houve muito equilíbrio, respeito, uma acrescentou a outra, cada qual valorizando o papel e contribuições da outra. Eu só ganhei com isso e os clientes também (ADE3).

... sim, existe este espaço e apoio que aconteceu conosco na realização deste trabalho, discutindo e construindo juntos o marco referencial... éramos seis acadêmicas cada uma direcionando para seu tema... se discutia e se respeitava a opinião de cada uma. As orientadoras nos respeitavam nas nossas idéias e nas nossas limitações... E no desenvolvimento das nossas atividades como as visitas domiciliares, nosso trabalho ia além do proposto, até porque quando chegávamos nos deparávamos com uma outra realidade e desenvolvíamos um trabalho educativo e de chamamento para o serviço no posto de saúde... Há falta de envolvimento de alguns médicos e eles também, não tem aquela sensibilidade para trabalhar com a comunidade... precisariam de uma capacitação, sabe?... Trocamos experiências também com os funcionários, além dos clientes, das orientadoras e com outros profissionais foi mais limitado... há muita troca de médicos e enfermeiros no posto e o trabalho não se firma (ADE1).

Os alunos (ADE) concordam que há **espaço para troca de experiências** e ela se dá, principalmente, com a professora supervisora, a enfermeira orientadora e com a equipe de enfermagem. Com a equipe multiprofissional, especialmente, com a classe médica, na experiência desses alunos, uns se interessaram pelo trabalho deles e outros não, manifestado pelo receio de se envolverem com o trabalho.

As interações, do modo como ocorreram, permitiram discutir as tomadas de decisões e avaliar o trabalho desenvolvido pelos alunos. Foi referida, também, a possibilidade de **crescimento**, de **aumento de conhecimento**, com as trocas efetuadas com o cliente, com as orientadoras, equipe de enfermagem e médica, como se fora uma **zona de negociação**, na qual as diferenças podem ser compreendidas e aceitas.

É preciso reconhecer que esse espaço é bem mais ocupado pelo aluno

no EPP, ao contrário de outras experiências práticas curriculares, que acontecem em semestres anteriores e que são mais limitadas. Ainda, temos que convir que o processo de interação intra-coletiva e inter-coletiva não é simples e nem tão fácil e rápido de ocorrer. Muitos elementos entram em conflito, em disputa, e é necessário um trabalho de “coerção de pensamento”, segundo Fleck, para que se encontre uma zona de interesse comum, facilitando as trocas e inovando o conhecimento.

Ter a idéia e vivenciar esses limites e possibilidades, ainda no processo de formação profissional, torna-se uma “bagagem” muito importante para o futuro profissional.

Quando perguntado aos alunos (ADE) de que forma eles tentavam resolver problemas e conflitos durante o EPP, eles disseram:

... vou te dar um exemplo: no primeiro dia do curso chegou um cliente “x” dizendo que não adiantava o curso (no meio de 17 pessoas), porque não tinha remédio para eles no Posto e não tinha médico no curso... eu argumentei que nossa proposta era educativa e participativa, com o apoio deles para viverem melhor... e ele ficou sempre batendo na mesma “tecla”, colocava obstáculo em tudo... fiquei nervosa, não esperava isso, mas reforcei todos os objetivos do curso, do direito deles à informações, de se organizarem melhor para reivindicar o que é de direito deles e que o cliente “X” tinha o direito de não participar, mas não de tumultuar. Os demais participantes me apoiaram... então ele se reservou... e esse senhor foi assíduo ao curso, aprendemos muito com ele e em seu relato ele falou que também tinha aprendido e mudado sua opinião inicial. Acho que esse problema foi bem superado... não desisti, me fortaleci nos meus propósitos... não me intimidei, me posicionei, ouvi e discuti (ADE1).

... acho que perdi muitas noites de sono... me angustiei... corri para a supervisora, para a orientadora... olha, o que eu faço? ... mas elas diziam que eu é que tinha que ver o lado positivo e negativo das coisas e aproveitar para crescer... elas me apoiavam, mas eu tinha que tomar a iniciativa e tentar resolver os problemas... aprendi muito com as dificuldades... e que é fundamental conversar e refletir para depois agir (ADE2).

... sempre que eu tinha alguma dificuldade eu procurava ver

com a enfermeira ou a professora... procurava me informar e dividir o problema, consultava também o médico ou os auxiliares de enfermagem... o que eu podia dividir e me certificar de que era o mais adequado eu dividia e isso pareceu dar certo (ADE3).

Percebe-se que frente às dificuldades ou problemas, o recurso utilizado foi o **diálogo, o enfrentamento das situações**. Havia o entendimento de que eles próprios (os alunos) deveriam assumir seus problemas e procurar resolvê-los, aproveitando para aprenderem com eles, crescer e ver o lado positivo e negativo das atitudes tomadas. Pelos relatos, os três alunos (ADE) se posicionaram frente às adversidades e procuravam, inicialmente, a enfermeira orientadora ou a professora supervisora e também os funcionários e os médicos, para dividir as decisões que haviam pensado ou tomado, evidenciando a **sintonia de estilo de pensamento**, na medida em que buscavam em seus semelhantes a afirmação de suas decisões.

As atitudes tomaram o "ar" de **regularidade**, justamente nesta busca de referendo junto aos seus pares, no entanto, disseram ter sido incentivados a **fazer os enfrentamentos e aprender com eles, num processo de reflexão-ação**. A perspectiva de **flexibilidade**, no sentido da mudança no comportamento profissional a ser desempenhado, se constitui no espaço para a manifestação honesta de suas limitações, parecendo **não haver restrições constituídas em padrões rígidos sobre o que fazer**.

Como sugestão ao EPP, os alunos (ADE) assim se expressaram:

... chega no EPP e se tem que escrever, fazer o projeto, o relatório e vejo que falta esse exercício no decorrer do curso... de escrever mais, fazer artigos, porque a gente faz tanta coisa boa durante o curso e não divulga, não valoriza (ADE1).

... acho que fica a sugestão de que o aluno devesse valorizar

cada minuto que tem em sala de aula... que é uma bagagem enorme... a gente se preocupa muito com as técnicas e hoje com a experiência do EPP eu vejo que ser enfermeiro é ir além do procedimento técnico... é descobrir outras questões, como a sensibilidade. O conhecimento, para trabalhar com os pacientes (comatosos), com a família, com os funcionários... é preciso considerar o aspecto emocional, interagir com esse cliente, tocá-lo, atendê-lo numa dimensão mais humana e não só técnica... Acho que isso valoriza o enfermeiro e faz diferença quanto ao trabalho do auxiliar de enfermagem e até mesmo do médico (ADE2).

... eu não sei se a gente fantasia o EPP como uma coisa angustiante... porque é um sufoco fazer o projeto, aí passou o projeto... vem a execução, depois o relatório e a apresentação... não sei se a gente cria esse clima, se são os colegas que já passaram ou os professores que assustam a gente... mas eu acho que no final dá para levar... mas todos os colegas passam por isso. Acho que era bom rever isso (ADE3).

As sugestões ultrapassam recomendações comuns, como mudanças de conteúdo, de carga horária, da forma de realização do EPP e, também, não apontam “receitas”.

Elas revelam sugestões que nasceram de uma experiência vivenciada, de uma reflexão que despertou para diferentes sentimentos como o da necessidade de valorizar mais o curso como um todo, escrever, publicar trabalhos, artigos, considerar que ser enfermeiro é **ir além do procedimento técnico**, é também descobrir outras questões como a sensibilidade, o conhecimento de diferentes saberes, a interação humana.

Outro aspecto traz à tona a necessidade de se desmitificar a angústia, o pavor, o sofrimento do EPP, em patamares menos “fantasiosos”, colaborando para o aluno enfrentar e superar melhor os desafios.

Essas sugestões permitiram pensar que essa experiência vivida no último semestre tem contribuído para que o aluno **busque por si mesmo** e não fique aguardando respostas, que não se contente com o “dado”, mas amplie e

contextualize as situações, os fatos, e não se acomode com os obstáculos. Essa postura, a meu ver, indica a construção de um **comportamento profissional mais flexível**, com possibilidades de inovar em seu cotidiano e, quem sabe, o caminho da Enfermagem e da Saúde.

5.2 - A Interlocução com os Alunos Egressos (AE)

O grupo de sujeitos dos **alunos egressos (AE)** constituiu outra importante contribuição ao estudo, tendo em vista os diferentes períodos/anos em que realizaram seu estágio pré-profissional (EPP), as diversas áreas e locais de atuação no EPP.

Os alunos egressos (AE) que compuseram a amostra foram sorteados aleatoriamente, um (1) por turma a cada semestre letivo, desde o início da experiência do EPP, ou seja, do segundo semestre de 1991, até o segundo semestre de 1997. Ao todo, perfazem treze turmas, sendo que as turmas do primeiro e segundo semestres de 1993 foram representadas por dois alunos, levando-se em consideração o fato de que, à época, essas duas turmas se destacaram por possuírem o maior contingente de alunos desenvolvendo o EPP fora de Santa Maria. Portanto, no total, a amostra ficou composta por quinze alunos egressos. Esse número de sujeitos entrevistados foi considerado suficiente na medida em que as informações chegaram a uma certa reincidência, gerando uma saturação dos dados (Minayo, 1994), possibilitando o estudo investigativo proposto.

Para assegurar o anonimato dos sujeitos os mesmos ficaram

designados por um código – AE (aluno egresso), acrescido do número de sua entrevista, por exemplo AE1, AE2, assim sucessivamente até AE15.

QUADRO 4 – Relação dos alunos egressos quanto ao tempo de atuação profissional.

CÓDIGO	SEMESTRE E ANO DO EPP	TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL
AE1	2º semestre/1991	7 anos
AE2	2º semestre/1995	3 anos
AE3	1º semestre/1993	5 anos
AE4	2º semestre/1994	4 anos
AE5	1º semestre/1994	4 anos
AE6	1º semestre/1993	5 anos
AE7	2º semestre/1993	5 anos
AE8	2º semestre/1993	5 anos
AE9	1º semestre/1997	1 ano
AE10	1º semestre/1995	3 anos
AE11	2º semestre/1992	6 anos
AE12	1º semestre/1992	6 anos
AE13	2º semestre/1997	1 ano
AE14	1º semestre/1996	2 anos
AE15	2º semestre/1996	2 anos

Dos quinze alunos egressos, dez estão atualmente trabalhando na mesma área em que desenvolveram o EPP e, desses, três continuam, inclusive, atuando na mesma área, local e instituição de saúde em que fizeram o EPP (Nefrologia – Clínica de Hemodiálise, em Porto Alegre; Centro de Terapia Intensiva (CTI), Hospital Filantrópico de Santa Maria e Gerente de Enfermagem, em Hospital Filantrópico de Santa Rosa). Desta amostra, encontrei três alunos egressos atuando em Secretarias Municipais de Saúde, dois na docência de Enfermagem e dez na Rede Hospitalar. Destes alunos egressos, sete estão atuando em Santa Maria e oito fora de Santa Maria.

Ao iniciar os questionamentos aos alunos egressos, considerei importante situá-los de volta ao tempo e espaço do EPP e, para tanto, a

primeira questão os remetia à lembrança mais forte que tinham do seu EPP.

Os alunos egressos acentuaram basicamente dois tipos de lembranças. Uma delas dizia respeito ao sentimento pessoal de medo, angústia, insegurança pelo momento, que foi considerado um desafio. O **medo do novo**, do trabalho que iria fazer, a forma como iria operacionalizá-lo.

... o que mais marcou foi a parte da insegurança, mas vencida no decorrer do processo (AE2).

... a lembrança mais forte acho que foi a dúvida, aquela angústia, o que eu vou fazer, como eu vou fazer... (AE4).

... uma das coisas que me marcou foi meu sentimento pessoal de medo, muito medo do novo, de como eu ia abordar o trabalho que eu queria fazer, a forma como eu ia fazer (AE7).

As outras lembranças estavam vinculadas ao trabalho que desenvolveram, valorizando a proposta que realizaram e algumas experiências vivenciadas, tais como o exercício da **integração entre teoria-prática**.

... meu EPP foi onde eu senti que podia ser enfermeira, pois me deu segurança... para tomar decisões, para auxiliar... eu experimentei uma integração da teoria na prática, pois eu aproveitava os momentos para rever teoricamente muitas coisas e aplicando isso na prática (AE1).

... o que me marcou foi a oportunidade de exercer o trabalho do enfermeiro e ter que contar contigo mesmo, com a tua capacidade (AE9).

Entre outras lembranças, apareceu a questão da interação com a equipe e funcionários, a situação social do cliente. Perceber a realidade desse cliente e as ações desenvolvidas no âmbito da orientação hospitalar, **permitiu-lhes uma consciência** sobre o quanto essa relação é negada; a carência de informações dos pacientes e o trabalho do enfermeiro como educador em

diferentes abordagens da atuação hospitalar, comunitária, escolar foram parâmetros para a valorização do paciente como pessoa, a **visão mais humana** no atendimento.

... outra coisa importante do EPP, é que você não está com o professor junto e o vínculo que você está fazendo com a equipe é outro. Nesse estágio, você entra como aluno mas para fazer parte da equipe (AE1).

... eu acredito que aprendi a lidar diretamente com a pessoa humana... antes a gente estava só preocupada em aprender a técnica... no EPP eu vi que não era só isso, que eu fazendo algo tecnicamente repetidas vezes vou saber fazer,... agora saber lidar com pessoas em diferentes situações e estado emocional, isso eu aprendi no EPP e que eu trago comigo (AE3).

... me marcou muito a pobreza dos pacientes, esse lado me marcava muito e a enfermagem não tinha como ajudar muito... era muito triste (AE5).

... o que eu me lembro sempre e que jamais esquecerei foi o dia da visita domiciliar que fiz a um paciente com diabetes juvenil. Só quando fui ao local onde ele morava eu percebi o quanto aquilo que a gente fazia no hospital era desvinculado da realidade do paciente... Foi só vendo isso que eu percebi que tinha que existir essa ligação hospital-meio em que o paciente vive... sem isso a gente jamais fará um trabalho de qualidade e com sentido (AE6).

... eu achei os pacientes extremamente carentes de um profissional que fosse orientador, que no dia-a-dia conseguisse fazer aquela educação que tanto se falava na Universidade... e que as pessoas dizem que não conseguem fazer no hospital... então meu trabalho foi um desafio neste sentido (AE7).

... o que mais me marcou foi a relação que eu tinha com a professora supervisora... ela me facilitava, me mostrava caminhos, não fazia as coisas por mim, mas me mostrava e abria meus pensamentos, onde buscar as coisas e eu acho que isso me encorajou muito em relação ao meu trabalho (AE8).

... me marcou muito o contato com um enorme grupo de jovens nas escolas e com trabalhadores da construção civil... todos ávidos por informações, com dúvidas e... e meu trabalho oportunizou dialogar com eles (AE13).

É possível situar essa diversidade de lembranças num patamar mais abrangente de significados, que não se limitam a discriminá-las entre regulares

ou flexíveis. Mais do que lembranças, a meu ver, explicitam experiências que só podem ser compreendidas com sensibilidade, revelando momentos únicos, inconclusos, capazes de gerar muitas reflexões e marcas.

Ainda, algumas evocações mais particularizadas foram relatadas como o declínio de aceite do supervisor e orientador escolhidos no início do trabalho, a demissão de uma funcionária, por ocasião do desenvolvimento do EPP do aluno e a manifestação agressiva de uma cliente, insatisfeita com uma situação no atendimento, levando-os a perceber que a Universidade e o processo de formação não preparava para tudo, principalmente para questões que envolvem **relações humanas e dilemas éticos**.

... me perguntaram quem seria minha supervisora e orientadora, eu falei e me disseram: Não!... me senti insegura, desamparada, porque se você sugere a supervisora e a orientadora é porque você as admira e pensa ser este tipo de profissional mais adiante (AE 15).

... na época havia uma auxiliar de enfermagem que não gostou e não aceitava muito bem nossa atuação no gerenciamento no EPP, ... foi conversado muito com ela, mas se mantinha resistente e junto com outras situações anteriores acabou culminando na demissão dessa auxiliar... Isso me marcou muito, refletimos muito com a supervisora e orientadora sobre esses aspectos (AE12).

... eu estava na sala e de repente entrou aquela senhora aos berros – “porque tu me mentiu”... me agredindo com palavras... pedi que baixasse o tom de voz e vamos conversar... não foi fácil ela entender a situação e foi o primeiro momento que eu percebi que a Universidade não preparava para tudo, principalmente, as relações humanas, a ética (AE15).

Essas falas mostram lembranças que fizeram com que os alunos percebessem o **desafio do trabalho** de enfermagem no cotidiano de saúde e no mundo das relações sociais e éticas. Não existem receitas, mas se fala muito pouco das experiências pessoais nos espaços formativos, especialmente

as negativas ou desagradáveis.

Em seguida, perguntei aos alunos egressos sobre que comportamentos ele denominaria como profissionais, no desenvolvimento das atividades atuais dele.

Nessa questão, os alunos egressos destacaram a **postura**, a **responsabilidade**, o **compromisso profissional** como comportamentos profissionais desenvolvidos no seu cotidiano.

Esses comportamentos revelam, de um lado, um **círculo de regularidades**, caracterizado pelo desempenho de funções e atitudes respaldadas como dever profissional, evidenciado no padrão profissional de controle e gerenciamento da unidade, dos materiais, dos funcionários. A estabilização desse padrão comportamental está explicitada nas falas:

... as atividades do profissional enfermeiro se revelam a todo momento, quando você delega atividades para o auxiliar de enfermagem e você acompanha, controla, avalia ao receber o plantão e ao organizar as atividades prioritariamente... quando organiza a unidade para a prestação do melhor cuidado ao paciente... quando você estuda para fundamentar sua prática (AE1).

... no meu trabalho profissional desenvolvo muito a administração, o planejamento, a organização e também a administração do grupo de trabalho que deve ter em mente o trabalho individualizado, humanizado... há prioridade em dar oportunidades para o grupo se expressar... Nós temos nossas normas e rotinas... a gente faz muita reunião em grupo, se promove treinamento e junto com a chefia todos se envolvem (AE2).

... adquiri mais pelo tipo de curso e pelos professores que tive, esse espírito de liderança, de decidir as coisas, de se posicionar, de defender uma coisa que você acha que é certa e também de não vir só trabalhar minhas seis horas e deus, fiz tudo certo, mas de realmente contribuir com a instituição (AE3).

... no posto de saúde, eu faço consulta de enfermagem, avaliação da clientela... e gerenciamento da Unidade (AE4).

... sou meio exigente e só cumpro o que é de minha função

como compromisso e responsabilidade profissional (AE10).

... o enfermeiro tem que ter conhecimento, conhecimento científico para tomar decisões em conjunto... pois não vai conseguir de forma alguma tomando uma postura autoritária... (AE11).

... sou uma pessoa/profissional muito responsável... me relaciono bem com os funcionários, clientes... sou muito dedicada, pontual, observadora, gosto das coisas em ordem (AE12).

... comportamento que prima pela qualidade da assistência... com exigência que leva a um trabalho bem responsável (AE13).

... sou muito exigente e essa minha exigência advém da responsabilidade profissional... a assistência ao paciente vem em primeiro lugar... e para isso você tem que ter uma certa organização na tua unidade... (AE14).

Ao mesmo tempo que os alunos egressos expressam esses comportamentos mais **regulares e assentados na responsabilidade do fazer profissional** revelam, por outro lado, uma tendência de **flexibilidade comportamental**, quando abordam a busca de fundamentação teórica para **agir de forma mais ampla**, mais contextualizada e refletida.

A questão da ética, do preservar a humanização da assistência, o fomento do diálogo, do bom relacionamento, o fazer "além" e não só o estritamente necessário, foram qualificações que os alunos egressos apontaram como diferença de comportamento em relação a outros profissionais de enfermagem egressos de outras escolas, e também de outras áreas da saúde. **Fazer mais do que o convencional** se associa à quebra dos modelos considerados desumanos e autoritários. A evidência desse comportamento do compromisso profissional, nesse sentido, amplia as perspectivas de um agir menos prescritivo-normativo, para um espaço mais crítico, criativo, possibilitando superação no estilo de pensamento presente no processo de formação e atuação profissional moderna. Algumas expressões

foram indícios dessas percepções.

... através desse comportamento profissional eu converso com ele (cliente), explico de maneira que ele possa compreender e passo, com certeza, a confiança, a segurança que adquiro através do conhecimento; e uso da criatividade, do lúdico para dar um ambiente mais afetivo... (ADE1).

... acredito que esse refletir o cotidiano, buscar a fundamentação para agir, é um comportamento profissional... comprometido com o melhor cuidado a ser oferecido ao cliente, de fazer isto de forma não mecânica, rotinizada... mas de forma humana, contextualizada... pensada (ADE2).

... você tem que ir além do que te compete, se não está bem, sugerir, dizer que acha que é por ali e não por aqui... Não dá para se contentar com o estritamente necessário, é preciso acrescentar... procurar fazer da enfermagem um serviço cada vez mais qualificado e que atenda melhor a clientela que a procura (AE3).

... uma das coisas básicas que a gente trouxe foi a questão da ética, do preservar, da humanização da assistência, da educação... continuar estudando, buscando aquilo que tem de melhor para aquele paciente que espera que você faça o melhor para com ele... O tempo de conquista... de mostrar para as pessoas que isso é realmente importante, é longo... eu escrevi no meu relatório do EPP... que a mudança é bastante lenta e gradativa... mas possível... (AE6).

... é uma postura de manter sempre o diálogo... diálogo associado com a teoria de Paulo Freire, que contemple a horizontalidade, a humildade, o amor, a confiança e a fé... tento mostrar e agir assim com meus alunos, clientes, equipe e colegas... (AE11).

... sou uma pessoa que me vinculo demais com os pacientes... eles são esclarecidos com base no diálogo, informações e orientações... para isso é preciso teoria-prática. As iniciativas e decisões procuro resolver em conjunto,... discutindo para agir... (AE12).

... eu acho que é o comprometimento com a população que eu atendo... eu me sinto responsável pela confiança que eles depositam em mim, no meu trabalho... (AE15).

Percebe-se que muitos alunos egressos reúnem, em suas falas, um significado ampliado do seu comportamento profissional, mas ainda assim valorizam as ações básicas de orientação, pelo diálogo, assim como absorvem a estrutura assistencial em si como algo fundamentalmente bom, ao qual é

necessário acrescentar compromisso e ética profissional.

Quando indagados sobre quais desses comportamentos eles vinculariam ao aprendizado no EPP, todos os alunos egressos manifestaram que seu comportamento profissional é fruto do EPP, onde tiveram a oportunidade de exercitá-lo. Eles salientaram as questões teóricas, as habilidades técnicas e o compromisso como **padrões de regularidade**, através dos quais sedimentou-se sua **postura profissional**.

... muita habilidade técnica, integração teoria/prática, organização e planejamento da assistência... desenvolvi a autonomia e me apaixonei pelo que fazia (AE1).

... foi uma oportunidade excelente de leitura, de escrever, de exercer com compromisso sua parte (AE2).

... esses comportamentos de observação, responsabilidade, iniciativa e de questionar (AE3).

... eu saí com uma boa habilidade técnica que me deu bastante segurança aliado ao conhecimento teórico-prático (AE6).

... o EPP nos colocou frente a frente com a atuação do profissional numa área que você tinha simpatia, que pensava em trabalhar futuramente... ajudou a tirar os medos iniciais, a trabalhar em equipe, com os funcionários, gerenciar e tomar decisões (AE7).

... foi no EPP que eu tive oportunidade de ter a visão do trabalho do enfermeiro e tive que ter responsabilidade e compromisso com minhas atividades (AE4).

... eu acompanhei e observei muito o trabalho das enfermeiras e ficou marcante o senso de responsabilidade (AE10).

... foi possível ver e agir como deve agir o enfermeiro. Administrando a unidade, a assistência, as visitas de enfermagem (AE13).

... ficou o compromisso, a responsabilidade, a exigência, o orgulho de ser enfermeiro (AE14).

O padrão comportamental, ainda, explicitado é fortemente demarcado pela **função administrativo-assistencial burocrática**, ressaltando a responsabilidade e compromisso moral do **dever profissional**, centrado na **competência técnica**, o que vem a ampliar o círculo de regularidades e

especificidade profissional do enfermeiro.

Entretanto, nas falas desses mesmos alunos egressos, eles apresentaram comportamentos vinculados ao aprendizado no EPP, nos quais se pode vislumbrar traços de superação dessa regularidade, quando se refere ao uso da reflexão nas suas iniciativas e tomadas de decisão, ao compartilhar de decisões com outros profissionais, ao desenvolvimento de uma visão mais humanizada no trato com as pessoas, bem como do exercício do processo educativo junto aos clientes. As falas anunciam a diferenciação da enfermagem em relação às outras profissões da saúde, pela afirmação de **relações humanas dialógicas**, e pela necessidade da **reflexão teórica** como base para uma prática mais profissional.

... acho que muitos conflitos entre profissionais, principalmente com a medicina poderá amenizar, quando cada um assumir que um estudou enfermagem, o outro medicina, o outro farmácia... e que há complementação de um e de outro no trabalho em saúde, que é um trabalho de equipe... minha postura profissional valoriza o cliente como um sujeito, um ser humano... o uso da reflexão antes de agir, a interação e o respeito pelo funcionário... (AE2).

... no EPP a gente consegue fazer aquela reunião dos semestres anteriores e aliar à prática, com a parte assistencial e de saúde pública... você tem espaço para isso... é possível entender melhor as questões éticas e de humanização na assistência, no cuidado, nas interrelações (AE6).

... o que mais se salientou foi a parte da assistência ao cliente, o corpo-a-corpo, o diálogo com ele e a busca de alternativas para os obstáculos no desenvolvimento do trabalho... a persistência, o ir à luta... (AE8).

... o diálogo, a consideração das pessoas, a liderança participativa, de igual para igual, valorizando o potencial de cada um para compor o serviço como um todo, isso é fruto do EPP, da leitura, estudo e aplicação da teoria de Paulo Freire (AE11).

... no EPP eu experimentei outra perspectiva do enfermeiro atuar, como educador... junto com estudantes e trabalhadores da construção civil... a prevenção... a educação em saúde

(AE13).

... desenvolvi no EPP o comprometimento com a população no dever de orientar aquelas pessoas para o exercício da cidadania, dos direitos que têm como pessoa e como o paciente. Agora, a responsabilidade já é inerente a minha pessoa (AE15).

A **periferia difusa** em Fleck, parece ficar muito evidente nessas expressões. A **zona contingente e negociável** se faz presente na medida que oportuniza emergir um novo modo de assistir, de cuidar, de atuar. Esse novo modo está presente em todos eventos interativos entre profissionais, profissional-cliente-família-comunidade, privilegiando a relação sujeito-sujeito e não mais sujeito-objeto.

Na seqüência, foram questionados sobre quais habilidades teóricas ou práticas desenvolvidas no EPP eles consideravam como promotora de **autonomia**¹⁶ profissional.

Os alunos egressos manifestaram-se, apontando alguns elementos do processo de trabalho, entre os quais a consulta de enfermagem, a prescrição e avaliação da assistência, a interação com o cliente, a relação com familiares, o conhecimento técnico-científico, como produtores de valorização profissional e maior autonomia.

... eu acho que a realização das evoluções dos pacientes no CTI, àquela época, me capacitava para uma autonomia profissional, proporcionada pelo conhecimento que era preciso buscar e planos de cuidados pertinentes e de forma global... Na nossa atividade nós nos relacionamos com uma gama

¹⁶ O termo autonomia nesse estudo se referia à ação tomada deliberadamente pelo profissional enfermeiro em prol da saúde do paciente/cliente e reconhecida pelos demais membros da equipe da saúde, ou seja, ação empreendida com liberdade, interdependente das ações de outros profissionais mas criadora de um valor que fosse motivo de prestígio e específico do enfermeiro sem que qualquer outra pessoa pudesse se apoderar (Wittley *apud* Löwy, 1994b: 247).

muito grande de sujeitos, sejam o paciente/cliente, familiares, equipe de enfermagem, médicos, outros profissionais, funcionários de diversos setores... o que a gente cresce na interação com essas pessoas, é claro, que é preciso estar aberto para aprender e para mim essa foi uma experiência valiosa (AE1).

... acho que só a relação enfermeiro-paciente dá autonomia profissional e não o seguimento de normas e rotinas. Ai está o momento rico do trabalho, porque a proposta da rotina é só um guia... cada qual deve usar de sua sensibilidade, criatividade para atuar e atingir uma autonomia profissional (AE2).

... eu continuei fazendo a sala de espera de noite... reunia os familiares... passava de box em box explicando o que estava acontecendo com o familiar dessas pessoas, o porquê disso, daquilo... Os familiares passavam isso de "boca em boca"... era um trabalho diferenciado, fui conquistando meu espaço, em função do reconhecimento desse trabalho... (AE3).

... para mim um exemplo é a consulta de enfermagem que eu desenvolvi no EPP. Continuo trabalhando com consulta de pré-natal, a crônicos, no preventivo de câncer de colo e mama... a consulta de enfermagem é uma atividade marcante do enfermeiro, ela faz com que se busque sempre mais conhecimentos, estudo... (AE4).

... sem dúvida, o conhecimento, no meu caso em quimioterapia, sobre as drogas, as diluições, a estabilidade, o que é vesicante e o que não é, o que provoca mais náuseas e isso ajuda na orientação ao cliente, ao familiar... também se aprende muito com eles (dietas, bochechos caseiros)... no EPP se desenvolveu o processo de enfermagem, o exame físico, a consulta de enfermagem e continuo até hoje na minha prática – que dá autonomia ao profissional (AE5).

... no EPP eu desenvolvi um modelo de relacionamento com a equipe, que era o que eu gostaria de desenvolver no transcorrer da minha profissão... vejo que isso às vezes me diferencia um pouco dos outros profissionais que trabalham consigo, a questão do se relacionar e valorizar o ser humano que trabalha contigo... Eu acho que isso gera mais autonomia no trabalho (AE6).

... primeiro, o conhecimento da área que eu optei por trabalhar, depois o manejo com as coisas práticas, a habilidade prática, porque você precisa dominar muito bem para orientar os pacientes, a equipe e no momento que você tem o respeito das pessoas pelo que você faz, você tem autonomia... a parte da educação ao paciente amplia a autonomia... se tem menos dependência da equipe médica, porque quem está no dia-a-dia é o enfermeiro... esse paciente bem orientado não comete abusos, exageros... Ele colabora mais, se ele confia em você, se a vê como boa profissional, se resolve junto com ele problemas. A empatia também gera mais autonomia (AE7).

... é o conhecimento da teoria e da prática que me dá autonomia com os funcionários e com os médicos... A visita pré-operatória já tentei fazer porque o paciente previa receber

nossa visita... tenha feito mas esporadicamente... (AE10).

... a liberdade que é proporcionada ao aluno no sentido de atuar sozinho, tomar algumas decisões no campo de estágio (AE12).

... toda minha ação é em cima de projetos e devo isso ao exercício no EPP... quando cheguei no meu local de trabalho atual como profissional, comecei a realizar projetos e me diziam que não tinham contratado enfermeira para ficar em cima de papel... mostrei que as ações precisam ter uma estratégia, um esquema... eu não queria só colocar normas ou rotinas no mural, mas trabalhar com metas e estratégias... isso me deu autonomia... (AE15)

Além da **habilidade teórica** referida como conhecimento científico, humano, social, cultural, econômico e da **habilidade técnica**, baseada no exercício prático do fazer, outras habilidades foram consideradas, tais como negociar, argumentar, dialogar, convencendo as pessoas, membros da equipe de saúde e até clientes, da importância de trabalhos como a consulta de enfermagem, assistência em sala de espera, visitas domiciliares e pré-operatórias, o uso de métodos de enfermagem, a educação continuada, a educação em saúde, entre outros.

Além disso, para o exercício dessas atividades, há a necessidade de desenvolver habilidade teórico-prática de leitura, escrita, planejamento, relações humanas, bem como embasamento técnico-científico sobre situações que acometem o ser humano e estratégias de educação em saúde, muito ressaltada nas falas dos alunos egressos. Há, também, o entendimento por parte de alguns alunos egressos que, além do embasamento técnico-científico é necessário conhecer o contexto sócio-econômico-político e cultural, como forma de se estabelecer relações e ações promotoras de uma assistência conseqüente e de melhor qualidade.

A **autonomia** é tratada como conquista, fruto do conhecimento, do

trabalho e das relações que se estabelecem, quando estes ultrapassam os estilos de pensamento vigentes.

Nessas manifestações se percebe um novo endosso à **possibilidade de residir nas relações interpessoais a existência de um objeto fronteiro** (Fleck, *apud* Lowy, 1994b: 247), por permitir mudanças nos sistemas informacionais e, conseqüentemente, constituir-se em práxis transformadora.

Um aluno egresso manifesta sua preocupação na qualificação profissional (especialização) na área em que atua, que venha a fundamentar sua prática (saúde coletiva), como forma de reafirmar sua autonomia profissional. O **saber novo** parece mediar mudanças sobre sua auto-estima, permitindo-lhe mais segurança no enfrentamento de conflitos no seu trabalho.

A interação entre diferentes grupos pressupõe um compartilhar de idéias, de projetos, de rotinas, de problemas e conflitos. Perguntados como tentaram resolver problemas e conflitos no EPP, os alunos egressos responderam, em sua maioria, que era através do diálogo. Esse diálogo se dava entre o aluno, a supervisora e a orientadora, basicamente. As dúvidas, eram sanadas com estudos na literatura, ou com consultas a outras pessoas, colegas, enfermeiras, médicos. Destaca-se que os alunos eram incentivados a resolver os conflitos por conta própria, reforçando a necessidade de argumentar, explicar, defender seu ponto de vista ou até ações. Não foi mencionado, por nenhum aluno egresso, a desistência de algo programado diante de algum problema. Reuniões sistemáticas de avaliação do trabalho com a equipe de envolvidos foi mencionado por um aluno egresso. Vejamos algumas falas:

... eu busquei tanto a assessoria da supervisora quanto da orientadora e em pessoas que iam ser objetivas, claras... (AE1).

... sempre conversando... dividindo com a orientadora, a supervisora minhas emoções, minhas dificuldades... (AE2).

... o meu maior problema foi convencer a administração da importância do meu trabalho de Sala de Espera... que é um direito dos pacientes a ter informação... tive muito apoio da supervisora (AE3).

... os problemas, eu era incentivada a procurar resolvê-los, tomar iniciativa... a supervisora e a orientadora me ajudaram, mas não me deram respostas (AE10).

... as dúvidas em relação ao trabalho do dia-a-dia, com a orientadora e, com relação ao projeto/relatório, mais com a supervisora... na dificuldade teórica, corria para o livro... (AE7).

... procurei ajuda na orientadora e na supervisora... Uma vez por semana nós nos reuníamos todos (estagiárias, equipe, supervisora, orientadora,...), porque nossos trabalhos eram interdependentes e dependíamos um do outro para ir para frente... acertando, melhorando... (E15).

Alguns depoimentos deixaram explícito que a forma de condução na resolução de problemas se baseava em atitudes comportamentais flexíveis, como **reflexão, diálogo e tentativas**, outras não expressaram este comportamento tão claramente, parecendo buscar receitas para aplicá-las e ter seu problema solucionado, como que a aceitar a práxis reiterativa como primeira alternativa.

Essa questão nos remete às respostas emitidas pelo grupo de sujeitos–alunos que desenvolviam estágio, cujos padrões comportamentais se assemelham bastante às deste grupo.

Essa mesma questão foi repetida, pedindo-se que os alunos egressos revelassem, neste momento, como agem em relação a problemas e conflitos, no seu exercício profissional.

Na atualidade, eles continuam resolvendo problemas e conflitos,

através do diálogo e dividindo esses problemas, principalmente, com um colega (enfermeiro) mais próximo a ele.

Com relação a problemas com os funcionários, a maioria revelou sentar e conversar diretamente com os implicados, inicialmente, ouvindo todas as partes para posteriormente tomar uma atitude e, finalmente, comunicar à chefia o que ficou resolvido. Com relação a problemas técnicos, os alunos egressos procuram outro colega, porém, funcionários e médicos também são consultados. As dúvidas teóricas são sanadas com leituras, estudos. O uso da pesquisa não é referido. Na fala de um aluno egresso ficou explícito o trabalho de equipe e resolução em conjunto. Reuniões sistemáticas de avaliação do trabalho novamente é citado, somente por um aluno egresso, mas não se trata da mesma pessoa. Ainda, um aluno egresso busca assessoria na Universidade, junto ao Curso de Enfermagem. O apoio da chefia de serviço também é relatado.

Evidencia-se, novamente, uma atitude comportamental que prima pelo **compartilhar em situações adversas** numa perspectiva de pensamento mais aberto, democrático, e não autoritário, inflexível, rígido. Parece haver preocupação em **preservar as relações interpessoais**, entendendo que os conflitos fazem parte do cotidiano pessoal e profissional. O enfrentamento dessas questões, procurando esclarecê-las, é outra tônica que não combina com o fazer "vista grossa", ou deixar que "o tempo se encarregue de resolver".

... eu continuo na mesma linha... divido muito com a minha colega... temos o apoio da chefia... é preciso aprender a conviver com as pessoas (AE1).

... eu nunca desisto, às vezes tem que ceder em algumas coisas... mas sempre estou defendendo serviço de enfermagem... tenho um trabalho bastante aberto com os

funcionários... e outros membros da equipe... acredito que assim a gente cresce juntos... (AE3).

... sempre existem conflitos, não há equipe perfeita... o que existe entre nós é uma conversa franca... Na nossa equipe, todos tem suas atividades e formamos um conjunto, ninguém vale mais que o outro, cada um tem seu valor... nos reunimos uma vez por semana... conversamos, brigamos, rimos... é preciso ter maturidade para aceitar críticas e saber fazê-las (AE4).

... a base para resolver problemas é diálogo. Enfrentando, chamando para conversar e pensar juntos na solução... numa saída (AE9).

... eu recorro muito ainda para a universidade... assessorias são importantes... divido também com a minha chefia... é uma pessoa sensível e aberta... (AE15).

... ainda sinto alguma dificuldade... a primeira coisa que faço é partir para o diálogo... mas nunca deixo de passar para a chefia o problema e como tudo ficou encaminhado... (AE8).

Parece ficar nítido um alto grau de **responsabilidade**, por não fugir ao compromisso e, ao mesmo tempo, que o **compartilhar dos problemas**, o uso do **diálogo** vem retirando do profissional aquela carga de “onipotência e sofrimento solitário”. Um grau de humildade e solidariedade estão presentes nessas manifestações, revelando um profissional mais aberto a trocas, buscando maiores interações, valorizando a discussão e tomadas de decisão mais conscientes e conseqüentes, situando, de certa forma, uma nova mentalidade que, sendo ainda um tanto difusa, não se constitui claramente num novo estilo de pensamento.

Na questão seguinte, os alunos egressos se manifestaram sobre quais os comportamentos que os mesmos consideravam padronizados na profissão (que conferiam regularidades) e quais os que conferiam autonomia para o profissional enfermeiro. Vejamos algumas falas:

... as técnicas... como uma punção, sondagem, troca de

curativo são comportamentos padronizados na profissão... mas pode ter uma diferença dependendo da forma que você vai fazer, de como você avalia a condição do paciente e isto não é somente uma execução técnica... é preciso raciocínio e conhecimento... a autonomia é conferida pelo conhecimento do porquê e não de forma mecânica... (AE1).

... não existe uma prática sem teoria... é preciso saber discernir, ter conhecimento, liderança e comunicação com todo grupo... é caminho para a autonomia... (AE2).

... é a administração da unidade, funcionários, a realização de técnicas,... mas não pode ser a técnica pela técnica... É preciso ter sensibilidade, ter criticidade, trabalhar de forma diferente com conhecimento do social, político... estudar, se posicionar... para ter reconhecimento... (AE3).

... um comportamento mais tradicional para mim é aquele de dar conta de tudo, de estar segurando todas as pontas se preocupando com tudo... as técnicas são atividades rotineiras também, mas necessárias, podem evoluir, se mudar o processo de prática com estudo, investigação... (AE4).

... o que é mais padronizado é determinar as coisas que serão feitas, dividir as tarefas, atender a parte burocrática... a autonomia advém do saber, do buscar o lado crítico, da vontade de mudar e fazer diferente com embasamento teórico-prático e também político (posicionamento, contextualizar a situação)... interagir com outros profissionais e o cliente (AE6).

... o que é mais cobrado do enfermeiro é que tem que dominar a técnica, ter tomada de decisão, iniciativa, responsabilidade e se não tiver isso não fortalece uma prática profissional... E o trabalho derivado para a educação, para o atendimento global da pessoa, não só voltado para a visão mecanicista, biológica, mas saber que aquela pessoa sob seus cuidados tem uma família, veio de um meio, tem outras preocupações que não só a doença... (AE9).

... o primeiro comportamento seria aquele da supervisão de enfermagem... O cumprimento de tarefas... a autonomia profissional, o respeito e a confiança dos outros profissionais a gente busca através do conhecimento, sentando, discutindo, embasando a resolução que estou dando para o problema que os outros estão apresentando, assim eu acho que vou conseguir autonomia... (AE15).

Os comportamentos padronizados referidos pelos alunos egressos e que são muito cobrados dos enfermeiros são o **domínio da técnica**, da **tomada de decisão**, o **trabalho rotineiro**, **normatizado**, **burocrático de gerenciamento da unidade**, **supervisão do trabalho da equipe**. Contudo,

ressaltam que nisso tudo **pode haver uma diferença**, dependendo da forma como será o desenvolvimento dessas atividades e comportamentos, principalmente se feito de uma forma racional, com conhecimento e domínio da situação. A técnica pela técnica, a crença de que o enfermeiro deve dar conta de tudo, **segurar todas as pontas, cumprir tarefas**, é colocado como um aspecto mais tradicional. Parece haver consenso de que a garantia da **autonomia** passa pela busca de **embasamento teórico/prático** e **sensibilidade ética** frente aos problemas e resoluções que o profissional busca desenvolver e responder. Há uma preocupação em superar ou ampliar a visão mecanicista/biologicista, derivando o trabalho para a educação, o atendimento global da pessoa, o trabalho de equipe, ter sensibilidade, bom senso, criatividade e criticidade, refletindo sobre seu cotidiano e suas ações. O processo de enfermagem e a consulta de enfermagem, assim como trabalhos de orientação a grupos, surgem como **estratégias** que conferem autonomia, respeito e valorização ao enfermeiro, se desenvolvido com conhecimento, discernimento e responsabilidade profissional. Assim, o **padrão ligado ao trabalho técnico**, que impede a autonomia por ser reiterativo, **pode ser transformado**, quando se alia a ele a reflexão, produzindo a práxis transformadora. Parece, aqui, que os informantes, com sua sabedoria prática, intuem que esta forma mais avançada de práxis está associada à **reflexão crítica**, o que, por sua vez, pode definir-se como objeto fronteiro, na enfermagem, por consubstanciar-se em **possibilidade de mudança no estilo de pensamento**, preservando a profissão de falta de autonomia.

Perguntamos, igualmente, aos alunos egressos se eles achavam que no EPP houve espaço para troca de experiências, entre profissionais e alunos,

e que trocas eram essas.

... acho que tem esse espaço... e o aluno acaba no EPP fazendo uma ponte, apoio entre os dois profissionais (professor supervisor e enfermeiro do campo)... e se cresce com isso... também há troca com outros profissionais, mesmo que seja mais complicado, porque é mais fácil se isolar, fazer só sua parte,.. não se envolve... só que quem perde mais é o paciente... (AE1).

... sim, muito, e essa experiência não é só com professores, supervisores, mas com funcionários, médicos e pacientes... a relação com todos foi muito boa... foi possível construir minha postura profissional... (AE2).

... sim, intenso, porque no EPP, para fazer meu trabalho eu tive que sentar com os médicos, discutir o que seria falado do estado do paciente... tive algumas resistências, porque o trabalho envolvia a participação deles... eu não teria o dinamismo e a visão que eu tenho, a forma de encarar as coisas e também a técnica... (AE3).

... houve sim, todo o tempo você tem contatos, você interage com funcionários, com outros professores e alunos de outros semestres, além da clientela... eu acho que esse é um dos pontos mais válidos do EPP, porque é impossível você desenvolver um trabalho, interagir com as pessoas sem trocar experiências... não trabalhamos sozinhos... O EPP mostra mais a realidade dos serviços do dia-a-dia... daí a gente começa a entender e ligar tudo, as disciplinas, os conteúdos... (AE15).

Todos os alunos egressos confirmam que existe **espaço de troca de experiências** entre profissionais e alunos. Essa troca é mais efetiva com os enfermeiros do campo, a supervisora e outros profissionais do serviço. Dentre esses outros profissionais, o médico se destacou, no sentido de ser envolvido ou de com ele terem trocado idéias pertinentes ao desenvolvimento da proposta de trabalho do aluno, no EPP. Reconhecem, muitos dos alunos egressos, que essa troca de experiência, que advém de uma interação, é imprescindível para o desenvolvimento de um trabalho que reverta em melhor qualidade.

Essa interação é relatada por alguns, com pleno êxito e participação de

outros profissionais, assim como, há relatos de interações mais limitados, com algumas resistências iniciais. Há uma ressalva positiva de que **a interação e troca de experiências sejam os pontos mais válidos do EPP**, porque é desse exercício que **advém a compreensão do trabalho em equipe**. As dificuldades de interação são tidas como aspectos importantes, tratando-se de **relações humanas**, tanto quanto as facilidades conquistadas.

Na mesma direção, procurei conhecer melhor como foram definidas as **relações** que os alunos egressos estabeleceram com a professora supervisora, com a enfermeira orientadora e com a coordenação de estágio.

De modo geral, as relações foram consideradas muito boas, numa perspectiva de amizade, apoio, incentivo, com muita contribuição. Há que se destacar algumas caracterizações do professor supervisor, como sendo uma pessoa que promoveu amadurecimento, com bom nível de exigência, com criticidade e estímulo à criação. Também houve situações em que a supervisora não era da área, criando limitações na contribuição ao trabalho. Quanto às enfermeiras orientadoras, muitas foram colocadas como modelos profissionais, outras com uma atuação mais limitada, até como um desafio para o aluno, visto a diferença de valores, ou às vezes, por não estarem mais diretamente na unidade em que o aluno estava.

Algumas falas ilustram os modos como a figura da supervisora foi considerada:

... a professora supervisora (PS) era alguém com quem se podia contar, falar, sem receio de julgamento... havia muita confiança, admiração... ajudou a me organizar, me achar, alinhar meu caminho para a pesquisa e sempre foi amiga... A enfermeira orientadora (EO) foi com quem eu estava aprendendo e era uma experiência nova também para ela... com relação à coordenação de estágio (COE), eu achava que

estava perdida... ficou marcado só aquilo que tinha que ser feito... (AE1).

... a PS promoveu meu amadurecimento, me colocou frente a desafios... com a EO houve muita troca, muita confiança... me ajudaram (AE2).

... com a EO a relação foi um desafio... éramos diferentes e foi muito proveitoso... e PS contribui muito, eu não sabia o quanto esse meu trabalho era comprometedor e ela ajudou a ver isso... dava liberdade para pensar, orientava,... o nível de exigência era outro desafio... a coordenação de estágio estava mais distante, a PS supriu... (AE3).

... a PS me mostrou como colocar a teoria e a prática no papel, me mostrou caminhos legais para se adquirir as coisas... A EO me mostrou o lado humano de trabalhar com o paciente... ela considerava muito a educação em saúde do paciente, ela dizia que educar é um dividir somando... tivemos várias reuniões com a coordenação de estágio que procurava orientar como fazer as coisas, sanava dúvidas, se mostrava preocupada com todos... (AE8).

Ao finalizar a entrevista com todos os sujeitos, independente de seu grupo, foi oportunizado a ele expressar-se sobre questões ou assuntos não abordados e que considerassem importante. Neste momento, puderam fazer críticas e sugestões ao EPP. As falas foram bastante variadas e extremamente interessantes:

... que essa experiência é válida, não há sombra de dúvidas... se aprofunda em determinados temas e atividades e essas propostas, muitas vezes, são implantadas nos serviços como a atenção aos familiares e a produção de folders educativos (AE1).

... que o aluno divulgue seu trabalho... a supervisora sugeriu que eu fizesse um artigo do meu trabalho... fiz... ela apresentou num congresso em São Paulo para nós... foi tão bom, que tiramos o primeiro lugar na categoria... (AE2).

... acho importante um suporte maior para o pessoal que está entrando no curso... Rever o currículo para ajudar na reflexão do trabalho profissional e do projeto do EPP... é fundamental ter campo de estágio para os alunos em diversas áreas... favorecer o contato com outros profissionais para experiências de trabalho em equipe... (AE4).

... sinto que a gente marcou presença no EPP, pois quando encontro enfermeiros (de campo de estágio) em congressos ou

seminários... eles lembram da gente... o EPP valeu por oitenta por cento do curso, sem falar que é uma abertura de campo de trabalho... os profissionais supervisores devem preferencialmente ser da área afim do estágio do aluno para contribuir mais... (AE5).

... eu acho que cada vez mais tem que se ser exigente com o EPP, com os trabalhos... os professores tem que estar bem embasados... em condições de dar uma boa orientação... que o Curso seja cada vez mais exigente, formando um profissional bem capacitado... porque eu acho que o enfermeiro pode ser um ser transformador e catalisador de mudanças... (AE7).

Há uma reafirmação, por parte dos alunos egressos, de que o EPP é uma experiência válida, essencial, que oferece uma oportunidade ímpar de um preparo profissional com maior segurança para atuar. Desejam que o EPP continue sendo exigido no nosso currículo, e com a qualidade, como vem se apresentando. Sugerem maior capacitação ao aluno, principalmente, iniciando esse processo de preparo já nos semestres iniciais, dando condições para essa experiência ser mais tranquila. Sugerem que os professores supervisores sejam da área afim do estágio do aluno, permitindo ao mesmo maior contribuição. Incentivo à divulgação dos trabalhos também é mencionado. Alguns conteúdos como Administração, o trabalho em equipe, metodologias de trabalho em Saúde Pública são sugeridos para melhor capacitação do aluno.

Sinalizam uma diferença importante quanto a outros profissionais formados em outras instituições de ensino, que se retrata não somente na visão técnica, mas pela visão da assistência ser mais humanizada, pelo compromisso profissional e pela convicção de que “o enfermeiro pode ser um agente de transformações e catalisador de mudanças” (AE7).

A exemplo das sugestões dos alunos desenvolvendo o estágio (ADE), os alunos egressos (AE) emitiram opiniões e sugestões, denunciando uma visão madura, consciente e muito otimista. Apontando as fragilidades que

sentiram, assim como destacando os pontos fortes, evidenciaram uma postura flexível, permitindo avanços e superações às limitações encontradas.

5.3 - A interlocução com os Chefes de Enfermagem/Serviço (CHE/S)

Dedico-me, agora, à análise das contribuições do grupo de sujeitos correspondente aos **chefes de enfermagem/serviço (CHE/S)**, com doze participantes, sendo que três chefes de enfermagem responderam concomitantemente por dois alunos egressos (AE). Desse total de sujeitos, dez foram profissionais enfermeiros e dois profissionais não enfermeiros, isto é, um médico e uma professora. Ainda, quatro chefes eram de Santa Maria e oito eram de outras localidades, como Porto Alegre, Cachoeira do Sul, Santa Rosa e Pinhal Grande. O número associado ao código corresponde à ordem de entrevista realizada.

A contribuição desses sujeitos foi considerada extremamente importante, no sentido de se conhecer como eles vêem o profissional enfermeiro egresso do Curso de Enfermagem da UFSM, agora membro do seu quadro de pessoal, em sua instituição de trabalho.

A primeira questão solicitava aos entrevistados que caracterizassem o enfermeiro sob sua chefia, quanto ao seu comportamento profissional.

Com base nas respostas, observei que alguns chefes destacam comportamentos profissionais dentro de um **padrão regular do dever profissional** e estão muito satisfeitos com o desempenho apresentado.

... é uma profissional muito competente, capaz, com visão... enxerga as coisas e tem postura profissional... a outra... também é muito responsável, competente... (CHE/S 1).

... tem muito conhecimento, é inteligente, capta as coisas rapidamente... o que faltava, muitas vezes, era a conclusão de alguma tarefa... na parte escrita... com relação à unidade, a parte administrativa e de organização... ela sabe atender muito bem nosso paciente, se relaciona bem com a parte médica e com os funcionários... ela sabe até onde pode ir, com quem ela tem que chegar e conversar para resolver os problemas (CHE/S 6).

... extremamente profissional, responsável, dedicada e interessada... (CHE/S 8).

Nesses exemplos, o comportamento profissional parece ser relacionado ao cumprimento de suas funções técnico-burocráticas, como a administração e organização da unidade. No entanto, foram explorados outros aspectos na caracterização do comportamento profissional do colega-funcionário. Vejamos o que dizem as falas:

... são profissionais: com bastante autonomia em suas decisões junto ao paciente... o que fazer, como cuidar, o que orientar... têm uma atitude sincera.. batalhadora pelo processo de enfermagem... facilidade no escrever, no assimilar... no ver o paciente de forma global... um bom desempenho no gerenciamento com a equipe... uma tem uma liderança nata... a outra um pouco mais reservada (CHE/S 2).

... ela veio trabalhar conosco com bastante iniciativa, determinação, uma postura diferente... de participar, de interagir com a equipe... tem visão... de ver, de saber o que tem que ser feito e fazer... passando pelo EPP, a pessoa vai adquirindo um discernimento, sabe se defender, enfrenta melhor os obstáculos... (CHE/S 3).

... acho ela bastante comprometida com o trabalho, curiosa na busca de fundamentação científica para o que ele faz... enxerga os pacientes e as pessoas que estão ao seu redor de forma integral... ela põe prazer no seu trabalho... eu percebi que a noite dela (plantão) era a preferida dos pacientes... então é isso, o comprometimento, a seriedade, a sustentação teórica para sua prática e o vínculo de afeto com o cliente... e é uma pessoa que sempre se pode contar para uma nova empreitada (CHE/S 7).

... ela tem uma postura profissional que inspira confiança no paciente e no aluno... procura entender o paciente... tem espírito de observação e iniciativa muito desenvolvido (CHE/S 9).

Um elemento constante, aqui, é o que foi considerado **postura profissional**. Os entrevistados apontam a relação disto com responsabilidade, compromisso, competência e bom relacionamento. Esta postura profissional inspira confiança, pela capacidade de discernimento e envolvimento que lhes confere.

Na seqüência, perguntei aos entrevistados como eles consideram o trabalho desse profissional e se havia alguma diferença que eles percebiam com relação à prática dos outros colegas. A intenção não era desvalorizar o trabalho dos demais colegas, mas se poderiam evidenciar algo que diferenciasse os ex-alunos que tiveram EPP, quanto ao comportamento profissional.

Todos apontaram que há **diferença do trabalho, na postura, no comportamento do aluno egresso com relação a outros colegas**. E essa diferença é destacada em relação aos demais colegas, tanto na parte de adaptação ao trabalho, com melhor e mais rápida integração, como na forma de atuar, com maior visão, sendo um profissional questionador, comprometido, com grande espírito de observação, iniciativa e dedicação junto ao cliente.

Cinco chefes apontaram a diferença deste profissional (AE-UFSM) como uma pessoa que acrescenta, **que vai além da rotina, que sugere, que propõe coisas novas, que está aberto a mudanças e em busca de evolução pessoal e profissional**. Considero este aspecto extremamente importante, sinalizando uma coerência entre o depoimento dos próprios alunos egressos, quando caracterizaram seu comportamento profissional com o relato de seus chefes. Não houve nenhuma manifestação de insatisfação, quanto ao desempenho profissional ou qualificando-o como inferior ao dos demais colegas. Houve apenas uma referência de que o profissional mantém-se no

mesmo nível dos colegas e o trabalho desse grupo é considerado muito bom pelo entrevistado. Dentre os depoimentos encontrei:

... posso dizer que houve uma diferença quanto à adaptação ao serviço... não houve dificuldades por parte deste profissional... soube desempenhar bem suas funções (CHE/S 1).

... a diferença que vejo é que veio com uma base melhor, o que facilita a administração da unidade, a execução técnica, visão de conjunto e iniciativa... resolve melhor os problemas, em relação aos pacientes, familiares, funcionários... unidade... facilidade de integração, de dedicação ao paciente junto com a parte administrativa, ela adquiriu isso rapidamente... os demais levam bem mais tempo... ela é um exemplo de profissional (CHE/S 10).

... ela mantém o mesmo patamar das colegas... no grupo de trabalho, é muito bom... (CHE/S 6).

... essa comparação é difícil... mas na verdade existe uma diferença... há um grupo que está fazendo seu trabalho e fazendo com competência, dedicação, mas que não vai sugerir uma coisa nova nunca, não vai acrescentar... e tem outro grupo que está fazendo aquilo que foi discutido e que está propondo coisas novas, que está acrescentando, se dedicando com afinco... eu posso cobrar o serviço e não me queixo de nenhum deles, mas esta é a diferença que vejo nesse profissional... ele é um destaque, que está dentro do grupo de destacados (CHE/S 4).

... eu acho que é a abertura para escutar o que o paciente está querendo/necessitando... a abertura para tentar coisas novas, o não medo de mudanças... essa busca, essa abertura é que a diferencia... e também o desejo de evoluir na profissão (CHE/S 7).

... o fato de ter um objetivo no estágio, uma meta a atingir já o qualifica e o diferencia de outro profissional sem esse objetivo a ser alcançado (CHE/S 8).

... fica bem distinto o espírito de observação, iniciativa o cuidado com o paciente... como ele se dirige ao paciente e ao aluno... como pessoas... seres humanos (CHE/S 9).

Essa questão chamou bastante a atenção, tendo em vista as manifestações dos chefes destacarem sobretudo aspectos relacionados a eventos interativos, isto é, às relações interpessoais, ao modo como os profissionais egressos do Curso de Enfermagem da UFSM interagem com o cliente, com o familiar, com o funcionário, com os membros da equipe,

especialmente na forma de ouvir, **de considerar a pessoa que está sob seus cuidados como um sujeito ativo**. Percebe-se, neste, espaço uma **zona fronteiriça** evidenciada, já com o primeiro grupo de sujeitos analisados, que foram os alunos desenvolvendo o estágio.

Nesses eventos interativos estão agregadas determinadas normas, condutas e valores, que já não são mais as normas da hierarquização, das condutas rígidas e valores impessoais (naturais), mas são normas mais abertas, negociáveis, com condutas flexíveis e valores humanos, acordos com sensibilidade-ética..

Outro aspecto mencionado pelos chefes, como diferenciador, foi a atitude inovadora desses profissionais, ao acrescentarem coisas novas, fazerem propostas, tentarem mudanças, irem além da rotina. Mesmo não sendo explicitadas concretamente o que seriam as “coisas novas”, pude inferir que se referem à superação de formas ou modelos convencionais de atuar ou de desempenhar as funções do profissional enfermeiro. Essa interpretação pode ser apoiada na evidência de que novas maneiras na relação sujeito-sujeito foram ressaltadas, conferindo uma dimensão mais ampla ou global do significado dessa relação.

Solicitei, também, aos entrevistados, que qualificassem o trabalho desse profissional em relação à busca de autonomia profissional¹⁷.

Praticamente metade deles afirmaram que o profissional (egresso) busca autonomia profissional pela competência, pelo conhecimento, integrando

¹⁷ *A priori*, não caracterizei aos chefes o sentido de autonomia profissional, permitindo as mais variadas verbalizações, a respeito da concepção do termo, quando referidas ao profissional egresso, atuante em seu setor de trabalho.

a teoria-prática, resolvendo as situações cotidianas, com base no conhecimento e refletindo a melhor forma de fazê-lo, dentro do possível. Outros apontaram como busca de autonomia a postura profissional, do posicionamento, a consciência do seu papel, destacando e divulgando o papel do enfermeiro e dos demais componentes da equipe de enfermagem, de ter uma proposta de trabalho, com conhecimento de causa. Outros exemplos de busca de autonomia revelaram-se na qualificação profissional que os egressos procuram desenvolver, tais como cursos de aperfeiçoamento e de pós-graduação, bem como, no desenvolvimento de pesquisa. Ainda, alguns chefes consideram tímida, ou num estágio ainda médio, esta busca pela autonomia, tendo em conta a necessidade do serviço. Penso que eles esperam mais "arrojo" desses profissionais, mais iniciativa nas contribuições e que são capazes de alcançar este objetivo.

As falas ilustram essas inferências:

... buscam autonomia pela competência profissional e pelo conhecimento... (CHE/S 1).

... estamos conquistando nossa autonomia... estamos hoje participando de "rounds", onde um tempo atrás não se tinha vez... começamos a decidir, tomar posturas em questões que antigamente eram ditadas pelos médicos... com conhecimento, interagindo a teoria-prática, discutindo... estamos conseguindo autonomia e nós contamos com essas profissionais (egressas)... a contribuição é muito grande e isso qualifica o nosso trabalho e da equipe toda (CHE/S 2).

... busca a autonomia, com certeza, procurando resolver as situações com conhecimentos e refletindo a melhor forma dentro do possível (CHE/S 3).

... em todas atividades e encontros ela procura destacar o papel da enfermeira, do auxiliar de enfermagem... procurando a integração... procura fazer com que o trabalho da enfermagem seja valorizado, respeitado por mais que encontre resistência... eu procuro dar apoio a ela, porque eu acredito no trabalho que ela está fazendo... ela busca estar sempre informada, atualizada... busca assessorias... se interessa em aperfeiçoar-

se... (CHE/S 11).

... eu acho que está num estágio médio... a autonomia dele acontece mais quando ela vê que aquilo vai beneficiar o paciente, ela vai, pinta e borda... mas poderia fazer mais coisas... ela está se dando conta... a estrutura em que estamos é muito hierarquizada, muito forte... (CHE/S 7).

Encontrei, nos depoimentos dos chefes, diversos sentidos para **autonomia**, contudo se salienta o aspecto do enfermeiro posicionar-se, ocupar um espaço entre os grupos profissionais envolvidos com o trabalho em saúde, demonstrando seu valor, sua importância.

Fleck não concebe um conceito propriamente dito de autonomia, mas refere-a como um processo em que os coletivos de pensamento, representados pelos diferentes grupos profissionais envolvidos num evento como o da assistência à saúde, criam, por um lado, um espaço para o conhecimento especializado de cada um, padronizado e transmissível e, por outro, possibilitam a emergência do inesperado (da incerteza), assegurando que os métodos e habilidades não sejam reduzidos a normas prescritas, mas conferindo autonomia (liberdade) e prestígio (reconhecimento do valor).

A busca da autonomia pelos profissionais (egressos), referida por esses entrevistados, parece inserir-se nessas dimensões, **não negando a interdependência dos profissionais** no trabalho em saúde, mas destacando o papel do enfermeiro como um profissional capaz de tomada de decisões e resoluções, apoiadas em conhecimento e discernimento, em prol de uma assistência mais qualificada, num processo mais humano, mais integrado, com melhores resultados, e não apenas pautado no fazer-técnico.

Reconhecem que questões como **auto-estima e afeto** precisam estar mais estruturadas, para que possam enfrentar os desafios que a conquista de

autonomia pressupõe.

Em correspondência a essa questão, questionei os chefes quanto ao seu apoio ao trabalho deste profissional (egresso), ao que responderam:

... uma coisa que eu acho fundamental é o enfermeiro incentivar o colega e, para isso, você tem que oferecer condições... no caso, a educação continuada em serviço é de suma importância... assim, nos aproximamos, nos apoiamos... tomamos decisões juntos... não abrimos mão do processo de enfermagem... por aí vai meu apoio... (CHE/S 2).

... somos uma grande família... valorizo todos os profissionais... valorizo as contribuições que trazem... aquele profissional que busca sempre mais autonomia profissional... nosso trabalho é bem participativo, nós construímos, planejamos e decidimos todos juntos... mas claro que há coisas que independem da minha vontade (CHE/S 3).

... este tipo de apoio a gente dá e muito em cima da autonomia profissional... que a gente pode incentivar... nossa tentativa de apoio ao profissional é essa de constituir equipes, de valorizar todos os profissionais... e isso é fundamental... essa valorização de cada profissional é fundamental e está muito bem... talvez se comparássemos, o trabalho dos nossos enfermeiros com enfermeiros de outros municípios, talvez a autonomia dos nossos seja até maior... (CHE/S 4).

... meu apoio é total... presente em tudo que posso, facilito as iniciativas... cursos, treinamentos... ela tem apoio da instituição para fazer o Curso de Especialização... ela e mais duas colegas... e essa foi uma luta da chefia anterior que nós continuamos... (CHE/S 5).

... eu acho importante essa coisa de respeitar os direitos e desejos das pessoas que trabalham conosco... para que se sintam bem, fazendo aquilo que querem e usando as habilidades que têm... seja técnica, do ensino, da arte... vejo que se as pessoas conseguem aflorar suas habilidades tendem a crescer, serem mais satisfeitas... estou tentando colocar na mão das pessoas esta possibilidade, esta é a minha intenção e também estender a mão... vem comigo... (CHE/S 7).

... dou toda a força, porque é disso que nós estamos precisando, de profissionais honestos... que tragam para nós as medidas certas e com respaldo... nós nos reunimos muito, trabalhos em grupo... mas procuro sempre ela em primeiro lugar... depois discuto com o grupo, as atividades planejadas... novos projetos... (CHE/S 11).

As falas mostram uma aproximação bem interessante, em relação ao

desempenho dos seus colegas, evidenciando preocupações com a qualidade do serviço, da assistência prestada, facilitando, e não criando dificuldades. A forma de operacionalizar este apoio se encontra, principalmente, no **respaldo aos problemas cotidianos**, no fomento à participação de cursos, entre eles de **aperfeiçoamento**, e na **educação continuada em serviço**, destacado por alguns chefes como assentada em metodologias como o planejamento estratégico.

Parece que essas formas de apoio têm se embasado em **posturas mais próximas à regularidade**, até compreensíveis, haja vista, a determinação de condutas, de passos para esses enfrentamentos, facilitando a tomada de posições. Poderia dizer que o caminho já é conhecido, não precisa ser criado, descoberto.

Algumas manifestações, a meu ver, retratam alguma possibilidade de transitar em outras instâncias, como apoio ao profissional, levando em consideração a sua pessoa, suas habilidades para alcançar, então, posteriormente, melhores resultados na qualidade do trabalho realizado. Refiro-me à valorização do trabalho em equipe e do enfermeiro como componente tão importante quanto os demais, especialmente quanto ao médico, e este dado toma mais relevância, uma vez que o informante é médico. Evidenciou-se, também, a **dimensão humana que mantém com seu grupo nas relações interpessoais**, valorizando habilidades, potencialidades pessoais, em primeiro plano, em contrapartida às preocupações com soluções de problemas atreladas ao andamento do serviço, da instituição.

Percebi, nessas falas, uma abertura que revela um pensamento mais flexível e ações que procuram ser correspondentes, num terreno ainda não

sedimentado, ou seja, ainda não regularizado, mesmo que numa compreensão mais abrangente, acerca das relações profissionais.

Tenho claro, também, que essas análises são limitadas pelo conteúdo expresso nos discursos, e que essas verdades não são absolutas, mas passíveis de questionamentos e diferentes compreensões. E é precisamente nesse espaço, que reside a **possibilidade da superação**, do avanço, mesmo que inicialmente, no campo das idéias e dos discursos. Faz parte do movimento, das mudanças, esse **momento de transitoriedade**.

Por fim, coloquei à disposição dos chefes entrevistados um espaço, para que pudessem emitir sua opinião ou dar sugestões quanto à experiência do EPP, na formação do profissional enfermeiro. Eles foram unânimes em apontar o EPP como uma experiência extremamente válida e que, sem sombra de dúvida, instrumentaliza melhor o aluno, para seu desempenho profissional, gerando muito segurança no primeiro emprego e abrindo novos campos de trabalho nas instituições e municípios. Acreditam que essa **experiência, acontecendo nos serviços**, com a participação efetiva nesse cotidiano, tem possibilitado ao aluno quase profissional (já que conta com o apoio do professor e do orientador) transformar, ampliar sua visão e **trabalhar com criatividade, em cima da qualidade de vida das pessoas**, dos clientes, da equipe.

Algumas sugestões bem pontuais expressaram a importância do aluno buscar e **explorar diferentes campos de trabalho**, não só hospitalar e não somente os locais por ele conhecidos, o que daria maior visão e experiência, possibilitando intercâmbios com outros campos do conhecimento. Outra sugestão foi o de oportunizar uma **maior integração da escola com a**

instituição de serviço, não só da supervisora e orientadora. Rever o currículo, buscando uma **mudança na lógica de formação**, que privilegia o preparo para trabalhar no hospital, revertendo esse quadro para uma lógica que priorize a prevenção, a educação em saúde, o saber o que fazer em situações novas, o saber tomar decisões, foi destacado por dois entrevistados. A inclusão no currículo da questão da humanização, da autonomia, da técnica com consciência e sustentação científica também foi sugerida, além da ampliação das aulas práticas (a exemplo do EPP), conferindo maior segurança e firmeza para o profissional em geral.

... acho a experiência do EPP positiva... as alunas participam de tudo, tomando decisões, agindo no grupo... assim tem mais condições de ser um profissional competente (CHE/S 1).

... o EPP é uma oportunidade para o aluno dar seus primeiros passos sozinho... desenvolver sua capacidade criativa... a gente vê que o Curso, então, não só forma, mas também transforma... possibilita ao aluno colocar sua criatividade, suas posições... e conta com o apoio do colega orientador e do professor... para mim o aluno sai preparado... com mais segurança para atuar e transformar as idéias da Enfermagem... (CHE/S 2).

... acho que falta uma maior integração da escola com a instituição de serviço, não só da supervisora com a orientadora (CHE/S 3).

... acho esse estágio válido... e é fundamental que ele seja no serviço... o acompanhamento à distância da universidade é importante, mas o aluno deve estar no serviço, participando das atividades do serviço... essa inserção é fundamental... acho, também, que tem que mudar essa lógica de formação... preparar o aluno para atuar no sistema primário de saúde e hoje é o contrário, noventa por cento dos alunos saem preparados para trabalhar no hospital... e a realidade do sistema de saúde, do SUS, é irreversível... tem que valorizar cada vez mais os campos de estágio, porque se deixar o aluno escolher sozinho, ele acaba escolhendo o hospital, então é preciso direcionar (orientar) neste sentido (CHE/S 4).

... colocar no currículo a humanização, a autonomia com técnica, com consciência, mas com sustentação, sem ficar nessa posição "rançosa", mas que busque "brechas". Não só se segurar nas técnicas e nas rotinas achando que isso vai dar

conta de tudo... é importante trabalhar as relações, o auto-conhecimento... (CHE/S 7).

... eu sugiro que o Curso deva encorajar cada vez mais alunos como essa profissional (egressa) para enfrentar realidades como a que ela encontrou, no interior como a nossa... além de encorajar, também apoiar trabalhos como os que ela vem desenvolvendo... o trabalho voltado para a prevenção, principalmente, quando se trabalha numa população tão empobrecida e acreditamos que o caminho para uma melhor qualidade de vida e de saúde seja a prevenção, a educação em saúde, e a Universidade tem um papel importante se mantivesse um contato, um espaço de assessoria com seus profissionais (egressos) de forma a poder contribuir melhor com a sociedade e, também, ... (CHE/S 11).

De forma geral, os sujeitos reconheceram a validade da experiência do EPP e, particularmente, encontrei depoimentos carregados de **sugestões** extremamente relevantes, que podem se encaminhar **como componentes para um novo estilo de pensamento mais crítico**, que privilegie a criatividade e seja coerente com a realidade da saúde e necessidades da população.

5.4 - A interlocução com a Coordenadora do Estágio (COE)

O EPP conta com um elemento muito importante para sua operacionalização. Esse elemento é representado pela figura **do coordenador do estágio pré-profissional**, pessoa encarregada de dirigir, planejar e avaliar todo o processo que está presente no desenvolvimento desta experiência, de forma que todos os envolvidos participem e atuem, de acordo com as atribuições de cada um. É como se fosse o “maestro” de uma “orquestra”, na qual há muitos aspectos a serem observados, ajustados, melhorados,

mudados, através do contato permanente e contínuo.

Como dirigente, a coordenadora de estágio, participante do nosso estudo, somava uma experiência de dois semestres até o momento da nossa entrevista. Além dessa experiência no EPP, a colega também participou como professora supervisora de alguns alunos.

Iniciei perguntando como ela qualificava o EPP, ao qual prontamente respondeu:

... eu o qualifico como imprescindível, indispensável... não conseguiríamos mais concluir o Curso de Enfermagem, sem o EPP... essa experiência dá ao aluno uma visão completamente diferente, confere uma autonomia muito maior ao aluno, porque ele tem uma liberdade maior de atuação para que já possa se posicionar, enquanto que nos semestres anteriores ele ainda tem uma supervisão direta... é um salto qualitativo, que em termos pedagógicos é fundamental (COE).

A coordenadora, em sua caracterização, evidenciou seu entusiasmo com o EPP, destacando a questão da **autonomia do aluno**, como liberdade para ele atuar e posicionar-se, diferenciando sua atuação em relação aos semestres anteriores, cuja supervisão é direta.

Essa manifestação revela um **pensamento mais ampliado**, desejando e percebendo uma visão de aluno enquanto **sujeito condutor do seu caminho** (sua atuação), mostrando-se, aparecendo e se posicionando. Sob qual modelo o aluno se posicionaria não fica explícito, mas demonstra o estímulo à explicitação de tomadas de conduta, rejeitando posturas neutras. Essa atitude da coordenadora se coaduna com um pensamento mais flexível, superando aquela expectativa do aluno de que se esperaria dele resultados mais previsíveis e limitados.

O próximo questionamento relacionava-se à orientação dada aos alunos para a realização do EPP e através do depoimento colhido, percebi que as orientações eram estabelecidas com base no Manual de Orientações nas Normas para a realização do EPP, e na experiência pessoal, evidenciando um padrão comportamental regular, buscando um amparo legal-normatizador da experiência, mas havendo, também, espaço de discussão nas entrevistas individuais, possibilitando sair do padrão (regular) para uma orientação mais aberta, atendendo melhor às necessidades do aluno. A coordenadora assim se expressou:

... oriento a partir de uma ACG (Atividades Complementar de Graduação) ministrada aos alunos do sétimo semestre do Curso... com duração de 60 horas. Neste espaço realizo orientações referentes a elaboração de projeto e relatório de estágio, convênios existentes, locais de estágio e também algumas questões referentes à atitudes dos alunos na condução do estágio e na relação com supervisor e orientador. Ainda, nesta disciplina os alunos elaboram um anteprojeto que servirá como suporte (base) para discutir posteriormente com o supervisor e o orientador as idéias iniciais sobre o projeto de estágio supervisionado (EPP)... As orientações são realizadas com base no "Manual de Orientações" e "Normas para a realização do Estágio Supervisionado", e também com base em minhas experiências anteriores como supervisora e atualmente como membro da comissão de estágio... existe também a orientação individual do aluno que manifestar o desejo de discutir com os membros da comissão de estágio, suas idéias, para melhor defini-las... este tipo de orientação tem se refletido na qualidade dos projetos e relatórios... com introduções e justificativas bem construídas, objetivos e metodologia de trabalho coerentes (COE).

Interessava, também, conhecer as atividades que a coordenadora priorizava na orientação realizada com os alunos.

... eu costumo orientar para que eles pontuem sobre educação nos trabalhos... que não façam trabalhos muito específicos dando ênfase a patologias... se tenta mostrar a assistência

global... uma visão do todo... visão administrativa e educativa... também que eles possam desenvolver o trabalho deles na perspectiva do local, da instituição num plano concreto... ampliando até a visão da assistência naquele serviço (COE).

Essa concepção de orientação, traz a conotação de incentivo ao aluno para intervir nessa realidade, para não ser um mero espectador, ou executor de atividades técnico-normativas, sendo **protagonista da sua proposta de trabalho**, numa visão mais abrangente, qual seja, o da educação. Essa educação voltada não somente ao aspecto da doença, mas associada a uma perspectiva de mudança encaminhando-se para uma assistência global.

Na próxima questão, perguntei à coordenadora o que ela fazia, quando precisava de ajuda na orientação do aluno. Inicialmente, a coordenadora confundiu-se um pouco, pensando o que fazia, quando um aluno a procurava, pedindo ajuda frente a algumas dificuldades ou problema. Achei interessante sua fala:

... quando os alunos nos trazem algum problema a gente conversa e procura incentivá-lo a ele próprio fazer o enfrentamento, colocando e analisando todos os sentimentos, situações... considero uma oportunidade para crescer... eles são orientados para tentar resolver, a gente faz uma mediação... acompanha a distância... tem trazido ótimos resultados... quanto à dificuldades minhas eu busco no conteúdo e material que existe aqui ... resgato muito com outras colegas (COE).

O fato de incentivar os alunos a realizarem seus enfrentamentos, na busca de solução para problemas e dificuldades, corresponde ao que os alunos desenvolvendo o estágio (ADE) e os alunos egressos (AE) mencionaram, a respeito de aprender com as dificuldades, tentar resolver conflitos, crescer com essa experiência.

Esse tipo de comportamento revela, mais uma vez, uma postura flexível, de confiança no aluno e, ao mesmo tempo, apoiadora, não se eximindo da co-responsabilidade, uma vez que ele ainda se encontra em seu processo formativo.

Suas dificuldades particulares são sanadas através da literatura, em material deixado por coordenadoras anteriores e na consulta a pessoas que já passaram por esta experiência. Neste sentido, se evidencia uma certa regularidade, buscando com seus pares e em material escrito o apoio para dificuldades. Alternativas mais criativas não foram explicitadas.

Na seqüência, indaguei à coordenadora se ela considerava que as atividades exercidas pelos alunos no EPP desenvolviam comportamentos profissionais e quais seriam esses comportamentos.

... a gente vê que o EPP proporciona um espaço para os alunos terem suas próprias decisões, apresentar e defender sua proposta de trabalho... o fato de desempenharem todo um trabalho junto aos funcionários, a uma equipe, ao paciente... familiares... se percebe que eles desenvolvem um compromisso com seu estágio... e eu acho que se reflete no compromisso dele como profissional (COE).

O compromisso referido pela coordenadora parece não estar condicionado somente ao dever profissional, mas enaltece, mais uma vez, a autonomia do trabalho e proposta do aluno.

Ao questionar se reconhecia um padrão de comportamento profissional como característico do aluno do EPP e qual seria, tendo em vista o privilégio de acompanhar de uma forma geral, praticamente todos os alunos, a coordenadora referiu o seguinte:

... o compromisso, independente da área... eles se envolvem (naquela dinâmica) eles acabam se apaixonando pelo trabalho e levam com entusiasmo até ao final... eu acho que isso se deve ao compromisso... (COE).

Um padrão comportamental profissional erigido através do entusiasmo e alegria pelo que se faz, e conseqüentemente pelos seus resultados, é animador, e pode estar contribuindo para a formação de uma atitude de comprometimento profissional.

Perguntei, então, à coordenadora quais os comportamentos que ela considera padronizados na profissão e quais os que conferiam autonomia para o profissional enfermeiro.

... me parece que o grande comportamento da enfermagem ainda está voltado para as técnicas, à valorização delas, por mais que tenhamos um discurso diferente, mas na realidade está voltado para questões técnicas, de tarefas... há muita submissão ainda e diferenças de níveis (hierarquia)... não há uma interdisciplinaridade, os enfermeiros pesquisam pouco, não se dedicam a estudar, a produzir conhecimentos... vejo a autonomia na produção do conhecimento, na integração teoria-prática que é fundamental e na socialização com os outros elementos da equipe... de discutir, de criar esse espaço, e a gente nota isso nos trabalhos dos alunos... porque a maioria deles acaba envolvendo outras questões... não convencionais... como trabalhos em grupo, de educação continuada... que considero um salto... (COE).

O comportamento padrão citado pela coordenadora é aquele voltado para as **questões da técnica, do cumprimento de tarefas, de submissão, de hierarquização funcional**, acrescentando que esse comportamento ainda está presente na Enfermagem, apesar de um discurso diferente. Não defende que a técnica deva ser rejeitada, mas critica a forma como são condicionadas, no processo de trabalho do profissional enfermeiro. Ao se referir aos

comportamentos que possibilitam **autonomia** para o enfermeiro, salienta a **produção do conhecimento e a socialização do mesmo**, algo que Fleck, aponta com muita ênfase para a superação e inovação do conhecimento e, conseqüentemente, para a mudança de estilo de pensamento de determinado coletivo.

Ao mesmo tempo que a autonomia é visualizada pela coordenadora, ela manifestou sua preocupação com a pouca iniciativa dos enfermeiros relativas a produção de conhecimento, pois poucos tem pesquisado e publicado seus trabalhos. Todavia, considerou que o EPP oportuniza abrir caminhos nessa direção, inclusive com estratégias de trabalho que fogem do convencional. Reside nesse espaço, a meu ver, uma perspectiva do enfermeiro fazer algo diferente, de ser mais.

Nesse sentido, perguntei à coordenadora se ela considerava que no EPP havia espaço para troca de experiências entre profissionais e alunos, obtendo a seguinte resposta.

... sim,... o estágio diminui um pouco a distância que existe entre o assistencial e o docente... existem encontros mais freqüentes entre esses colegas e se criam um elo maior e o aluno é também responsável por esses encontros... (COE).

Em sua fala, apenas uma dimensão foi abordada a relação (assistencial-docente), não menos importante, haja vista a possibilidade de uma integração realmente mais efetiva entre o docente e o assistencial, compondo um processo de trabalho de **construção compartilhada de conhecimentos** e estratégias pautadas na experiência de cada um destes personagens, tão singulares e universais (sociais), na realidade dos serviços

de saúde e no processo formativo do aluno.

Pode-se depreender que as relações estabelecidas entre profissionais e alunos e oportunizadas no EPP sinalizam, a perspectiva de novos tempos, de novas dinâmicas, mais solidárias mais comprometidas, como sujeitos e com os sujeitos.

Uma outra questão, igualmente importante, dizia respeito se a experiência com alunos do EPP se refletia no seu trabalho cotidiano e de que forma. A coordenadora assim se expressou:

... sim, reflete e, principalmente, porque estou atuando no primeiro semestre na disciplina metodologia da pesquisa e tudo está direcionado para o oitavo semestre... leva para a sala de aula os projetos, relatórios... os alunos começam a observar, ler... no quarto semestre com a disciplina Adulto "A", também já procuro despertar para o oitavo semestre... a época da apresentação dos relatórios, os alunos são liberados das minhas disciplinas para assistirem os colegas, estimulando-os... tudo o que eu faço hoje está vinculado ao oitavo semestre... (COE).

Parece haver um grande esforço de sensibilizar e capacitar melhor os alunos de semestres anteriores (do primeiro ao sétimo semestres) para a experiência do EPP (realizada no oitavo semestre), inclusive essa é uma das sugestões levantadas pelos alunos desenvolvendo o estágio (ADE) e alunos egressos (AE). Contudo, não foram explicitadas mudanças no fazer pedagógico, motivadas pela dinâmica e resultados do EPP. Dizendo em outras palavras, não há evidência de um trabalho teórico-metodológico não-convencional que tivesse sido despertado pelas diversas experiências realizadas com o EPP, relatadas, inclusive, como possibilidade de conferir autonomia profissional.

Concordo com Fleck (1986: 131), quando coloca que o “ver formativo” só é possível depois da introdução teórico-prática e com certa experiência em um campo, entretanto, a disposição para o “perceber orientado” não constitui somente um exercício, mas, sobretudo, um **comportamento a ser desenvolvido** ao longo da formação profissional e não apenas de forma mais localizada. Parece ser esta questão, um elemento chave a ser retomado mais adiante, quando teremos as opiniões dos demais sujeitos envolvidos no EPP.

Da mesma forma foi dada oportunidade à coordenadora para avaliar outras questões que julgasse pertinentes. Suas considerações foram:

... uma questão positiva... é o fato da maioria dos alunos conseguirem já um emprego... eles já tem uma postura para chegar numa outra instituição e poucos ainda estão desempregados... outro aspecto... vejo como negativo... é como se o oitavo semestre não fosse responsabilidade de todo o grupo... vejo que algumas pessoas não despertaram para a grandeza do EPP... parecem não ter compromisso pela formação profissional do aluno... a qualificação dos colegas docentes melhorou muito a orientação e a qualidade dos trabalhos se mantiveram, mas me assusta a falta de compromisso de algumas colegas... e isso repercute... porque também o aluno vê no professor e no enfermeiro de campo, modelos profissionais e começa a discernir o que é bom e o que é desprezível... e há por parte de alguns enfermeiros orientadores um envolvimento muito maior com o aluno do que até de alguns professores supervisores... (COE).

Essas referências me levaram a relacionar sua fala com o que Fleck (1986: 141) denomina de socialização do conhecimento, através da **circulação inter-coletiva e intra-coletiva**, constituindo-se numa forma de **provocar um deslocamento ou transformação** das idéias, dos fatos. Acredito que esse processo de socialização do conhecimento deva ser incrementado no nosso curso, permitindo um maior engajamento de todos os sujeitos, conquistando, assim, as mudanças desejadas.

5.5 - A interlocução com as Enfermeiras Orientadoras (EO)

O grupo de sujeitos, ao qual agora me dedico, constituiu um aporte extremamente importante para esta investigação, uma vez que com a institucionalização do EPP, o **enfermeiro assistencial** passa a ter participação efetiva na formação do aluno, através dessa experiência. Seu contato, seu compromisso é diferente daquele em experiências de outros semestres (anteriores) como aulas práticas e da supervisão direta do professor. Nesta realidade, ele se reveste de um papel de **mediador** para que o aluno, aos poucos, vá assumindo funções e papéis que ele, o próprio enfermeiro do campo, desenvolve, oportunizando uma vivência real e concreta do cotidiano do seu trabalho na instituição de saúde.

Como futuro colega desse aluno, muitos enfermeiros de campo têm sentido que podem contribuir com a sua formação e vêem no EPP uma estratégia interessante para que isso possa acontecer.

Para este estudo, conversei com dez **enfermeiras orientadoras (EO)** que estiveram envolvidas com a experiência do nosso Curso de Enfermagem – UFSM, e todas tinham orientado no mínimo dois alunos. Com base no sorteio aleatório, a amostra ficou composta de cinco (5) enfermeiras orientadoras que atuavam em diferentes áreas do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM; duas (2) na área de Saúde Pública, no Município de Santa Maria; uma (1) de um Hospital Filantrópico de Santa Maria – RS e duas (2) enfermeiras orientadoras eram da área Hospitalar, mas fora de Santa Maria – RS, uma de Porto Alegre – RS e outra de Florianópolis – SC.

Iniciei a entrevista perguntando como a enfermeira orientadora qualificava o EPP, pois desejava conhecer o significado que outorgavam a essa experiência da qual participavam.

De um modo geral, as respostas corresponderam a um padrão regular, caracterizando o EPP como uma experiência inquestionável quanto à sua importância, e essa importância evidenciada em maior segurança e competência para atuar como profissional enfermeiro. As enfermeiras orientadoras se manifestaram da seguinte maneira:

... experiência extremamente importante... o aluno adquire certa autonomia... oportunidade que ele tem para se firmar na parte profissional aliando a teoria-prática... dá ao aluno melhor desempenho profissional... (EO1).

... fazendo este estágio na área que pretende trabalhar futuramente dá mais segurança e mais visão... é como se fosse o primeiro emprego mas ainda com o acompanhamento do enfermeiro e do professor corrigindo, melhorando... dá um preparo, uma base melhor para atuar como profissional... o EPP está abrindo o mercado de trabalho... (EO4).

... considero o EPP... como uma mini-especialização, não só pela carga horária, mas porque ele desenvolve um trabalho na área que se propõe preparando-os melhor para o exercício profissional posterior... esta experiência facilita a relação com os funcionários... (EO5).

... o EPP para o aluno é uma retomada de tudo o que foi visto no Curso, seja a parte técnica, a parte humana e serve para ele entrar em contato e fazer o entrosamento com a equipe. Acho ótimo a experiência, é um outro estágio na vida do aluno, como pré-profissional mesmo, como se fosse seu primeiro trabalho, mas com o apoio do supervisor e do orientador no serviço... ampliando sua visão... (EO8).

Essas expressões enfatizam o melhor preparo do aluno quanto às atividades específicas do enfermeiro, reforçando uma boa formação do núcleo rígido, destacando os padrões comportamentais mais regulares e necessários, sem sombra de dúvidas, para o desempenho profissional

desejável. Entretanto, outras enfermeiras orientadoras em suas respostas expressaram significados que superam esse círculo de regularidades, movendo-se na “**periferia difusa**”, acrescentando outras qualidades ao EPP, no sentido de oportunizar, experimentar, conhecer, criar, interagir, trocar num **contexto concreto** exigindo uma visão mais aberta, flexível para as tomadas de condutas. Vejamos algumas ilustrações:

... considero um dos momentos mais importantes dentro da formação do aluno em função de que ele já está assumindo uma responsabilidade quase como um enfermeiro... espaço que possibilita ao aluno criar coisas, desenvolver a criatividade, tentar trocar coisas, aprender a ter um outro tipo de conhecimento... a saúde pública tem essa abrangência, a relação com a comunidade... ele (aluno) trabalha num plano muito concreto... até deixa ele assustado, mas depois eles acabam trabalhando bem essa questão... (EO3).

... com o EPP os alunos desenvolvem o lado da pesquisa, porque ele desenvolveu um projeto... atua e relata... ele se envolve com esse trabalho... se sente mais responsável, mais comprometido com tudo e possibilita ele atuar mais independentemente... criando... mudando (a atuação) (EO2).

... o EPP instrumentaliza melhor o aluno para seu desempenho profissional... muitos projetos estão mudando aquela visão de trabalho mais assistencialista para uma visão mais humana e de educação em saúde, criando a necessidade dessa assistência, dessa avaliação, desse cuidado... está abrindo novos campos de trabalho a nível das instituições e de municípios (EO10).

O EPP parece estar se configurando numa estratégia de ensino que, de um lado, reforça os padrões comportamentais regulares e necessários para a **estabilização profissional** e, de outro, permite uma flexibilidade de pensamento e de ações, que diminuem o risco da rigidez na formação do pensamento. Entretanto, é a concepção e condução do EPP que permitirá situá-lo em diferentes patamares de desenvolvimento. Por isso, questionamos as enfermeiras orientadoras quanto a sua forma de orientação do aluno no

EPP.

Segundo as informações colhidas, as enfermeiras, ao orientarem os alunos, levam em consideração os objetivos, a proposta de trabalho do aluno, a sua idéia e sua necessidade. Parece ser este o ponto de partida. Corroborando a idéia do aluno, os enfermeiros orientadores colocam-se como facilitadores, dando apoio e respeitando a liberdade (autonomia) para que o aluno possa desenvolver sua proposta de trabalho. As **intervenções** são feitas, eventualmente, para adaptar a proposta à realidade do serviço, ou quando o orientador percebe que está faltando algum elemento importante. De modo geral, parece haver muita confiança no trabalho do aluno, as iniciativas de **trabalhos diferenciais** são bem vistas e também foi destaque o apoio que é dado para o aluno, com relação ao entrosamento com a equipe. Alguns orientadores mencionaram que, frente às necessidades do serviço ou da unidade, procuram o aluno como um aliado para desenvolver um trabalho que reverta em benefício da unidade. Pareceram ter consciência da importância do seu papel na formação profissional deste aluno sob sua orientação.

Os enfermeiros orientadores, assim se revelaram:

... a primeira coisa é ver o projeto dele, as intenções de trabalho e dentro das propostas de trabalho a gente procura orientar, dar suporte em todos os sentidos... a experiência prática do dia-a-dia de como fazer, como proceder a determinadas situações, tomadas de decisão... a parte teórica ele procura ver com o professor e conosco o dia-a-dia, tudo o que envolve nosso trabalho, até porque eu acho que ele se espelha na gente... acho que a escolha já é intencional, no perfil que temos e isso gera mais compromisso (EO2).

... a orientação depende daquilo que o aluno se propõe a fazer... dou liberdade para ele trabalhar sozinho, não interfero em nada. Só vou interferir quando vejo que ele está com dificuldade ou quando ele vem. Eu acho que se não der liberdade, eu tenho impressão que vou tolher a iniciativa que

ele tem de pôr em prática aquilo que ele aprendeu, o que ele sabe... (EO5).

... tenho procurado fazer um trabalho integrado com o supervisor... como é uma área específica e não terem conteúdo (preparo na graduação) eu passo material, bibliografia, converso muito da nossa rotina, e depois partimos para organizar o trabalho, atividades dele... dou liberdade para ele voar... se ele aproveita, ele voa... eu incentivo muito a pesquisa, a informática, mas ao mesmo tempo que dou liberdade, também, sugiro, oriento, canalizo algumas atividades... percebo até onde ele tem autonomia, toma iniciativas, tem visão de conjunto e conhecimento... (EO7).

Nestes exemplos, percebi que, mesmo levando em consideração as idéias e propostas dos alunos e a orientação por parte das enfermeiras orientadoras se orientam por serem participativas e não diretivas, ou normativa-prescritivas, elas se inserem dentro da **habitualidade das práticas** desenvolvidas nos serviços. Algumas enfermeiras têm uma outra visão, atribuindo à forma de orientação aspectos de **crescimento mútuo e possibilidades de avanços** no fazer cotidiano. Elas nos disseram:

... para mim é uma possibilidade de troca importante... com uma relação de muita cumplicidade... se fazia as coisas juntas, se errava junto e às vezes acertávamos juntos... sempre me coloco à disposição como uma colega e isso facilita uma relação e até de aprendizado mútuo, onde me possibilitava crescer e acredito que tenha possibilitado isso aos alunos... (EO3).

... eu sempre tento deixar o mais liberal possível para partir do aluno as iniciativas, para ele deslanchar... se eu digo que é assim... se começa a podar, a delimitar os campos e se tira a chance dele de desenvolver uma coisa diferente daquilo que geralmente se faz... perdemos todos... (EO6).

... eu apresento nosso serviço, nossos funcionários, nossos pacientes, nossa equipe... converso sobre a proposta de trabalho dele, sugiro, coloco também as necessidades do nosso serviço... ele tem autonomia e apoio para desenvolver seu EPP... respeitamos muito o aluno, interagimos com o supervisor e são muito bem vistas as propostas inovadoras de cuidar... com pesquisa, com fundamentação científica e com criatividade... a orientação é bem participativa, a gente cresce junto com o aluno... (EO10).

Com estas menções sobre a forma de orientação, que podemos considerar como propulsoras de maior flexibilidade e, conseqüentemente, de mudanças, perguntei às enfermeiras quais atividades que as mesmas priorizavam na orientação, para, através desta questão, conhecer conteúdos, valores e práticas subjacentes às atividades priorizadas.

As manifestações revelaram posturas, de um lado pautadas no desenvolvimento de atividades específicas do enfermeiro, do **dever profissional**, como podemos observar:

... baseada na escolha do tema eu tento ajudar nesse caminho... a prioridade é que ele desenvolva atividades que o enfermeiro desenvolve e não atividades de auxiliar de enfermagem... (EO1).

... era básico desenvolver tarefas específicas da enfermeira da nossa área (de nefrologia) e o que foi priorizado na proposta de trabalho da aluna geralmente questões de humanização e educação no atendimento... (EO4).

... nós priorizamos a postura do profissional enfermeiro... eu abro para discussão este assunto para que ele veja a importância de posicionar-se, tomar iniciativas e decidir... (EO7).

Por outro lado, algumas enfermeiras destacaram, mais explicitamente, conteúdos e práticas que levavam em consideração a **troca de saberes com o cliente**, com a comunidade, com a equipe e **valores éticos, educativos e de humanização**. As seguintes expressões foram bastante elucidativas, quanto a esse aspecto.

... o respeito é uma questão fundamental e o aluno precisa saber disso, porque ele precisa respeitar a pessoa (comunidade) com a qual ele está interagindo, trabalhando... outra coisa importante é o compromisso social que o aluno tem que ter... tem que estar comprometido socialmente com a comunidade ou a pessoa com quem está trabalhando e isso

envolve a questão da ética, da postura como profissional... são questões para mim fundamentais que discuto com eles... A troca de saberes e a relação afetiva com a comunidade é algo resgatado nesse EPP (EO3).

... priorizo a humanização, considerando o paciente como ele é... também a parte educativa que elas abordam bastante nas propostas de trabalho... mas essa prática deve passar por aceitar o que os pacientes sabem, não inferiorizando, mas valorizando a troca de saberes, a dinâmica dos conhecimentos (nada é estanque) (EO 5).

... priorizo a troca de experiências... ter flexibilidade nas ações profissionais (na postura), visto que na comunidade você trabalha com troca... não existe um sujeito, existem vários sujeitos... o profissional enfermeiro está lá para ser referência e trabalhar também o que o cliente trás... a troca não é meramente técnica, mas de instrumentalizar a clientela quanto a sua cidadania (EO 9).

Esses depoimentos indicam de certa forma, o que Fleck acentua como padrão comportamental regular, compondo um núcleo específico de estabilização, negociável, permitindo superações no desenvolvimento dos conhecimentos, das práticas, dos modelos, de valores, entre outros.

A priorização determinada pelas enfermeiras orientadoras aproximam-se de outro elemento considerado por Fleck "como raiz da inovação", ou seja, do "ver formativo" e não do "ver confuso", pois destacaram elementos éticos, humanos e educativos, considerando o **indivíduo-paciente um sujeito com um saber**, inserido num contexto histórico, político, cultural. A **ação profissional correspondente** só se efetivaria com uma disposição para um "ver" orientado, **consciente do seu papel e responsabilidades**. O dever profissional se amplia, ao ter de executar tarefas, sejam elas de ordem técnica, social, envolvendo interações sujeito-sujeito, a serem respeitadas e construídas, conjuntamente.

Na questão seguinte, perguntei o que as enfermeiras orientadoras realizavam quando precisaram de ajuda na orientação do aluno.

De uma forma geral, as enfermeiras revelaram buscar ajuda junto à supervisora, na literatura, se a dificuldade era teórica, e, também, dialogando com o próprio aluno e outras pessoas que detinham mais experiência ou conhecimento sobre a dúvida ou dificuldade que havia se estabelecido.

Não encontrei, nas enfermeiras, comportamentos que revelassem clara autosuficiência ou insegurança, pelo contrário, a troca de idéias, o compartilhar de dúvidas, foram a tônica, reafirmando as **posturas de maior flexibilidade** até então apresentadas.

... procurava a supervisora, o aluno e a literatura, bem como outras pessoas que possam esclarecer melhor as dúvidas e ajudar a resolvê-las (EO10).

... eu tenho tentado ler e procurado a supervisora... as reuniões com a supervisora e o aluno são importantes, pois é onde trocamos muitas idéias... (EO9).

... se for algo que eu acho que possa ser resolvido direto com o aluno, eu falo direto com ele e esclarecemos, se é algo mais relacionado ao Curso, eu converso com a supervisora e o aluno (EO8).

... procuro compartilhar com o supervisor, e buscar na literatura sanar dúvidas que por ventura surgem e, também, para atualizar condutas (EO7).

... a cada dois dias a gente abria um espaço para avaliar o andamento do EPP... assim não se acumulava problemas, dificuldades, o que facilitava muito (EO3).

O próximo questionamento trouxe à tona uma importante contribuição quando indaguei às enfermeiras orientadoras se elas consideravam as atividades exercidas pelos alunos no EPP como promotoras de comportamentos profissionais e quais seriam esses comportamentos.

Novamente, foi possível distinguir comportamentos profissionais expressados pelas enfermeiras, envolvidos em um círculo de regularidades, relacionando o comportamento diretamente com o que se espera do

profissional como dever de sua função.

... eu acredito que sim, porque eles aprendem como a gente trabalha... o aluno do EPP é um profissional que está nascendo e é como se fosse uma criança e dentro da sua casa se você não der o exemplo, ele vai seguir quem? O comportamento profissional é o de responsabilidade das funções que temos... ele reflete as atitudes e atividades que ele presencia do enfermeiro e constrói depois seu comportamento (EO1).

... sim, a questão da postura profissional... ele se posiciona, assume atividades e toma decisões que o enfermeiro deve tomar... e tem feito isso usando de bom senso... com responsabilidade profissional (EO2).

... sim, principalmente o senso de responsabilidade, tomadas de decisões e iniciativa... habilidades de gerenciamento, educação em saúde e segurança na sua atuação com os funcionários, equipe de saúde, clientes e familiares, pois nós trabalhamos com eles (EO10).

Percebo nesses depoimentos, o quanto a **práxis reiterativa** é um aporte bastante presente na formação profissional. Contudo, esses mesmos profissionais deixam transparecer a existência da reiteração como um espaço, no qual é construído a especificidade do comportamento profissional do enfermeiro.

Em outros exemplos, encontrei explicação sobre o tipo de compromisso, responsabilidades e posturas, que são possibilitados aos alunos exercer, no EPP.

... sim, até porque já consideramos eles nossos colegas e não mais alunos... eles assumem uma responsabilidade profissional perante o serviço de saúde, conseqüentemente com a comunidade a qual este serviço está vinculado... isto significa identificar necessidades reais das pessoas e planejar ações coerentes com estas necessidades, considerando os aspectos históricos, sociais, culturais, políticos e econômicos da comunidade... eles desenvolvem uma postura ética de respeito, solidariedade e de compromisso com as pessoas (EO3).

... sim. A postura profissional é a maneira de falar, de se posicionar, se relacionar e assumir o trabalho... eles tem

responsabilidade com o paciente, com o serviço... o horário, a assiduidade, a postura... o que é visto na faculdade aqui é reforçado, a postura profissional é para ficar e continuar onde for (EO4).

... eles mudam sim... assumem o papel do enfermeiro com postura profissional... eu confio no trabalho deles... tem se destacado o aspecto da humanização (EO5).

O exercício da práxis reiterativa de saberes, normas e práticas é evidenciado novamente, mas já envolto por uma **zona permeável**, permitindo transição a uma **práxis reflexiva**, onde a intenção e o pensar excedem uma reiteração autômata (sem consciência). O aluno é introduzido no campo prático, desenvolvendo atividades e comportamentos que lhe são inerentes profissionalmente. Entretanto, percebo esse comportamento buscando ir além do cumprimento desses aspectos, eles se ampliam, mesmo que apenas no discurso (de intenção), aos eventos intencionais estabelecidos com o(s) sujeito(s) no desenvolvimento de seu trabalho. Tratando-se de relações interpessoais, com compromisso e solidariedade com as necessidades desses sujeitos, a práxis reiterativa perde espaço, cedendo lugar à práxis reflexiva, cuja transitoriedade se manifesta nos comportamentos profissionais exercidos. Contudo, na tentativa de aclarar mais essa questão, perguntei às enfermeiras orientadoras se elas reconheciam um padrão comportamental como característico do aluno do EPP e qual seria. Vejamos o que dizem os relatos:

... eu tenho certeza de que aqui, pelo menos, eles aprendem a delegar funções e a liderar a equipe. Esse espírito de liderança é um comportamento que fica (uns mais outros menos) (EO 1).

... a postura mais madura, como profissional, pela liderança que ele consegue desenvolver, o compromisso com o cliente e a equipe, a responsabilidade com o trabalho (tem diferença entre alunos): a questão ética também é vivenciada e ele se dá conta que a pesquisa (fundamentação teórica) ajuda nas ações dele (EO 2).

... acho que fica o compromisso social, essa é uma coisa que

com certeza o aluno leva desse estágio, ele sai com uma sensibilidade maior por essa questão social: o trabalho na comunidade acaba despertando o aluno a entender que as coisas não acontecem por acaso, que tem um pano de fundo maior do que isso que aparece (EO 3).

... a responsabilidade e o trabalho de equipe: outro comportamento é a iniciativa, a tomada de decisões, o desenvolvimento de trabalhos como cursos de reciclagem, orientações aos pacientes, criação de folhetos explicativos (EO 4).

... o padrão mesmo, eu acho que é responsabilidade, tomada de decisão, compromisso profissional... e saem mais seguros do que eles querem, são bem preparados tecnicamente e com uma visão grande de educação continuada (EO 8).

... senso de responsabilidade, de ética e postura profissional. Nessa postura profissional está a iniciativa, a tomada de decisão, a criatividade e o gerenciamento (EO 9).

A inferência realizada na questão anterior, ou seja, da existência de um espaço de transitoriedade, entre comportamentos mais regulares e específicos para outros, mais flexíveis, criativos e conscientes, se confirmou. O profissional percebe que seu papel pode ter uma dimensão maior, tanto no procedimento técnico, como na execução da prescrição médica e, que existe espaço para uma **intervenção mais solidária**, mais crítica e criativa.

A base para essa intervenção parece compreender o conhecimento técnico-científico, aliado à **dimensão educativa e humana**, fundamentada no princípio de trocas, de interações. Há que se destacar que esse movimento para a superação e possível mudança de estilo de pensamento necessita de um período, para a **passagem de um estilo para o outro**, e parece, decididamente, que vivemos, na enfermagem, este momento, integrado com os efeitos do processo de **globalização**, neste final de século, às portas do novo milênio.

Para este estudo, era importante conhecer a opinião das enfermeiras orientadoras, quanto aos comportamentos que elas consideram padronizados

na profissão (que conferem regularidades) e quais os que conferem autonomia para o profissional enfermeiro. Elas manifestaram que:

... o comportamento padronizado é aquele baseado nas rotinas, normas, regimentos que dão um amparo legal e conseqüentemente a postura que você adquire oportuniza autonomia sobre o seu trabalho e tomadas de decisões... uma conduta baseada em certos princípios que ganha o respeito dentro da instituição, não fazendo concessões (EO 1).

... o enfermeiro assistencial se preocupa muito com o fazer e isto é muito rotineiro e a autonomia profissional se adquire através de conhecimentos teóricos, de pesquisa... acho que também a questão da metodologia da assistência de enfermagem, o registro de ações merece uma atenção para conferir maior autonomia (EO 2).

... o padrão é o gerenciamento da unidade, a rotina da unidade. A autonomia vem do reconhecimento e valorização pelo conhecimento e trabalho que é desempenhado com segurança pela enfermeira, que participa de igual para igual de "rounds", pelo trabalho de orientação, educação embasado na literatura que já está incorporado como uma rotina na unidade e desenvolvido pela enfermeira ou aluna do EPP... (EO 5).

... quando não há valorização da capacitação, mas uma preocupação mais no fazer, no cumprir tarefas, no fazer doméstico sem uma fundamentação científica para esse fazer, eu vejo como negativo na nossa profissão, como um padrão ainda em voga... e percebo que a busca do conhecimento, a compreensão da realidade, a qualificação profissional e da assistência, é que resulta na autonomia... o positivo eu vejo no comprometimento com a profissão, estando determinado a mudar, a lutar... falta um engajamento maior da classe (EO 7).

... eu acho que o enfermeiro desenvolve suas atividades, mas não está ocupando o espaço dele... ele se restringe muito às atividades técnicas, de cumprimento de normas, de tarefas... e acho que o enfermeiro tem um grande espaço com a comunidade, não no lado técnico, mas no lado da instrumentalização da comunidade, para ser instrumento de despertar a população para o exercício de sua cidadania, ou seja, a prática educativa e social... a capacitação profissional colabora para que a formação do aluno seja mais consciente do papel dele na sociedade (EO 9).

A **regularidade** foi apontada pelas enfermeiras como sendo o cumprimento de tarefas, a preocupação com o fazer técnico, com base nas normas e rotinas. Foi evidenciado, neste comportamento, duas direções: uma

negativa, quando o comportamento é limitativo, **cerceador do pensamento**, da crítica, e uma **positiva**, quando é fundamentado teoricamente, permitindo uma **prática mais consciente** e conseqüente.

Para a maioria das enfermeiras (sete), a **autonomia** é uma postura conquistada com a ocupação paulatina de um espaço construído com ações fundamentadas no conhecimento teórico e prático, e na sua prática social e educativa, além de uma compreensão mais ampliada da realidade, da pesquisa. Algumas apontaram que **não é só ter o conhecimento, mas saber usá-lo, ter sensibilidade de olhar e enxergar**. A educação continuada (capacitação/qualificação), seria estratégia para maior valorização e autonomia. O compromisso profissional, com **disposição para mudar e lutar**, modificar posturas, resultariam, também, em autonomia profissional e reconhecimento.

Mais uma vez, as informações permitem uma relação com as categorias epistemológicas de Fleck, as **proto-idéias**, onde o novo conhecimento é em parte conformado pelo velho, podendo acontecer uma superação, porque há flexibilidade. Essa **flexibilidade** não está definida, mas deve ser **construída**, conquistada com estratégias, exatamente como se expressaram as enfermeiras em relação à **autonomia profissional**.

Em seguida, solicitei às enfermeiras se havia, no EPP, espaço para troca de experiências entre profissionais e alunos.

Todas reconheceram que sim, especialmente entre aluno, equipe de enfermagem, outros profissionais, docentes e enfermeiros do campo. Essa troca ajuda e enriquece o trabalho. Para algumas, essa troca é algo imprescindível, **fundamental para a qualidade do trabalho** e destacam a necessidade do trabalho em equipe, integrando todos os profissionais. Ainda, a

troca de experiências tem aproximado docentes e enfermeiros do campo, ou seja, o EPP contribuindo com a integração docente assistencial (IDA).

Vejamos alguns relatos:

... sim, entre a equipe de enfermagem, outros profissionais, entre os docentes e os enfermeiros do campo... sem essa troca, perde-se muito de aprender e até de desenvolver melhor a assistência para o paciente... no EPP essa troca é no dia-a-dia... vejo a cada dia que é necessário trabalhar em equipe (EO 2).

... eu acho que na questão da saúde pública há mais espaço que dentro do hospital para que os profissionais e alunos conversem, discutam as ações e o cotidiano do serviço de saúde... há mais flexibilidade, há mais possibilidades e se não acontece mais é em função do interesse de cada um... mas no EPP, na nossa experiência há esse espaço para trocas (EO 3).

... sim... nessa troca de experiências a gente aprende e o EPP facilita essa troca e essa experiência é algo imprescindível no nosso trabalho (EO 4).

... considero um dos aspectos mais importantes... a troca de experiências e a contribuição do aluno para o serviço... é uma reciclagem que se faz com a presença do aluno... tem sido positivo a aproximação com os professores supervisores no sentido da gente interagir com o curso e delas conhecerem melhor nossa realidade... o EPP contribui para a IDA (EO 8).

Encontrei, nessas declarações, elementos altamente gratificantes, pelo fato de reforçarem a necessidade de trabalho coletivo, de **interações multidisciplinares** (se não interdisciplinares), possibilitando novos conhecimentos e ações mais efetivas na resolução de problemas das pessoas. Mais e novos caminhos são delineados, experimentados e redimensionados, quando a **circulação de idéias**, de estilos de pensamento são “traduzidos” de um coletivo de pensamento para outro. Fleck atribui um significado todo especial à “tradução” de saberes, de práticas, de normas de um coletivo para outro, considerando o pensamento uma atividade social por excelência, que não pode localizar-se dentro dos limites do indivíduo. Por isso, o trabalho em

equipe pode se apresentar de duas formas, conforme relata Fleck (1986: 145):

pode ser simplesmente aditivo (cooperar para um projeto ser executado facilitando os meios para ser atingido, dando apenas um apoio), ou pode ser um trabalho coletivo propriamente dito que consiste em criar, mediante o esforço conjunto uma estrutura especial que não é igual a soma dos trabalhos individuais, mas comparável ao... atuar de uma orquestra.

Com base nessa afirmação, questiono: em que nível as interações entre profissionais e alunos têm se processado? Os depoimentos mostram aspectos positivos, sobretudo, na postura de confiança e respeito aos alunos, considerando a existência de uma relação entre indivíduos com o mesmo nível intelectual. Mas seria possível generalizar esta manifestação para outros profissionais que não são enfermeiros? Fleck (1986: 153) nos alerta:

se entre dois indivíduos do coletivo há uma relação de superioridade ou inferioridade mental, então não há propriamente uma relação entre indivíduos... de um lado há confiança e de outro dependência... se trata de dois membros com o mesmo nível mental, então se dá um certo sentimento de solidariedade intelectual a serviço de uma idéia supra-pessoal... que causa uma atitude comum...

Reconheço que as interações, as trocas de experiências, entre profissionais e alunos, encontraram no EPP uma dinâmica mobilizadora, que apesar de estarem numa escala inicial, podem estar permitindo o desenvolvimento de uma **consciência coletiva**, possibilitando alcançar níveis de interações intra e intercoletivas autênticas. E isso, segundo Fleck (1986: 153), ocorre quando:

há confiança nos iniciados e solidariedade intelectual na mesma categoria e estão a serviço da mesma idéia... são forças sociais orientadas ao mesmo fim que criam uma atitude

especial comum e que dão aos produtos intelectuais uma solidez e impregnação estilística cada vez mais forte.

Reconhecer como as interações estariam se processando, e o que esperamos alcançar com elas, torna-se necessário, para nos orientarmos em direção a essa perspectiva de simetria, de confiança e de **solidariedade intelectual**, podendo converter-se em realidade.

Na continuidade do estudo, perguntei às enfermeiras se a experiência com os alunos do EPP se refletia em seu trabalho e de que forma.

Elas assim se manifestaram:

... sim, eu aprendi muito com os alunos... ele te faz crescer muito... faz rever alguns valores e postura tua... ele é muito crítico e até dá uns toques e isso é super-importante... fica também uma relação afetiva muito boa (EO 3).

... sim, o trabalho do aluno foi muito bom, pois em função dele criamos uma ficha de entrada de pacientes novos e perguntamos o que o paciente sabe sobre sua situação e já se presta algumas orientações de início que são continuadas posteriormente... sistematizamos esse processo em função do trabalho iniciado pela aluna... aprendemos e melhoramos nosso atendimento (EO 4).

... tenho refletido muito, tenho aprendido muito... esse gosto pela pesquisa, de estar buscando, criando, é devido a eles, porque eles me levaram a isso... me questionavam muito e também me enriquecem... (EO 7).

... obriga a gente a se reciclar... serviu também para me tornar mais calma, mais humana, para orientar melhor minha equipe... aprendi muito com eles e isso ajuda na nossa relação e na melhoria da qualidade do serviço prestado (EO 8).

Os relatos sinalizaram contribuições muito interessantes, “obrigando” as enfermeiras orientadoras a se capacitarem, se reciclarem, a reverem posturas e valores. Sentiram-se motivadas a continuarem projetos, incrementarem ações que foram introduzidas pela presença do aluno nos serviços. O aluno foi visto como um **motivador**, alguém que lança desafio, é

muito crítico, que traz coisas novas, que vem para somar e contribuir com a melhoria da qualidade da assistência prestada.

O reflexo dessa experiência possibilitou visualizá-la sob dois aspectos, **um apoiado no estímulo à busca, à criação, à pesquisa, como possibilidade de produzir algo, e outro, ainda assentado na percepção, no re-pensar, sem o arrojo da mudança, da superação.** Entretanto, podem representar um ponto de partida, pois algumas evidências, tais como mudanças pessoais, no sentido de calma e humanização, foram explicitadas, o que vem corroborar a idéia da existência de uma práxis reflexiva, motivada pela interação com o aluno no EPP.

Ao finalizar o questionamento com as enfermeiras, abri igualmente espaço para sugestões, críticas ou complementações que julgassem oportunas. De um modo geral, falaram da importância "capital" do EPP, como oportunidade ímpar para adquirir segurança e postura profissional, tanto do ponto de vista da especificidade profissional entendida como padrão, assim como da flexibilidade, **do tentar ir além da regularidade.**

... o EPP é muito bom, exige da gente, é uma responsabilidade, mas é muito gratificante... Acho que na orientação escrita do projeto e do relatório é preciso mais tranquilidade, porque o aluno está muito angustiado e inseguro... essa parte é preciso rever no Curso (EO 1).

... a minha sugestão é que a supervisão tivesse experiência na área, ou conhecesse melhor, se inteirasse da unidade para dar uma melhor orientação para os alunos. Eu acho que o professor poderia dar mais para a unidade, para o enfermeiro assistencial, como trabalhos, sugestões, melhorias, em troca pelo campo que ele usa. O docente precisa conhecer mais a nossa realidade (EO 5).

... o EPP é uma oportunidade ímpar para o aluno... eu acho que poderia melhorar essa contribuição que o aluno está dando para a unidade, de batalhar junto o orientador, o supervisor, a coordenação de estágio para que algumas coisas se

conseguisse implantar, que tem o esforço do aluno, orientador, professor, funcionário e pacientes, inclusive com pesquisas e que não se consegue implantar... algo que deveríamos encontrar uma maneira de reverter isso aí (EO 8).

... não dá para ficar sem o EPP na formação do enfermeiro, isto está claro... é possível melhorar a experiência capacitando melhor todos os envolvidos, espero que isso realmente possa acontecer (EO 10).

As sugestões das enfermeiras orientadoras foram extremamente pertinentes, seja do ponto de vista mais individual, solicitando uma espécie de contrapartida pelo trabalho desenvolvido, como do ponto de vista coletivo, no sentido de continuidade do trabalho acadêmico fomentando estudos, pesquisas, ações, com um vínculo mais permanente e amplo, de forma a **incorporar essas mudanças no cotidiano dos serviços** e, para que isso pudesse se desenvolver, estratégias deveriam ser criadas, como, por exemplo, grupos de pesquisa, grupos de trabalho e estudo, etc.

Outro destaque foi dado à **revisão curricular**, tanto no que se referia a uma **melhor capacitação de todos os envolvidos**, oferecendo condições para que o EPP se desenvolvesse de forma mais tranqüila e menos angustiante e, sobretudo, que a formação e o trabalho nos serviços de saúde procurassem **trabalhar com o referencial saúde e não com doença**, com a promoção da saúde e não com a prevenção da doença. Esse repensar sobre o currículo proporcionou, através da análise dos depoimentos, perceber que não se trata só de uma mudança de modelo, do ponto de vista científico, mas, essencialmente, uma mudança no modelo das relações sociais, das questões humanas.

5.6 - A interlocução com as Professoras Supervisoras (PS)

Passo, a seguir, a tratar da análise do grupo de sujeitos composto pelas **professoras supervisoras (PS)**. Ao todo, foram onze (11) professoras que participaram da investigação, tendo elas orientado diversos alunos, a maioria mais de seis (6), em diferentes áreas de abrangência, seja em hospitais ou saúde pública, contemplando aspectos de saúde individuais e coletivos, independente do local de estágio.

Na primeira questão, solicitei às professoras que relatassem como elas qualificavam o EPP. Foram unânimes em apontar o EPP como uma experiência indispensável, fundamental, um momento pedagógico de aprendizado intransferível e inigualável, oportunidade para o aluno realizar uma síntese do que ele viveu no curso e exercitar o papel do profissional enfermeiro, levando uma proposta de trabalho para a instituição de saúde, ainda com o apoio do professor e do enfermeiro orientador. Relataram que o EPP trouxe um movimento para dentro do Curso, que mobilizou até para a necessidade de qualificação dos docentes e enfermeiros do campo. Ressaltaram-no como **algo que mudou o perfil do aluno**, ficando ele mais crítico, mais comprometido e mais preparado para atuar.

Essa experiência, segundo as professoras, possibilitou conhecer outras realidades, diferentes serviços, promovendo um crescimento, um avanço pedagógico, um amadurecimento para o aluno e para os outros integrantes.

Dois depoimentos se salientaram, um deles relacionado à experiência do EPP, como **fomentadora de mudanças**, respaldada na prática docente de

alguns professores, que distantes dos referenciais conservadores (tradicionais), conseguem orientar alguns alunos, propondo a revisão de conceitos, apresentando metodologias alternativas e mudando aspectos operativos na prática, no entanto, considera que o EPP ainda não tem o vigor de reorientar o ensino e a assistência agora. Vê como uma "brecha", uma possibilidade. O outro depoimento explicita mais credibilidade na experiência do EPP, ressaltando que o mesmo constitui-se um momento de reflexão do aluno, fazendo com que ele consiga partir para uma nova etapa, deixando de ser aluno e começando a sentir (experimentar) o que vem a ser um profissional. Essa professora sente no EPP a possibilidade de dar um avanço no modelo de formação, pois as propostas de estágio, em sua maioria, se revelam comprometidas com uma enfermagem mais avançada. O EPP tem lançado um profissional mais atuante na sociedade, um educador, uma pessoa comprometida com a realidade da população. Entretanto, também chama a atenção **que essa experiência difere** das demais dos semestres anteriores do curso, percebendo que as pessoas dão um sentido diferente, **mais ousado** ao EPP, colocando a necessidade de se realizar um "gancho", uma reflexão dessa situação com os docentes dos semestres anteriores. Vejamos algumas falas:

... eu caracterizo o EPP como indispensável para que o aluno consiga ser um profissional... além da tomada de decisões ele fica independente... amadurece... busca fundamentação teórica para sua prática... (PS1).

... a idéia que eu tenho do EPP é que é um momento de experiência pré-profissional que o aluno vai ter... levando uma proposta de trabalho para a instituição de saúde... com um respaldo acadêmico ainda... (PS 6).

... é uma experiência excelente tanto para o curso quanto para o aluno... fez com que a gente amadurecesse enquanto docente... as relações com os diferentes serviços... passam a ser ampliadas... é um dos maiores ganhos como Escola que a gente tem (PS 7).

... vejo como algo muito interessante, que dá um bom preparo para os alunos como para nós... nos coloca frente a outras realidades (PS 9).

Através destes exemplos, pode-se perceber uma qualificação para o EPP dentro de moldes regulares, haja vista considerarem a experiência como promotora de espaço para o exercício e a afirmação de posturas e funções profissionais que o enfermeiro deve apresentar, ou seja, a práxis desenvolvida tornar-se-á, uma práxis reiterativa. Já nas ilustrações que se seguem, encontrei subsídios que permitiram evidenciar uma qualificação para o EPP mais **ampliada**, possibilitando o exercício de uma práxis reflexiva.

... é algo que mudou o perfil do nosso aluno, ficando ele mais crítico, mais comprometido com seu papel... mais preparado... trouxe benefício para todos que estão envolvidos e que assumiram seus papéis... é uma experiência riquíssima... não dá para voltar atrás (PS 3).

... o EPP é um momento pedagógico de aprendizado intransferível e inigualável, porque é o momento em que o aluno vai fazer uma certa síntese de tudo o que ele viveu... reorganizando esses conhecimentos de uma forma mais concreta... momento essencial, promotora de crescimento para o aluno, para o profissional do campo, para o serviço e para o professor... permite resgatar, pensar e inovar... (PS 4).

... este estágio para o nosso curso é essencial... vejo como uma etapa fundamental não somente para complementar a formação, mas vejo como uma coisa a mais, um avanço. É o momento para se resgatar falhas e avançar mais ainda. O aluno pode testar, sentir o potencial que tem e descobrir sua capacidade criativa... nos níveis técnico e emocional e de relacionamento... considero o grande momento do aluno no Curso... representou um grande avanço no nosso Curso... hoje a gente vê diferenças na postura profissional do aluno, na maneira dele se colocar, do equilíbrio na forma de se comunicar e sobretudo de se relacionar com as pessoas... este estágio oportuniza para o aluno dar um salto de qualidade (PS 8).

A partir do relato do que pensam sobre o EPP, as professoras, relataram como têm orientado os alunos, aliás de forma muito semelhante. Todas revelaram que a primeira providência é ter conhecimento do desejo, das

expectativas, da proposta ou idéia de trabalho do aluno, para, em seguida, questioná-lo sobre o contato com as pessoas da área e local onde irá desenvolver seu trabalho, procurando associar os dois interesses (o do aluno e o do serviço). Propõem o início de um processo de leitura, redação dos objetivos, justificativa, revisão de literatura, metodologia do trabalho, considerando esse um movimento de contínuo "vai e vem", discutindo, melhorando a proposta de forma que seja viável, buscando um avanço, uma **contribuição para além do que o campo oferece**. Duas professoras destacaram um momento inicial, fazendo com que os alunos retomassem os trabalhos de colegas que exploraram a temática de interesse, como forma de avançar, tendo em conta a explicitação das limitações anteriores e o planejamento de novas estratégias ou modelos. Além disso, propõem um exercício de reflexão sobre o que ele pretende, o que pensa da Enfermagem e o papel do profissional enfermeiro, bem como a necessidade dele se comprometer, acima de tudo, com o EPP dele. A relação estabelecida com o aluno no EPP é vivenciada pelas professoras, de um modo geral, como um momento de aprendizagem, crescimento, companheirismo, cumplicidade, de troca de experiências, de muito compromisso e responsabilidade. Há um **envolvimento** de apoio emocional e não apenas didático-pedagógico. A contribuição não é só com o projeto do aluno, mas com todos os envolvidos.

Através das declarações, evidenciou-se claramente uma posição voltada para o fortalecimento do núcleo regular, conferido ao padrão profissional do enfermeiro, mas, também, envolvido por uma periferia difusa, permitindo a construção de propostas de trabalho que extrapolem o modelo convencional de atuação, criando, inovando.

Entretanto, quanto a este avanço na orientação, nem sempre fica explicitado o quanto ele inova, modificando a habitualidade da prática dos serviços. Contudo, representa uma tentativa de reconsiderar o cotidiano dos serviços contribuindo nesse espaço, com projetos viáveis e também criativos.

... a primeira coisa que eu tento ver é o que ele quer, o que ele deseja, segundo que ele busque junto à instituição que ele escolheu, o que ela também quer... com essas duas situações sentamos, conversamos... ele começa escrever, clareia seus objetivos... ele tem que saber o que ele quer e tem que assumir o que ele quer... geralmente os objetivos são maiores do que a instituição normalmente está fazendo,... e é assim... um processo contínuo entre o escrever, estar na instituição, discutir com a professora e a enfermeira orientadora e aplicar... (PS 1).

... eu procurava saber em primeiro lugar qual era o objetivo, porque ele buscava este tema, quais eram as pretensões dele com isso e o que ele pretendia futuramente com este trabalho... outra coisa que eu questiono é sobre qual a contribuição do trabalho dele para a instituição... para melhorar ou orientar o trabalho do enfermeiro e da equipe de saúde... é nessa linha que eu procuro trabalhar com o aluno (PS 3).

... o aluno chegava e trazia algumas coisas de vivências e uma idéia do que ele gostaria de trabalhar. Sempre foi meu processo de trabalho com ele, que ele voltasse e retomasse alguns trabalhos que já tinham explorado essa temática ou até essa proposta, eu achava, e continuo achando que eles têm que sempre avançar, quer dizer, se o aluno do estágio anterior foi até um aspecto, apresentou as limitações do trabalho, esse novo aluno tem que avançar, principalmente e necessariamente se for no mesmo campo de trabalho (projetos que dão continuidade). A partir desses contatos iniciais, ele começava a escrever e trazia o material para a gente dar uma olhada, e aí a gente agendava na medida da necessidade as reuniões com o enfermeiro do campo e fazíamos então, os contatos para que as coisas andassem bem e sempre que havia problema, orientava os enfermeiros que nos procurassem para acertar algumas coisas (PS 4).

... eu procuro, nas minhas orientações, que o aluno, realmente, consiga expressar aquilo que ele quer. Porque, às vezes, ele não consegue fazer isso, é difícil, é um exercício dele se comprometer com os ideais dele, com os interesses e valores dele. Na primeira conversa eu pergunto: o que tu pretende? O que tu pensa da enfermagem? Então, minha orientação inicial é uma reflexão muito grande, e agora chegou no final do curso, com que valores? O aluno precisa, no 8º semestre, colocar em prática, o desejo, o interesse, a expectativa, o sonho dele, a proposta dele. A minha experiência na orientação com aluno, tem sido de refletir com ele, dele se comprometer acima de tudo com o que ele quer (PS 5).

... tentava ver o que eles pretendiam fazer no estágio. E, a partir dali, eu já procurava nortear o caminho, onde eles iam desenvolver, claro que sempre procurando respeitar as idéias e as propostas deles, mas tentando firmá-las, para que elas fossem viáveis e dentro, também, de uma construção positiva para eles (PS 6).

A forma de orientação apresentada pauta-se, em princípio, na valorização e consideração do desejo, sonho e idéias dos alunos. **Não há evidência de uma orientação dirigida, ou seja, prescritiva.** Aparece uma certa conduta mais ou menos uniforme de ouvir o aluno, solicitar que conheça e traga as necessidades do serviço/instituição, no qual irá executar seu projeto, além de fundamentar-se na literatura e discutir com a enfermeira orientadora, e com o professor. Há um incentivo (quase uma norma) para que ele contribua com o serviço, através de uma proposta que incremente a rotina da prática ali desenvolvida. Se esse ritual estiver sendo envolvido pela **análise crítica da realidade**, acredito ser possível conferir ao aluno uma experiência que lhe permita um despertar para uma maior consciência do seu papel, dos seus potenciais e dos desafios que irá enfrentar, no cotidiano profissional.

Em correspondência dessa questão, lancei a seguinte, perguntando às professoras quais eram as atividades priorizadas por elas, na orientação.

As manifestações puderam ser agrupadas em diferentes segmentos, tendo em vista a amplitude das atividades que foram priorizadas. Encontrei relatos mais associados à mentalidade do reforço do dever profissional que, apesar de não explicitarem uma rigidez de pensamento, podem demonstrar a existência de dificuldade para que o aluno amplie sua ação e não se restrinja ao fazer profissional exigido pelo mercado de trabalho.

... uma das questões essenciais é de que o aluno se preocupe em deixar sua marca no serviço, na instituição que desenvolveu seu EPP. Acho que esse é um mínimo de compromisso que ele pode deixar como contribuição dele. Tem um dado também que eu costumo frisar muito com eles que é a postura, o comportamento dele, dentro da seriedade, do compromisso do serviço dele, das relações interpessoais que ele vai estabelecer (PS 3).

... priorizo, o falar a mesma linguagem que o orientador (o enfermeiro do campo)... eu acho um ponto chave que tem que ser priorizado, se no momento nós não priorizamos a ligação efetiva com o enfermeiro do campo, é o aluno que sofre e o reflexo é claro, aparece no trabalho do aluno (PS 7).

Um outro conjunto de relatos apontam como prioridade o desenvolvimento de **atividades regulares do profissional enfermeiro**, acrescentadas de outras que vão além dessa rotina.

... a realização de objetivos realmente exeqüíveis, sem perder de vista aquela perspectiva maior de atingir um outro aspecto de maior mudança, mas que só no processo ele vai poder ver se realiza, atinge e em que medida (PS 1).

... a proposta que eu sempre fiz para os alunos é assim: propor alguma coisa nova para o campo dentro das necessidades do campo e do aluno, mas desenvolver todas as habilidades técnicas relacionadas que ele possa... a nossa proposta estava sempre baseada no fazer sim, reforçando as habilidades, o ser, ou seja, agora essa nova tentativa de postura profissional, se sentindo enfermeiro, responsável por suas atividades e a inovação, a capacidade de trazer uma idéia nova, viável e implantar para atender algum problema, ou algum questionamento, para reforçar algum aspecto que estava deficiente na unidade (PS 4).

... eu sempre pensava que o aluno deveria atuar como enfermeiro em geral... mas não priorizasse a doença, e sim as pessoas... Tinha a preocupação de um trabalho que trouxesse benefícios à clientela e instituição e que tivessem um cunho inovador (PS 6).

... uma coisa que eu deixo claro, que a rotina do serviço onde elas estão atuando elas não vão poder fugir, mas que elas têm que mostrar alguma coisa diferente, que é nisso que vai reverter o sucesso do trabalho delas. O "feijão com arroz" elas dominam... elas também, têm um tempo hábil para se ambientar, mas o que elas vão dar além disso, de mostrar um posicionamento, uma postura àquele serviço, é isso que eu puxo, naqueles objetivos do projeto que ficam no meio das tarefas normais (PS 9).

Em um terceiro grupo, os relatos expressaram fortemente uma postura que primava, acima de tudo, pela reflexão e criação de ações possibilitando ao aluno o **exercício de uma práxis reflexiva** e, em algum momento, até de uma práxis transformadora.

... porque eu vejo assim, aqueles que derivam para a Saúde Pública na realidade eles não estão inadvertidos quanto a questão social. Agora, porque eles despontaram para isso? Eu fico pensando, será realmente porque eles não estão desapercebidos desta questão, e porque estão querendo se comprometer com estas questões? E aí você me perguntava se eu priorizava algum aspecto na orientação. Eu sempre priorizo atividades, ações que tenham impacto na morbi-mortalidade (infantil). Esta é a minha maior preocupação. É minimizar estas questões sociais, estar atento para isso e até para consolidar o modelo de saúde que está apregoado na Constituição (PS 2).

... o que eu priorizo sempre é que ele vai ter que fazer um trabalho novo, alguma coisa inédita, que ninguém ainda tenha feito lá. Eu começo a apresentar sugestões. Eu realmente priorizo é isso: que esta é uma etapa em que tem que haver coisas inovadoras (PS 8).

... eu acho que é fundamental para o aluno do EPP conhecer as experiências que já aconteceram no campo que ele vai atuar. Resgatar aquilo que os colegas fizeram, o que foi bom, o que não foi e partir daí. Porque se não fica aquele negócio de todo mundo que vem pensar que inventou a roda, enquanto na verdade ninguém inventa a roda assim. Eu noto que isto não tem sido uma prática comum. Isso, para mim, é uma coisa fundamental. Outra coisa que eu considero fundamental é a questão da autonomia. Que eles busquem de fato, independente de normas, de regras... Da vida profissional inteira da gente é um objetivo buscar ser um profissional voltado para as necessidades de quem a gente assiste... Com esse respaldo, ele pode ir a todos os lugares, conquistar todas as fronteiras e buscar o que ele quiser... o que ele acha que é importante ser conquistado (PS 10).

Na apresentação dessas diferentes abordagens, foi possível perceber uma tentativa de superação do modelo tradicional da prática de Enfermagem, para um modelo mais flexível, mais contextualizado, levando em consideração a pessoa do cliente como um sujeito, o compromisso com a prática social e com ações que produzam resultados, nesta lógica (social-humana-ética). Outro destaque, que julgo muito importante, diz respeito à **busca de autonomia**, a que se refere uma professora supervisora, **como sendo exercício de busca, de reflexão, de conscientização**, para além das normas e rotinas do dado e do previsível. Buscando, tentando, experimentando um

comportamento, no qual a **flexibilidade** permite superar e superar-se, abrindo, ultrapassando ou rompendo limites e fronteiras. Se esse exercício é possibilitado no EPP, na formação acadêmica, estaremos certamente a caminho do novo modelo profissional que queremos. Neste momento, mais uma vez, abriu-se a perspectiva de pensar na **zona fronteiriça**, ou seja, na questão da mudança, no trato e consideração das relações interpessoais. Essa mudança de comportamento, e conseqüente estilo de pensamento, produzindo novos conhecimentos, iniciaria com a **mudança nas relações sociais humanas**. Essas não estariam revestidas apenas de cordialidade, mas impregnadas de um sentido ético, cultural, histórico, exercido com base no respeito à **diversidade dos saberes** e na valorização e incorporação do **princípio interativo**, como determinante de avanços de toda a ordem.

Na seqüência, perguntei às professoras o que elas faziam, quando precisavam de ajuda na orientação do aluno. Elas revelaram que buscam apoio na literatura, procuram alguma pessoa que entenda mais da área, ou uma colega e, igualmente, a comissão de estágio.

Se as dificuldades eram relacionadas ao aluno no campo de estágio, procuravam dialogar com a enfermeira orientadora e com o aluno. Fica bem claro a **busca do diálogo** e o compartilhar da dificuldade, buscando a resolução para a mesma. As professoras assim se expressaram:

... busquei material com a colega que é da área... pois quando não é da área da gente é muito mais difícil... (PS 1).

... em primeiro lugar procuro o orientador... conversamos então com o aluno... (PS 3).

... o caminho é sempre esse, voltar com o enfermeiro do campo e com o aluno e conversar... se as coisas não se resolviam devidamente... conversávamos com a comissão de estágio...

busquei aliados, fui estudar, ler... (PS 4).

... a questão metodológica eu sempre buscava junto à Comissão de Estágio... buscava alguma literatura quando havia dúvida quanto a um conteúdo... e conversas com o aluno e o enfermeiro orientador (PS 6).

... tento em primeiro lugar resolver as coisas com o aluno, e desde o início uma das coisas que eu priorizo, que eu coloco para ele, é a questão da comunicação, da fraqueza, do diálogo que deve ser permanente dele, não só comigo, mas com o enfermeiro orientador... que todos os problemas tentem ser resolvidos pelo diálogo... Quando eu tenho alguma dificuldade, eu vou procurar ajuda de alguém, da comissão de estágio, de maneira informal também procuro por outros colegas que tenham experiência, que já tenham orientado, ou que está passando pelo processo, e a gente tenta daí ver porque na verdade ninguém tem "receitas" de como fazer (PS 11).

As interações realizadas envolvem diretamente os pares mais próximos. Não há referência de busca de ajuda junto a outros membros da equipe multiprofissional, revelando a "fragilidade", ainda, nesse tipo de integração.

Questionadas sobre as atividades exercidas pelos alunos no EPP, se desenvolvem comportamentos profissionais e quais comportamentos seriam, todas as professoras afirmaram que sim. Dentre os comportamentos destacaram: responsabilidade, compromisso ético profissional, postura de envolvimento e posicionamento baseado na fundamentação teórico-prática.

Nos depoimentos das professoras quanto a este aspecto, o círculo de regularidade profissional se faz presente, mas o percebo de uma forma mais aberta, com um espaço de flexibilidade bastante forte, em parte, possibilitado pelo nível de consciência e reflexão evidenciada na construção da proposta de trabalho com o aluno. Esses comportamentos, possivelmente, correspondem aos comportamentos "requeridos" pelas professoras enquanto fomentadoras da formação profissional do enfermeiro.

As declarações revelaram que as professoras estão preocupadas e sentindo-se, igualmente, a meu ver, comprometidas, envolvidas com o cotidiano da prática dos serviços e, ao mesmo tempo, lançando-se, cada uma conforme seu grau de entendimento, ao desafio de orientar a construção e o desenvolvimento de práticas profissionais que **ultrapassam o fazer e o acontecer rotineiro dos serviços.**

Vejamos o que elas expressaram, a respeito dos comportamentos profissionais desenvolvidos pelos alunos no EPP, ou seja, comportamentos, a *priori*, ensejados pelas mesmas.

... sim, é um comportamento profissional de compromisso, de responsabilidade... ele tem certa autonomia, porque ele teve que estudar sobre seu tema, teve que escrever, teve que buscar... e ele tem consciência que terá que "prestar contas" (relatório)... isso faz amadurecer... (PS 1).

... sem dúvida a postura, o compromisso, a seriedade, o respeito... ele se enxerga como futuro profissional e sente que o trabalho dele tem valor e não é apenas para cumprir o currículo... a relação com o paciente, esse lado humanista, educativo e não só automatização das ações, a observação e a avaliação... (PS 3).

... eu acho que eles desenvolvem comportamentos sim, de autonomia, de liderança, de auto-estima profissional (tem um pouco mais de consciência de que é capaz disso e não é capaz daquilo) e de habilidade técnica... (PS 4).

...o compromisso profissional (essa postura de se envolver), a responsabilidade com o trabalho que eles assumiram, eles se tomam independentes do professor e se comprometem... assumem a atitude deles, numa atitude profissional... se envolvem com a equipe, começam a integrar-se, são críticos mas começam a participar, eles não olham o processo de fora, eles começam a fazer parte dele (entram nele)... é um trabalho que eles fundamentam, mas ainda é possível avançar mais, porque é mais cobrado no EPP, então é preciso aprofundar anteriormente... (PS 5).

... para mim o primeiro comportamento profissional que o aluno desenvolve é a busca da fundamentação, que no projeto já começa a se definir. Coloca-se para o aluno a situação de que não basta fazer, mas é preciso saber o que está fazendo, como é que está fazendo e por que está fazendo, o que o leva a fazer e com que objetivo. O aluno desenvolve esta habilidade

de construir um projeto para alguma coisa, de dividir com outra pessoa a sua vontade, ou com outras pessoas, no caso o supervisor, o orientador, como é que ele pode fazer, como é que se viabiliza... já um comportamento profissional que eu vejo não estar tão valorizado e que eu considero também fundamental é a questão da avaliação do seu trabalho, que ele tivesse realmente condições de ver até onde ele queria ir e até onde ele chegou. Um comportamento negativo que eu acho que se desenvolve no aluno é este de fazer de uma hora para outra... e se sente de repente com uma tarefa pela frente... e vez de ser uma coisa prazerosa passa a ser uma coisa sofrida e isso marca o aluno... (PS 10).

Em correspondência a essa questão, solicitei às professoras o reconhecimento de um padrão de comportamento profissional como característico do aluno do EPP. Os relatos destacaram:

... está sendo marcante este viés da solidariedade, da sensibilidade racional, porque permite pensar e intervir (PS 2).

... postura profissional... mais auto-confiantes, maior conhecimento prático e teórico, mais voltados para a pesquisa... eles conseguem discernir e perceber o porquê das coisas... (PS 3).

.. observei nos meus alunos que aqueles que saem de Santa Maria... são muito mais estimulados, pressionados a crescerem em todos os sentidos... os comportamentos de autonomia, de liderança e auto-estima que ele se sente mais ágil para... são muito mais expressivos porque eles crescem pessoalmente... aí aparece ainda mais no trabalho, porque não dá para dissociar o profissional do pessoal (PS 4).

... eu acho que todos mudam sua postura no final... pelo menos em relação a esse compromisso profissional... se sentem enfermeiros... eles se aprimoram à nível de redação, também, principalmente aquela capacidade de expressão, quase todos aprendem a fazer pesquisa... a mensagem que eu tento sempre passar para eles é essa: que nunca sejam enfermeiros que cheguem no plantão, cumpram apenas a tarefa e vão embora, que eles procurem qualificação, que é o que para mim motiva a gente na profissão (PS 8).

Através destas manifestações, percebe-se que o padrão comportamental evidenciado está fortemente assentado na **responsabilidade, compromisso e ética profissional** frente ao trabalho proposto e desenvolvido

numa realidade concreta. Em geral, as ações propostas pelos alunos e orientados pelas professoras, além de se revestirem de **um padrão profissional específico** (da enfermagem) buscam integrar práticas que superem a rotina dos serviços, procurando uma atuação mais refletida, mais contextualizada, mais humana e educativa. Desta forma, é possível inferir que esse padrão comportamental desenvolvido no EPP oferece espaço para o **exercício do ver formativo**, conquanto se apresente em um estilo de pensamento mais flexível, tendo em vista a disposição para a percepção orientada e para a elaboração correspondente sobre o percebido. Assim, pode se constituir em padrão comportamental profissional mais rígido, inflexível, ou, ao contrário, mais flexível, permeável à superação de fatos, conhecimentos, práticas, valores, métodos, isto é, mudança do estilo de pensamento. Parece haver, na fala de algumas professoras, **uma disposição muito forte para a mudança**, a superação. Neste sentido, questionei quais os comportamentos que elas consideravam padronizados na profissão, que conferiam regularidades e, quais os que conferiam autonomia para o profissional enfermeiro.

Como **comportamento padronizado** na profissão, foi considerado o desenvolvimento das técnicas, a administração da unidade, as rotinas do dia-a-dia, um comportamento mais automatizado, centrado no estereótipo de que o enfermeiro dá conta de tudo, domina tudo. Esse comportamento não abre caminho para uma valorização e, conseqüentemente, não leva para uma autonomia. Os comportamentos que conferem **autonomia** foram apontados como o conhecimento, o embasamento teórico para sua prática, através de uma atitude reflexiva, discutida e sistematizada (organizada).

A pesquisa, a educação continuada, a administração da assistência, a capacitação profissional, a abertura para novos tipos de prática pedagógica, novas tecnologias, criatividade, qualidade do cuidado (não meramente técnico ou mecanizado), enfim, um cuidado sistematizado profissional. Parece depender do modelo teórico-prático utilizado o caminho da estagnação no padrão, ou por sua ampliação, sem desprezar o padrão, mas recolocando-o numa dimensão ética, crítica, criativa e refletida à luz do conhecimento científico, social, histórico. As manifestações dão conta de que:

... a regularidade são as atividades operacionais rotineiras do dia-a-dia do enfermeiro, necessárias, passando pela humanização e a educação continuada no cotidiano... um trabalho em equipe, participativo, crítico e criativo... esse pode ser o caminho para a autonomia (PS 4).

... ainda é gritante esse trabalho assistemático, de "apagar incêndios"... vislumbro a possibilidade de evolução na capacitação dos profissionais... quando se despertarem que a autonomia precisa ser buscada por cada um e pelo coletivo... (PS 5).

... eu acho que padronizado hoje, ainda é a administração dos serviços... a administração da assistência, dá uma autonomia profissional e dá uma definição de espaço enquanto profissão... (PS 7).

... o que padroniza é a habilidade técnica que é exigida... a organização da unidade... são exigências e todos têm que saber fazer muito bem... além disso é possível criar grupos de orientação e de apoio com pacientes, familiares... educação continuada com a equipe de enfermagem... uma qualificação contínua... o enfermeiro também tem que ser pesquisador... isto motiva ele para algo novo... conseqüentemente é valorizado... até por outros profissionais... outra diferença está no relacionamento com o paciente... não pode ser uma relação meramente técnica... deve-se procurar sempre olhar o paciente de uma forma global (inteira) e não em partes... é preciso trabalhar, explorar esta questão... Então é a questão global do paciente, o emocional, a informação, o espiritual, o recreacional... Explorar estes pontos é que vai realizar e valorizar o enfermeiro na sua profissão (PS 8).

... quanto ao comportamento do padrão profissional a gente tem um estereótipo de que o enfermeiro dá conta de tudo, faz tudo se preocupa com tudo e todos, domina tudo e acha que tem que ficar com tudo, se cobra demais, não se permite

falhas. Esse não é o caminho para a autonomia... é preciso ter segurança do que tu sabe e ter humildade de procurar o que tu não sabe. Talvez se esteja em frente de uma perspectiva de uma certa mudança de cobrança de mercado, os hospitais estão aparelhados, mas sem dinheiro, e o dinheiro está com a saúde pública, os municípios. Eu acho que vai se cobrar da enfermagem um maior posicionamento político, crítico, o que essas nossas alunas já têm agora na formação... e já estão estudando políticas de saúde desde cedo, estão se posicionando mais frente as situações... e aí reside nossa diferença profissional daqui a um tempo... para autonomia é fundamental a capacitação, a abertura para novos tipos de ensino, novas tecnologias, estar por dentro do mercado, não achar que só se é bom profissional se cumprir com as rotinas do cotidiano, é preciso ir além. Usar a criatividade, ser diferente e a tecnologia e a globalização podem ser caminhos para fazer diferente (PS 9).

Encontrei, nesses depoimentos, semelhanças com os relatos dos outros sujeitos envolvidos nesta investigação, assim como a produção de novos conhecimentos e diferentes ações, considerando-os a partir das **proto-idéias**.

A ênfase na pesquisa como promotora de conhecimentos e valorização profissional, a "tradução" de conhecimentos de outras áreas, na direção de uma relação global com o paciente, família, equipes, foram aspectos destacados por algumas professoras que correspondem aos enunciados de Fleck (1986). Ainda, no entender de Fleck, a circulação intra e intercoletiva de pensamento, como já referida em passagens anteriores, constitui um dos momentos mais profícuos para a produção e inovação, de um conhecimento. Essa circulação é possibilitada pelas **interações** que são efetivadas nos e entre os **coletivos de pensamento**. Nessa direção, perguntei às professoras se consideravam que no EPP havia espaço para troca de experiências entre profissionais e alunos.

A **troca de experiências** entre alunos e profissionais no EPP foi

considerada como o **próprio sentido do estágio**, que ele só se completa dessa forma. É uma possibilidade de crescimento, renovação e interações. As principais trocas se deram na relação professor-aluno, mas se estenderam para a troca de experiência com a equipe, entendendo que a proposta de trabalho dos alunos só se efetiva com êxito, se houver uma integração com ela. Mesmo sendo considerado como o momento em que o aluno tem todo o espaço para realizar essa troca, há diferentes graus de interações, que dependem muito das relações estabelecidas do grupo de pessoas que aí trabalham. Dos membros de diferentes equipes de saúde, algumas professoras supervisoras relataram ser o médico o que tem maior resistência, pelo receio de se envolver no trabalho, na nova proposta.

Com relação à **integração docente-assistencial**, muitas professoras colocaram que o EPP é uma estratégia para melhorar essa situação e asseguraram estar acontecendo uma maior aproximação, embora não suficiente. A troca tem favorecido o maior conhecimento das diferentes realidades, o trabalho do docente e do enfermeiro assistencial. Uma observação chamou atenção, quando a perspectiva da troca de experiência relatada por uma professora tem o sentido da **construção coletiva do conhecimento**, e não só interprofissional, mas o advindo do próprio senso comum associado à clientela, respaldando novas experiências, trazendo-o para a academia e daí sendo devolvido à clientela. Essa lógica foi denominada de inovativo-criativa pela professora. A busca de **parcerias** também foi enfocada como uma forma de valorizar o saber e enriquecimento de conhecimentos. Nesse perspectiva, o EPP, com seus alunos, faz a aproximação entre a instituição formadora e a instituição de serviço e, nessa troca, há muito

aprendizado teórico-prático e de múltiplas dimensões, ou seja, humanas, teóricas, éticas, sociais, científicas, culturais, históricas, políticas, econômicas.

Algumas manifestações ilustraram com propriedade esse espaço tão necessário para relações mais efetivas e criadoras de seus conhecimentos novos, evidenciando o que Fleck (1986) denominou de "**incomensurabilidade dos fatos científicos**", ou seja, cada coletivo de pensamento concebe o conhecimento do seu ponto de vista, no caso, parcial, e tais pontos de vista, por sua própria natureza, não podem ser "medidos" ou "valorados" da mesma maneira, o que levou Fleck a considerar a totalidade numa perspectiva de **interação interdisciplinar**. A multiplicidade dessas relações seriam, para Fleck, uma fonte importante de inovação nas ciências e na sociedade.

Os depoimentos das professoras se encaminharam para esta perspectiva.

... eu sempre procurei compartilhar, me canalizar para essas trocas... e estimulando muito o aluno... também temos buscado parcerias com outros profissionais... os elos aumentam e enriquecem os conhecimentos... e a troca ela tem o sentido da construção coletiva que não é só interprofissional, mas são conhecimentos, por exemplo do senso comum respaldando a tua experiência... é esse o raciocínio que a gente vem denominando de criativo-inovativo... criar a partir das experiências do senso comum... é trazer do senso comum para a academia e devolver para o senso comum (PS 2).

... há, se a gente redimensionar sempre essas dificuldades inerentes ao processo... está carecendo a nível de curso estratégias de mobilização dos professores, dos enfermeiros, dos demais profissionais... talvez aparecer (divulgar) mais os trabalhos... publicar... porque são produções muito consistentes (PS 4).

... porque a cada semestre, cada aluno é um desafio, uma temática nova, a gente tem que buscar, a gente cresce, se troca experiência com o campo, porque são realidades diferentes, situações diferentes, o enfoque do trabalho é diferente, então, a troca de experiência, ela é riquíssima e a gente tem que aproveitar ao máximo isso. É uma possibilidade para a gente se renovar. Todos os alunos têm se integrado,

porque não tem como você desenvolver um trabalho sem interagir com a equipe multiprofissional. Eu acho que é pela primeira vez que ele faz essa interação, porque anteriormente quem faz a mediação é o professor, e agora o aluno precisa ir direto na fonte. Isso é parte do trabalho, é um avanço e é uma troca nova. Os alunos são muito críticos, eles percebem e discutem os problemas que os enfermeiros do campo enfrentam e isso é muito positivo. Eles não vão bater de frente, ter esses enfrentamentos sozinhos, mas com apoio, reflexão e tudo isso é muito positivo. Eles não vão bater de frente, ter esses enfrentamentos sozinhos, mas com apoio, reflexão e muito respaldo, e isso é extremamente positivo (PS 5).

... quanto à integração docente-assistencial, tem falhas neste aspecto, pois poderia haver muito mais trocas. O que une a gente é o aluno, mas é uma coisa momentânea, este elo não é mantido. O que melhora é que a gente começa a conhecer a unidade, valorizá-la, conhecer seus problemas e é o aluno quem nos passa estas informações... Para o docente é muito bom, mas a relação docente-assistencial deve ser melhorada (PS 8).

... sem dúvida, esse estágio só se completa assim. Esta troca só não acontece se as pessoas deliberadamente não querem que aconteça... A gente acompanha e eles vêm a cada dia, ou a cada semana contando coisas diferentes... olha, essa semana eu tive oportunidade de realizar tal coisa, tal funcionário me procurou para isso, eu pude ajudar em tal procedimento, foi bom porque as pessoas viram que eu podia contribuir, agora eles já estão me vendo de outra forma, estão me chamando... Então a gente acompanha o crescimento do aluno na vivência das relações. Porque ele se dá conta que no trabalho dele depois também vai ser assim... E também que ao se revelar as pessoas vão conhecendo, vão respeitando, e no geral a experiência que eu tive de todos os relatos e experiências que eu ouvi, não só das que eu orientei, é de que eles são respeitados. E por toda a equipe, não só pelos enfermeiros (PS 11).

Na continuidade do processo investigativo, foi extremamente importante perguntar se a experiência das professoras com alunos do EPP se refletia no seu trabalho e de que forma.

Elas revelam que a experiência com o EPP repercute diretamente na necessidade de estudar mais, ler mais, refletir mais, pesquisar. Essa experiência faz com que haja uma reavaliação, reflexão e **redefinição de idéias e ações**. Esse estudo amplia o conhecimento, oportuniza o contato com

outras realidades, permite novas descobertas, novas posturas, novas formas de compreender essa realidade do serviço, do trabalho do enfermeiro, do cliente, etc. Efetivamente, essa experiência tem ampliado conteúdos e formas trabalhadas em outras disciplinas de outros semestres, buscando trazer as experiências dos alunos do EPP. Outro reflexo da experiência com o EPP foi a de melhorar a forma de orientação dos trabalhos, no próprio EPP. A cada experiência vai havendo um aprendizado e aumentando a responsabilidade com o aluno. Ainda, uma professora relatou que essa experiência dá uma visão do curso como um todo, inclusive contribuindo para uma avaliação sobre a contribuição de seu trabalho para a formação do profissional, possibilitando melhorar o que não está bom e reafirmar os aspectos positivos. Outra professora (PS2) salientou que seu trabalho junto ao aluno no EPP "*altera o cotidiano dos serviços e a habitualidade das práticas deles*", alterando a qualidade, sem dúvida.

As seguintes falas corresponderam ao exposto:

... tem repercutido em áreas que eu nunca imaginei trabalhar... me obrigou a pesquisar, ir atrás, você se obriga a ler, estudar mais, refletir mais para poder ajudar e sugerir... (PS 1).

... a gente a partir disso, se reavalia constantemente, reflete, se redefine... vai propondo, buscando, inovando... para buscar um novo horizonte. Você precisou experimentar este... o trabalho altera o cotidiano dos serviços e a habilidade da prática deles... no momento não é possível quantificar... mas que altera a qualidade, sem dúvida... (PS 2).

... interfere de forma positiva... a gente amplia mais os conhecimentos... e aí você tem nas aulas e o tema de interesse do aluno do EPP só enriquece nosso trabalho... (PS 3).

... acho que para mim é grande vivência... de entrar em contato com outro enfermeiro... acompanhar o processo do aluno e poder trazer para a sala de aula e nas vivências e experiências... também desmistificando o EPP com os alunos do quinto semestre... (PS 4).

... eu sinto como eu cresci na forma de orientar... e essa

diferença me faz sentir cada vez mais responsabilidade, aprendendo e melhorando tua forma de orientar... (PS 5).

... repercute em todos os sentidos... se atualizando, sugerindo, crescendo... o nosso curso de enfermagem hoje tem outra "cara" e acho que muito dessa mudança tem a ver com o EPP... é mais uma razão para se fazer de uma maneira séria e coerente... (PS 7).

... eu considero esta experiência um estímulo de renovação... faz a gente entrar em contato com outras realidades... enxergar com outros olhos coisas o que, às vezes, a gente não está querendo enxergar... estimula ao conhecimento, à busca de novas leituras... o aluno "exige" que a gente não se acomode... (PS 11).

Através desses relatos, percebi que algumas professoras já se deram conta de que é possível **fazer diferente**, nas disciplinas em que atuam, mesmo anteriores ao EPP, contudo, essa nova possibilidade de prática pedagógica não fica explicitada, em termos de quais modelos e comportamentos profissionais estariam sendo desenvolvidos.

Acredito que as professoras que tomaram essa consciência e que dirigem sua participação com um grau de flexibilidade, de acordo com inferências anteriores, devem estar sentindo essa mesma necessidade de superação do modelo pedagógico, já em suas experiências com alunos de semestres iniciais, anteriores ao EPP.

Como desfecho da participação das professoras do processo investigativo, perguntei se desejavam fazer alguma complementação, crítica ou sugestão do EPP.

Dentre as sugestões levantadas pelas professoras supervisoras, destacou-se a necessidade de começar a **preparar o aluno desde o início do curso para a experiência do EPP**, para que o possa desenvolver de forma mais tranqüila, com menos estresse para todos os envolvidos. Uma

sensibilização e capacitação, a ser realizada com os docentes e enfermeiros dos serviços, constitui outra alternativa para minimizar esses problemas. O **processo de avaliação curricular** foi colocado como um ponto importante, para resgatar melhor o sentido que esta experiência está imprimindo no curso. Melhorar a interrelação com outros cursos que estão desenvolvendo esse processo (EPP), buscar recompensar os enfermeiros orientadores, estimular a publicação desse trabalho, criar um evento científico específico para a divulgação das produções, somaram importantes contribuições. As críticas apontadas referiram-se à **falta de compromisso de alguns docentes**, que não têm, ainda, incorporada a **responsabilidade desse trabalho** ou a importância do mesmo, prejudicando ou até mesmo impedindo que o aluno dê seu salto de qualidade.

Vejo nessas sugestões um desejo de melhorar, de ser e fazer melhor, pelo despertar da responsabilidade que a prática docente está a exigir de colegas para se desenvolver maior **compromisso coletivo** com a **formação profissional**.

A crítica torna-se uma valiosa contribuição, quando se está disposto a **se despojar de verdades absolutas e acabadas, assumindo verdades provisórias**, que possam ensejar uma práxis reflexiva e coletiva, rumo à superação do já dado, apostando-se no inesperado, no imprevisível. Assim, quem sabe, poderemos nos aproximar de nosso desejo, do exercício de uma práxis transformadora na formação profissional do enfermeiro.

5.7 - Uma Síntese com Fleck e Vázquez

Ao longo deste capítulo procurei apresentar as diversas manifestações dos sujeitos envolvidos no processo do EPP, acerca do desenvolvimento do mesmo e relacionados às categorias de estilo de pensamento e níveis de práxis.

Para melhor compreensão das análises, julguei necessário a utilização de sub-categorias. Para **estilo de pensamento**, em conformidade com Fleck (1986), concebi três momentos, que evidenciaram, inicialmente, a presença de um núcleo de especificidade profissional, também chamado de **círculo de regularidade** (de dever profissional) ou **núcleo rígido**, que convive com o risco da rigidez de pensamento, determinando um padrão comportamental inflexível, mais limitado e incontestável. Por sua vez, esse núcleo pode estar envolto por uma **periferia ou zona mais difusa**, contendo elementos que permitem estabelecer padrões profissionais de comportamento mais flexíveis, abertos e superáveis, na medida em que aceitam a possibilidade de existir fronteiras contingentes e negociáveis.

A presença dessas zonas fronteiriças criam **objetos fronteiriços**, denominados por Fleck (1986) como sendo estruturas com diferentes graus de flexibilidade, em diferentes interações, e fortemente estruturadas no uso individual e local. No meu entender, o objeto fronteiriço é a **expressão de materialidade**, pela qual a mudança, a superação de fatos, conhecimentos, modelos, entre outros, podem efetivamente ocorrer. A zona fronteiriça apresenta-se em um tempo e espaço da transitoriedade histórica. Portanto,

esses três momentos (a regularidade, a flexibilidade e o objeto fronteiroço) foram evidenciados na investigação, buscando captar, através dos depoimentos dos sujeitos, os elementos correspondentes a cada um, nos revelando o estilo de pensamento predominante na formação de enfermeiros do Curso de Enfermagem da UFSM e a possibilidade da existência de objetos fronteiroços.

Com relação à categoria de **práxis**, a mesma foi sub-categorizada em **práxis reiterativa**, como uma ação imitativa, repetitiva, **práxis transformadora**, na evidência de uma ação criadora e **práxis reflexiva**, com um alto grau de consciência e intencionalidade.

Ao me propor tecer uma **síntese** dos elementos que emergiram, a partir das análises e inferências realizadas, tive a clareza de que ela resultaria em provisória, enquanto tentativa de reunir, em torno das categorias e sub-categorias, as expressões mais fortes emitidas pelos sujeitos da investigação, de modo a permitir um desfecho global, a fim de que pudéssemos resgatá-los, posteriormente, no último capítulo, submetendo-os, então, a uma comparação com alguns elementos curriculares e seu correspondente estilo de pensamento e nível de **práxis**, evidenciados no estudo do segundo capítulo.

Iniciei esta caminhada me perguntando: o que se mostrou mais aderente ao círculo de regularidade profissional considerado pelos diferentes sujeitos? Que elementos se apresentaram com características de flexibilidade comportamental, presentes em uma zona contingente ou negociável? No EPP do Curso de Enfermagem em estudo, foi possível captar a existência de objetos fronteiroços? Ainda, que níveis de **práxis** foram evidenciados nesse processo? Quais as possíveis convergências e divergências, a respeito destas

questões entre os diferentes grupos de sujeitos envolvidos? Por fim, qual o estilo de pensamento e práxis presentes no EPP?

Considerando o estilo de pensamento como "*a disposição para o perceber orientado e para a elaboração correspondente do percebido*" (Fleck, 1986: 101), foi evidenciado pelas informações dos **alunos desenvolvendo o estágio (ADE)**, uma atitude comportamental, alicerçada nas habituais funções do enfermeiro, porém numa visão que transcende àquela visão que até então vinha tendo a respeito dessas funções e papéis profissionais. Essa oportunidade é proporcionada pelo planejamento das atividades a serem desenvolvidas, com base num marco conceitual, considerando a relação sujeito-sujeito, o desenvolvimento dessas ações em condições concretas de trabalho profissional e o apoio recebido, ainda, do professor e do enfermeiro do campo.

As **relações interpessoais** fomentadas, bem como a consideração das mesmas como mobilizadoras de novos conteúdos e novas formas permite considerar a possibilidade de residir nesta questão um **objeto fronteiroço**, na medida em que esta mudança agregaria, também, novos métodos, normas e valores.

O **nível de práxis** exercido ultrapassa o da reiteração, ou seja, da repetição das ações do enfermeiro do campo, das atribuições normatizadas nas instituições de saúde, pois o aluno procurou avançar e ampliar sua atuação, principalmente com atividades educativas (cliente, grupos, família, funcionários), numa relação dialógica entre sujeitos. No entanto, estas atividades, mesmo que ampliadas, não permitem assegurar que seja uma práxis transformadora, a não ser pela introdução de mudanças de conteúdos e

de formas (processos) nos serviços e que, para o aluno sinalizaram como atitude de maior consciência do seu papel e de um agir mais crítico e criativo.

As relações mais evidentes que encontrei para caracterizar o estilo de pensamento presente, agora no depoimento dos **alunos egressos**, se acentua como um tipo de comportamento profissional que desenvolveram em sua formação e basicamente no EPP, segundo eles próprios, ainda nas interações realizadas na sua experiência formativa e no seu cotidiano profissional, além das crenças e valores expressos pelos mesmos e que determinam suas atitudes.

Percebe-se um esforço muito grande, através das declarações de, um cuidado extremo, buscando ser um profissional enfermeiro comprometido com os ideais da profissão e com a clientela (a pessoa humana) com quem desenvolvem seu trabalho.

Esta evidência me fez crer que o **estilo de pensamento dos alunos egressos** se pauta por um conjunto de saberes que não é limitado ao conhecimento técnico/científico, mas associado aos aspectos sociais e humanos "traduzidos" de outras áreas do conhecimento, como a psicologia, sociologia, etc. O conhecimento técnico, pautado num comportamento profissional mais regular, é tido como mecanicista, não sendo rejeitado, mas ampliado na sua concepção, o que nos faz relacionar com a categoria epistemológica de protoidéia ou pré-idéia de Fleck (1986).

Nesse caso, o conhecimento anterior, que primava pelo conhecimento técnico, não é aniquilado, mas reconsiderado, com importância equivalente a outros aspectos que possibilitam dar melhores respostas de cuidado às pessoas. Foi demonstrada a necessidade "do ver" no cotidiano da prática,

para, juntamente com o suporte técnico, construir o conhecimento.

Esse movimento de idéias parece ser ampliado com a referência de que as **interações sociais** possibilitam trocas de experiências que enriquecem, questionam e inovam conhecimentos, atitudes, afirmando a flexibilidade de pensamento, como condição do surgimento de novos fatos, novas descobertas. Nesse movimento, reside a busca de autonomia profissional, baseada na consciência da atitude tomada e na sua fundamentação. Consistente, mas, provisória, histórica e temporal.

Os depoimentos denotaram, igualmente, uma **práxis reflexiva**, não sendo, portanto, espontânea. Há um grau de consciência mais ou menos elevado nos alunos egressos, que explicitam o exercício da reflexão e da discussão com seus pares para a tomada de ações. Procuram respaldar sua atuação não só do ponto de vista legal, reiterativo, mas criar um espaço de reconhecimento profissional, marcado pelo compromisso ético e profissional, de qualidade e conseqüente em seus resultados. As ações, o uso de métodos e instrumentos são questionados, para que se possa chegar à ação desejada e planejada.

A ação reiterativa do seguimento a normas e rotinas é motivo de reflexão e lhe é conferido seu limite, sua contribuição, aliando à ação transformadora, a mudança de hábitos, de valores, ampliando os referenciais de assistência e conquistando espaços. Há que, contudo, considerar essa práxis em transição, em movimento conjunto com a dinâmica histórica de evolução de saberes e práticas.

Quanto aos **chefes de enfermagem/serviço (CHE/S)**, percebi muito respeito e admiração dos mesmos pelos profissionais (alunos egressos da

UFSM) que compõem seu quadro de pessoal. Há o reconhecimento do potencial e habilidades que os mesmos possuem, desejando que haja cada vez mais o crescimento profissional dessas pessoas. Esse sentimento foi perpassado na medida em que esperam maior conquista de autonomia profissional por parte de alguns, entretanto pude constatar que o **apoio**, também necessário para esse avanço, não é muito expressivo, pois não foi relatada ou demonstrada uma atitude ou ação mais organizada, sistematizada coletivamente para o desenvolvimento de maior autonomia e valorização profissional, como grupo de enfermagem e profissionais da área da saúde. Essa situação me remete a pensar no **fortalecimento das interações** de um coletivo de pensamento, no caso, da enfermagem. Possivelmente, diferentes valores e modelos se encontram presentes, **transitando** no estilo de pensamento desses grupos profissionais, alvo deste estudo.

Um círculo de regularidade ou idéias são bastante consensuais, embora envoltos por um **espaço mais diferenciado** que, a meu ver, se percebido de forma orientada, pode indicar novas possibilidades e caminhos, para que produzam efetivamente mais conhecimento e qualidade do trabalho desenvolvido na Enfermagem.

A **práxis** entendida como uma ação refletida criticamente e uma prática alicerçada teoricamente, parece estar se revelando, sendo construída nos micro-espacos ou nas micro-experiências apresentadas pelos sujeitos questionados. Essa práxis reflexiva, no entanto, não apresenta contornos nítidos, ou seja, parece ficar delimitada em algumas realidades, com algumas pessoas mais do que em outras.

Tenho a sensação de que há uma dinâmica acontecendo, ocupando e

criando algumas “brechas”, não tendo, contudo, ainda o vigor necessário para demarcar uma práxis transformadora em plenitude. Mas é o grande sinal da **perspectiva possível** e viável.

Na fala da **coordenadora de estágio (COE)**, percebi um interesse em fornecer todos os elementos necessários para que o aluno vivencie seu EPP de uma forma muito lúcida, buscando o próprio amadurecimento. Ressalta a oportunidade que ele terá de desenvolver sua experiência num serviço de saúde, de modo que esta lhe possibilite exercer atividades próprias do enfermeiro, fomentando o aspecto administrativo e educativo na assistência. Essa atitude de despertar o aluno para a realidade e para intervir nessa realidade, confere um **estilo de pensamento comprometido socialmente com o papel do profissional enfermeiro**. A colega também alerta para o fato de que nem todos docentes do Curso compartilham de seu pensamento, quanto a importância do EPP. Desta experiência já é possível prever que existem outras variações ou tendências de estilos de pensamento, num mesmo coletivo de pensamento.

Na atitude revelada pelas observações da coordenadora, parece haver, por um lado, o exercício de uma práxis preocupada em ampliar a visão profissional. Por outro lado, as estratégias operacionais para explicitar a superação de visão e ação não é nítida, mas representa a meu ver, uma **aproximação** com a práxis reflexiva.

A orientação das **enfermeiras orientadoras (EO)** aos alunos do EPP, não parece ser dirigida, mas acompanhada, discutida, participativa, dando liberdade de iniciativa para o aluno trazer e discutir suas propostas. Desta forma, parece ficar evidente que há uma disposição em ajudar o aluno a

perceber e desenvolver o estágio consciente do seu papel, e não de maneira confusa, alienada, descomprometida. Está presente um estilo de pensamento muito consciente do papel e atividades que o futuro profissional deverá desenvolver. Com relação aos comportamentos que conferem padrão ou regularidade na enfermagem do ponto de vista das enfermeiras orientadoras, aparecem como imperativos a questão técnica e normativa, no gerenciamento da unidade ou do serviço. Ao mesmo tempo, se evidencia a **autonomia partindo desse cotidiano**, pela reafirmação da necessidade de fundamentação teórico/prática, conferida pelo conhecimento e uso do mesmo. A discussão fica em torno da **competência profissional**, parecendo que é preciso competência técnica, e também competência nas relações interpessoais (sensibilidade racional). As interações que se processam intracoletivamente estão mais presentes e parece haver consciência de que o **trabalho interdisciplinar** gera melhor qualidade e inovações, e destacam o EPP como uma possibilidade para essa prática se fortalecer. Nos depoimentos das enfermeiras orientadoras encontrei **valores** claramente explicitados que se encaminham no reconhecimento dos eventos interativos como um possível objeto fronteiriço.

A presença do aluno cria para as enfermeiras, uma necessidade de rever a prática, a rotina utilizada e as motiva para melhorar a qualidade da assistência prestada e a busca de qualificação profissional.

Fica claro que duas questões merecem muita atenção: é a revisão curricular, uma vez que o EPP está sinalizando mudanças, tanto no ensino como na prática, e a possibilidade de alguma contra-partida a ser discutida pelo trabalho desenvolvido pelas enfermeiras orientadoras.

O nível de práxis exercido pelas enfermeiras orientadoras (EO), em parte, está assentado na práxis reiterativa, na medida que o comportamento normatizado se evidenciou como algo regular. Contudo, nesse espaço, reside, também, a possibilidade do exercício da práxis transformadora, impulsionada **pela presença do aluno** que é crítico, motivando as enfermeiras orientadoras a criarem novas práticas de trabalho e reflexão sobre o cotidiano desse trabalho, ampliando os referenciais que sustentam a atuação profissional. Destaca-se aqui, a meu ver, uma **práxis reflexiva**.

Tenho percebido, no coletivo de pensamento da enfermagem, diferentes estilos de pensamentos e, no caso das **professoras supervisoras (PS)**, isso fica mais evidente. Aparece um estilo de pensamento tido como regular/tradicional e um outro estilo de pensamento com características flexíveis/transformadoras. Para a consolidação de cada estilo, Fleck estabelece alguns momentos em que existe um período da instauração do estilo de pensamento, quando há todo um movimento dos membros e iniciados para depois desse período, o estilo de pensamento passar à fase de extensão com internalização de conceitos, saberes, normas, a serem socializados de modo a conferir uma relativa estabilidade ao estilo de pensamento. Por fim, nesse desenvolvimento de um estilo de pensamento, pode se dar a sua superação.

Com base nos depoimentos das professoras supervisoras percebe-se um **movimento de instauração e extensão de um estilo de pensamento**, que vem avançando em relação à forma de compreender o papel e funções do profissional enfermeiro. No estágio pré-profissional verifica-se um espaço de experimentação dessas novas idéias, conhecimentos, métodos. Considerando que toda circulação intra e inter-coletiva de idéias provoca uma superação ou

transformação dos conhecimentos, dos modelos e por assim dizer, do estilo de pensamento, acredito ser necessário que isto ocorra com a experiência do EPP, para consolidar este novo estilo de pensamento flexível/transformador emergente no coletivo de pensamento das professoras supervisoras do Curso de Enfermagem da UFSM. Fleck (1986) atribui à comunicação, à **socialização** dos resultados de investigações de **experiências** grande importância na **produção de mudanças teóricas e práticas**.

O coletivo de pensamento da enfermagem, na experiência do EPP, tem possibilitado uma **relação tríade**, entre a instituição formadora, com os alunos e os professores, consubstanciados por um estilo de pensamento; a instituição de saúde e sua equipe de enfermagem e outros profissionais; e o cliente e a comunidade. O elo, nesse espaço, é constituído pelas relações interpessoais, possibilitadas pelo EPP, com o desenvolvimento de ações teórico-práticas, baseadas num estilo de pensamento.

Havendo uma relação direta do estilo de pensamento com o coletivo do pensamento, através da experiência em um campo teórico-prático, revela-se uma mudança, na perspectiva de inovação, considerando os interlocutores, o aluno, o enfermeiro do campo e o professor, como pertencentes ao **círculo esotérico** do saber, relacionando-se com o **exotérico**, representado pelos clientes, familiares, serviços de saúde, e comunidade.

Nessa dimensão, os depoimentos permitem apontar a experiência do EPP como provocando mudanças num coletivo de pensamento, evidenciado na "tradução" e produção de novos conhecimentos e diferentes ações, considerando-os a partir das proto-idéias. Além disso, o círculo exotérico, na produção e legitimação desse saber passa pelo senso comum, mas não se

reduz a essa dimensão.

Pelos relatos das professoras supervisoras, fica evidente o exercício de uma práxis reflexiva e a tentativa de se estabelecer uma práxis transformadora, pautada no desenvolvimento de uma **prática pedagógica** que assegure competência profissional em múltiplas dimensões, abarcando os conhecimentos históricos, sociais, culturais, científicos, políticos, éticos, técnicos, entre outros. Desta forma, parece evidente a existência de **um estilo de pensamento em transição**, ou seja, já não é mais apenas o estilo de pensamento regular/inflexível, contudo, também, ainda não consolidou o estilo de pensamento flexível/transformador. A **zona fronteira** é o espaço da transição, um momento histórico importante que estamos vivendo. Talvez, não tenhamos compreendido, em toda sua dimensão, o significado que ele carrega e que está a nos exigir posições e relações éticas, autênticas, dialógicas e libertadoras. A concretude desse processo passa, a meu ver, pela elucidação do **objeto fronteiro** emergido desta investigação, ou seja, **as relações interpessoais e seus eventos interativos**.

CAPÍTULO 6

REFLETINDO ACERCA DO PROBLEMA DE PESQUISA E A FORMULAÇÃO DE TESE



Não existe um todo e tampouco um último (...) tanto o pensamento como os fatos são mutáveis. O caminho que proporciona as idéias e as verdades se mantêm somente mediante o movimento contínuo e de interação.

Fleck
(1986: 98)

O percurso histórico desenvolvido no quarto capítulo possibilitou um revisitado as mudanças de estilos de pensamento nas experiências de formação profissional dos enfermeiros, mostrando **os limites e as possibilidades** presentes neste movimento. Além disso, ficou evidente que **há circulação de estilos de pensamento**, embora haja predominância de certas características sobre outras, em diferentes momentos históricos. Ao proceder esta explicitação, não tive a pretensão de enquadrar os estilos de pensamento, mas tão somente explorar suas características e conhecer de que forma as "traduções" de seus conteúdos têm se processado no ensino de enfermagem. Através desta trajetória, encontrei, no último momento curricular, isto é, na Portaria 1721/94, elementos (implícitos) que corroboram para a evidência do nosso problema de investigação, qual seja, o de explicitar que estilo de pensamento está sendo evidenciado na formação profissional do enfermeiro e, mais especificamente, no estágio pré-profissional (EPP), para que possa constituir-se em estratégia para o exercício de uma práxis transformadora, isto é, de um agir profissional mais consciente, crítico e criativo¹⁷.

Para responder a esta questão e sustentar a tese de que o estágio pré-profissional em enfermagem pode vir a ser uma experiência de práxis transformadora, com possibilidades de contribuir para o processo formador, desenvolvendo uma consciência crítica e uma prática ética e competente,

¹⁷ Essa importante temática é tratada por Reibnitz (1998: 187-218) em seu estudo, situando-a no espaço curricular como prática libertadora necessária, e constituída de um processo reflexivo-coletivo para o ensino de enfermagem.

tornando-se uma nova estratégia de ensino, busquei a contribuição dos sujeitos envolvidos neste processo, a fim de que, num exercício de interlocução pudesse encontrar ressonâncias às minhas observações.

A caminhada empreendida neste sentido e registrada no quinto capítulo demonstra que o EPP tem se constituído em processo possibilitador de formas mais efetivas de construção de práxis transformadora e que vivemos um momento histórico peculiar identificado neste trabalho. Tentarei trazer à tona algumas considerações que julgo ser altamente relevantes que nos **encaminhem efetivamente** rumo à ação transformadora tão almejada por todos mas, para isso, necessitamos de clareza sobre onde estamos, que estilo de pensamento tem nos orientado e que zonas (objetos) fronteiriças temos criado.

Considero o momento presente, às vésperas do ingresso no terceiro milênio, o momento da transição, da **passagem histórica necessária**, da vivência de muitos questionamentos, circunscritos nas **variações de estilos de pensamento** que mesclam a regularidade e a flexibilidade, numa dinâmica que precisa ser compreendida, para possibilitar o emergir de um estilo de pensamento consoante com o desenvolvimento de práxis reflexiva, que de algum modo estamos exercendo, uns mais, outros menos.

Este trabalho mostrou que o espaço de transitoriedade histórica (temporal-espacial) configura-se na zona fronteiriça, podendo vir a ser materializado pelo objeto fronteiriço estabelecido pelas interações humanas e pelos eventos delas decorrentes.

Os sujeitos interlocutores deste estudo destacaram as **interações interdisciplinares**, assim como as **relações com o sujeito-cliente**, razão de

ser da prática profissional da Enfermagem, como possibilidade de **fazer a diferença face ao estilo de pensamento** que representa a transformação dessa prática e a conseqüente emancipação dos homens no exercício de sua cidadania.

Mendes (1996: 236), em seu estudo, também destaca, nas considerações finais, que

fica expresso o compromisso dos docentes e profissionais de campo, de ultrapassar a visão simplista e idealista de profissão, assumindo a compreensão dialética da realidade, que se reporta aos confrontos e conexões, às interdependências e interações, essenciais para entender as relações no seu processo de trabalho educativo, assistencial e de pesquisa, que ora se configura em práticas isoladas. A construção das conexões e confrontos, compõe a perspectiva que vislumbro para a Enfermagem, onde a interdependência entre o ensino e a assistência viabilize trocas mútuas entre enfermeiros e estudantes, consistindo na base para possibilitar transformações e a emancipação.

Tanto esta citação, quanto os relatos dos interlocutores, deixam evidente que ainda é frágil a dinâmica interpessoal pensada e presente em algumas experiências concretas. Essa fragilidade apareceu, em alguns depoimentos, como constituída historicamente no trabalho em saúde, tendo em vista diferentes estilos de pensamento, representados pelo trabalho hierarquizado, funcionalista, centrado nas relações de poder do saber médico e da instituição hospitalar. Neste sentido, uma ambigüidade é revelada nos depoimentos, denotada pela experiência do EPP, no qual se desenvolve, por um lado, um estímulo para a criação, para produzir e realizar alguma coisa nova, mas por outro lado, com o término do EPP e a saída do aluno, há uma dificuldade de continuar os projetos, ou de transpor esse passo do desejo de mudança para a prática que foi despertada com a experiência oportunizada

pelo EPP.

Essa transição do **desejo em mudar** para a **mudança efetivada** parece ocupar o espaço que denominamos de zona de negociação, ou **zona fronteiriça**, pois através do EPP cria-se a possibilidade de sair do convencional, de intervir, de exercitar, de mudar, porque é possível justificar que se trata de um estágio e que se está experimentando. Mas o que acontece que não se efetiva essa mudança no cotidiano profissional? Pois, se de uma parte, há consciência de que é necessário mudar, por outra existe uma imobilização, que "teima" em permanecer no padrão de só pensar, projetar e não realizar. Se houve alguma mudança introduzida pelo aluno no seu EPP, junto a uma realidade profissional, por que aquela mudança não se concretiza? Seriam somente limites institucionais? Acredito que não, caso contrário nem a própria experiência do EPP aconteceria.

O **estágio pré-profissional** em si, mostra que é possível fazer mudanças, que ele não é só um evento experimental, na medida em que ele permite a realização de projetos inovadores. Mesmo que ele não garanta a continuidade dessa inovação, ele está mudando o comportamento dos novos profissionais e de alguns enfermeiros do campo e docentes, que se tornaram sensíveis, conscientes deste novo projeto pedagógico.

Portanto, acredito que o EPP se constitua em uma zona fronteiriça, na medida em que ele oferece condições para uma prática mais ampliada no sistema de Enfermagem, mas ainda circunscrita a esse espaço. Assim, não ultrapassa ainda a zona fronteiriça para constituir-se num novo estilo de pensamento.

No estudo evidencio igualmente que um **novo modo de interação**

humana é capaz de propiciar um novo padrão profissional, na medida em que as rotinas, as técnicas normatizadoras, não se tornarem mais uma finalidade em si, mas, de acordo com Leopardi (1991), em meios importantes para se chegar ao cuidado global, humanizador. Da mesma forma, a mudança desse padrão profissional para um novo estilo de pensamento, não significa a negação de conhecimentos, de práticas e de instrumentos existentes, mas são essas mesmas questões acrescidas de um novo valor, no qual elas não são o objeto de atenção profissional, mas sim, a pessoa. Portanto, esses aspectos devem ser considerados como meios e não fins em um novo modo de interação, pois é precisamente esta forma de interagir com as coisas e com as pessoas que provocam a proximidade ou o distanciamento; o calor humano ou a frieza, entre outros, na medida em que os elementos inertes (instrumentos) dependem da nossa ação.

A forma como nossa prática tem se constituído no cotidiano profissional, vem merecendo diversos estudos, como o de Leopardi (1991), no qual aborda esta questão, comentando níveis de interdependência, níveis de dependência e espaços de liberdade, considerando que a autonomia da enfermagem, assim como da medicina, é relativa às características da organização tecnológica do trabalho assistencial. Da mesma forma que essa autora, Lunardi Filho (1998: 328), em seu trabalho, centra a atenção, no que ele chama de mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina, avançando na análise, ao dizer

... que o trabalho em saúde deve ser compreendido como um trabalho coletivo, desenvolvido por ações de diversas categorias profissionais, de caráter complementar e cooperativo. Desse modo, caracteriza-se pela existência de relações de interdependência e não de subalternidade entre os

diversos agentes. Portanto, é um trabalho que contempla espaços de liberdade para a tomada de decisão e autonomia consoantes às competências técnicas legais de cada categoria profissional, na parte que lhe corresponde realizar [...] numa relação de complementaridade entre ambas e não necessariamente de subordinação de uma à outra, em todas as situações.

Assim, tenho presenciado, com forte convicção pessoal e dos sujeitos desta pesquisa, que o estágio pré-profissional em enfermagem, desenvolvido no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, vem se realizando como uma estratégia viável de práxis transformadora, mesmo estando inserido em um **projeto político pedagógico, com diferentes variações de estilos de pensamento e exercício de uma práxis reflexiva, a priori.**

Essa viabilidade se dá, entre outros aspectos (que procurei elucidar no decorrer e na síntese do capítulo anterior), pelo fato do desenvolvimento do EPP efetivar-se na **realidade dos serviços de saúde**, realidade essa concreta, histórica, nela se evidenciando toda uma rede de relações sociais, de poder, inserida no contexto sócio-econômico, político e cultural vigente. Criam-se, portanto, **relações entre sujeitos e grupos**, entre educando e educador, entre profissional e cliente, profissional e profissional, educando e cliente, educando e comunidade, educando e profissional, entre tantas outras, na perspectiva de se constituírem **relações dialógicas**, horizontais sujeitos-sujeitos e não mais sujeitos-objetos. Dessas relações, surgem possibilidades de interações, trocas de saberes, científico, popular, manual (técnico), social, entre outros, oportunizando a **construção de outros saberes**. Novos saberes, novos conhecimentos, aplicados, experimentados sobre essa realidade, podendo modificá-la, gerando novas práticas e novas relações e, conseqüentemente, a necessidade de socializá-las. Nessa **necessidade de**

socialização, mais circunscrita ou mais ampla, novas **parcerias** são propiciadas, assim como, novas **mudanças**, face à **realidade vivida** e à **utopia definida**. Essa perspectiva enseja um **processo educativo** que possibilite ao sujeito-aluno uma ação pessoal e profissional consciente, crítica e criativa frente aos limites e possibilidades da estrutura político-econômica-social vigente, do contexto educacional e de saúde da população brasileira e, da dimensão transformadora de sua práxis, enquanto indivíduo e co-partícipe do coletivo.

Uma prática educativa assim pensada parece estar ocorrendo isoladamente com alguns docentes e sujeitos envolvidos no EPP. Mesmo assim, poderia apostar nesta instância como criação de espaços de liberdade, na forma de superação do **modelo instituído**, oficial, convencional, conferindo a essa experiência formativa uma "disposição ao perceber orientado e a correspondente ação ao percebido", sem perder de vista valores identificados com a transformação social necessária.

Concordando com Boufleuer (1993: 108), acredito que, ao se repensar o projeto político pedagógico da nossa instituição e de outras escolas de enfermagem, face ao momento histórico que vivemos e a partir dos elementos evidenciados neste estudo, é necessário fazê-lo, "*procurando ver a unidade do currículo na diversidade de suas dimensões articulando os interesses numa perspectiva de educação emancipatória de uma teoria dialética do currículo*".

Encontro, igualmente em Freire apoio e identificação para crer em **políticas e práticas educativas comprometidas** com o processo transformador da educação. Freire (1987: 48) afirma,

*a transformação não é só uma questão de métodos e técnicas. Se a educação libertadora fosse somente uma questão de métodos, então, o problema seria mudar algumas metodologias tradicionais por outras mais modernas. Mas não é esse o problema. A questão é o estabelecimento de uma **relação diferente** com o conhecimento e com a sociedade.*

Essa relação, na pedagogia crítica e libertadora, é "*a ação criativa, situada, experimental, que cria as condições para a transformação, testando os meios de transformação*" (Freire e Shor, 1986: 38). Nesse caso, **a educação pressupõe construção, troca, vivência, e não transferência.**

Para esse exercício há que se permitir aos sujeitos professores, alunos, clientes, membros da equipe de saúde, entre outros, oportunidades de ouvir-falar e indagar-discutir sobre suas realidades, numa situação de diálogo como **processo de construção, criação e avaliação** de um projeto de trabalho educativo. "O diálogo sela o ato de aprender, que nunca é individual, embora tenha uma dimensão individual" (Freire e Shor, 1987: 14).

Nessa perspectiva, o estudo empreendido nesse trabalho, situando o espaço do estágio pré-profissional, levanta possibilidades do exercício da práxis transformadora, se engajado num **projeto político pedagógico**, que tenha em vista a **humanização dos homens**. E esse processo é uma **construção** que deve permear as diretrizes educacionais em enfermagem, o próprio projeto político pedagógico das instituições de ensino e o currículo, de forma a se consagrar **ao longo da formação** a práxis transformadora possibilitada pelo EPP. Segundo Boufleuer (1991: 49), apoiado nas concepções freireanas,

a concepção problematizadora da educação se põe a serviço da libertação dos homens. Libertar os homens equivale a humanizá-los. A humanização não é uma coisa que se deposita nos homens, mas é um processo que implica numa

práxis transformadora dos homens sobre o mundo.

Por isso, penso no **estágio pré-profissional** como uma **estratégia de ensino viável e fecunda, para desenvolver relações** de aproximação, de articulação e de unidade entre diferentes sujeitos, diferentes conhecimentos e diferentes realidades, permeadas pela **interlocução dialógica**, assumindo uma postura crítica face ao contexto histórico, fazendo opções políticas conscientes e agindo concretamente para aproximar a realidade da utopia almejada, "*enquanto **esperança que move o homem nessa busca de ser mais***" (Freire, 1983: 97).

Através do estudo de nossa experiência com o estágio pré-profissional, com a contribuição dos interlocutores-atores desse processo, analisado sob o referencial teórico escolhido, tenho a dizer que acredito **estarmos descobrindo o caminho da utopia da práxis transformadora** no ensino e na prática profissional, consubstanciada por **estilos de pensamento que se fundamentam nas interações humanas, inter e intra-coletivas de pensamento**, constituindo-se como **objeto fronteiro "translúcido"**, **autêntico, ético e emancipador**, no qual o trabalho coletivo não elimina o individual, mas o redimensiona, **atribuindo um valor "incomensurável"**, como diria Fleck. **Eis a raiz de um exercício a ser exercido... vamos avançar?**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*Todo conhecer novo está conformado pelo já conhecido, as chamadas proto-idéias...
Assim, os fatos só podem ser compreendidos estando condicionados histórica, cultural e temporalmente à elas...*

Fleck
(1986: 98)

- ALMEIDA, Maria Cecília P. de e ROCHA, Juan S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.
- ANDERY, M. A. *et al.* **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. Rio de Janeiro : Espaço e Tempo/EDUC, 1988.
- ANDRADE, Maria Nilda *et al.* Estágio Curricular: avaliação de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: 42 (1,2,3/4): 27-41, jan/dez, 1989.
- APPLE, Michael. **Ideologia e currículo**. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Proposta de novo currículo mínimo para o curso superior de enfermagem: a formação do enfermeiro**. Brasília, 1991. 26 p.
- BALY, Mônica E. **Florence Nightingale and the nursing legacy**. New York: Croon Helm, 1988.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Portugal : Edições 70, 1977.
- BOUFLEUER, José Pedro. **Pedagogia latino-americana: Freire e Dussel**. Ijuí: UNIJUÍ, 1991.
- _____. Interesses humanos e currículo: paradigmas, tendências ou dimensões? **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 97-108, jul./dez., 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. **Enfermagem, legislação e assuntos correlatos**. Rio de Janeiro: Artes Gráficas da FSESP, 1974. v. 3.
- _____. Ministério da Educação e Desporto. Portaria 1.721 de 15/12/94. Parecer n. 314/94 de 06/04/94. Conselho Federal de Educação. Brasília, 1994.
- BROWN, Pam. **Florence Nightingale. The tough british campaigner who was the founder of modern nursing. (People who have helped the world)**. Great Britain: Exley, 1993.
- BURIOLLA, Marta A. F. **O estágio supervisionado**. São Paulo: Cortez, 1995.
- CALDEIRA, Valda da P. **Estágio extra-curricular: opção ou obrigação? uma contradição a ser superada**. Rio de Janeiro, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade do Rio de Janeiro, 1992.
- CAPONI, Gustavo; LEOPARDI, Maria T.; CAPONI, Sandra (Orgs.). **A saúde como desafio ético**. Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARVALHO, Amália C. de. **Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico**. São Paulo, 1972. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1972.
- CARVALHO, Maria Cecília M. (org.) *et al.* **Construindo o saber: metodologia científica - fundamentos e técnicas**. 4. ed. Campinas: Papyrus, 1994.
- CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora *et al.* Descrição da área de enfermagem: oferta e demanda dos cursos de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília:

v. 49, n. 4, p. 639-652, out./dez. 1996.

COHEN, R. S. e SCHNELLE, T. (eds.) **Cognition and fact: materials on Ludwik Fleck**. Holland: Dordrecht, D. Reidel, 1986.

COLLIÈRE, Marie Françoise. **Promover a vida**. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COLOMÉ, Clara L. M. **Fundamentos de uma proposta para transformação do currículo do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**. Dissertação (Mestrado em Educação). Santa Maria: UFSM, 1996.

CUTOLO, Luiz Roberto A. **Ludwik Fleck - epistemologia sócio-interacionista e ciência médica**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Educação, UFSC, 1996. (mimeo)

DAMKE, Ilda R. **O processo do conhecimento na pedagogia da libertação: as idéias de Freire, Fiori e Dussel**. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. Paulo Freire: o mestre comprometido com o conhecimento, a história e a libertação. **Revista de Educação AEC**. O papel político-social do professor. Brasília, ano 26, n. 104, jul./set., 1997.

DANILOV, M. A. e KATKIN, M. N. **Didáctica de la Escuela Média**. Havana: Pueblo y Educación, 1985.

DA ROS, M. A. **Fleck e a escola polonesa de medicina**. Florianópolis: Curso de Doutorado em Educação, CED/UFSC. (mimeo) (s.d.)

DA ROS, M. e CUTOLO, L. **Elementos da epistemologia de Ludwik Fleck presentes na didática das ciências**. Florianópolis: Curso de Doutorado em Educação. CED/UFSC, 1995. (mimeo).

DELIZOICOV, Demétrio. **Conhecimento, tensões e transições**. São Paulo: Tese (Doutorado em Educação), Universidade de São Paulo, 1991.

DELIZOICOV, Nadir C. **O professor de ciências naturais e o livro didático (no ensino de programas de saúde)**. Florianópolis: Dissertação (Mestrado em Educação). Centro de Ciências em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

DEMO, Pedro. **Metodologias científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

_____. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. São Paulo: Cortez, 1990.

_____. **A nova LDB: ranços e avanços**. 2. ed. São Paulo: Papirus, 1997.

DIAS, Lygia Paim M. **A formação de enfermeiras: da pedagogia da persuasão à pedagogia da transgressão**. Florianópolis 1998. (mimeo).

DILLY, C. M. L., e JESUS, M. C. P. **Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

DOCUMENTO FINAL - 1º SENADEn - Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil - Rio de Janeiro: ABEn - RJ, 1994.

DOMINGUES, José Luiz. Interesses humanos e paradigmas curriculares. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. Brasília: 67 (156): 351-366, maio/ago, 1986.

ERN, Edel. **A lógica da construção curricular na escola brasileira**. Florianópolis: CCE/UFSC, 1994. (mimeo).

_____. Currículo e a seleção de conteúdo no ensino de ciências naturais. In:

- International Conference Science and the mathematics education for the 21 st Century.** Chile: Universidad de Concepción, 1994.
- FAZENDA, Ivani C. A. **Interdisciplinaridade: histórica, teoria e pesquisa.** Campinas: Papirus, 1994.
- FLECK, Ludwik. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico.** Madri: Alianza Editorial, 1986.
- _____. Some specific features of the medical way of thinking. In: COHEN, R. S. e SCHNELLE, T. (eds) **Cognition and fact: materials on Ludwik Fleck.** Holland: Dordrecht, D. Reidel, p. 39-46, 1986a.
- _____. On the crisis of reality. In: COHEN, R. S. e SCHNELLE, T. (eds.). **Cognition and fact: materials on Ludwik Fleck.** Holland: Dordrech, D. Reidel, p. 47-56, 1986b.
- _____. Scientific observation and perception in general. In: COHEN, R. S. e SCHNELLE, T. (eds). **Cognition and fact: materials on Ludwik Fleck.** Holland: Dordrecht, D. Reidel, p. 59-78, 1986c.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** Tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- FREIRE, Paulo, SHOR, Ira. **Medo e ousadia e o cotidiano do professor.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- _____. **Pedagogia da autonomia.** Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- _____. **Pedagogia do oprimido.** 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- GADOTTI, Moacir (Org.) **Paulo Freire: uma biobibliografia.** Instituto Paulo Freire. São Paulo: Cortez, 1996. 765 p.
- GERMANO, Raimunda M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- GIROUX, Henry. **Pedagogia crítica e o intelectual transformativo.** In: **Ensino e realidade: análise e reflexão.** Porto Alegre: UFRGS, 1986.
- _____. **Pedagogia radical, subsídios.** São Paulo: Cortez, 1983.
- _____. **Teoria crítica e resistência em educação: para além das teorias de reprodução.** Tradução de Ângela M. Biaggio. Petrópolis: Vozes, 1986.
- GOMES, José Carlos. **Entendimento da Lei nº 9394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Maringá: Universidade Estadual de Maringá - VEM, 1997 (mimeo).
- GRAMSCI, Antônio. **Os intelectuais e a organização da cultura.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.
- GRANJO, Maria Helena B. **Agnes Heller: filosofia, moral e educação.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- GUIMARÃES, Cristina T. V. **Velhice: perda ou ganho?** Florianópolis: Dissertação de Mestrado - Psicologia e Sociedade, 1997.
- HAGUETTE, Tereza Maria F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.
- HELLER, Agnes. **A filosofia radical.** São Paulo: Brasiliense, 1983.
- JAPIASSU, Hilton. **Introdução ao pensamento epistemológico.** 7. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1992.

- KONDER, Leandro. **O futuro da filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL - Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, 1996.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Método de assistência de enfermagem** - análise da utilização do instrumento no processo de trabalho. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Tese de Doutorado em Enfermagem - USP, 1991.
- _____. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados de enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1994.
- _____. Cuidado: ação terapêutica essencial. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 57-67, set./dez. 1997.
- LIMA, Lúcia Ceccato de. **A formação de professores de ciências: uma abordagem epistemológica**. Florianópolis: Projeto de Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- LÖWY, Ilana. The epistemology of the science of an epistemologist of the sciences: Ludwik Fleck's professional outlook and its relationships to his philosophical works. In: COHEN, R. S. e SCHNELLE, T. (eds.) **Cognition and fact: materials on Ludwik Fleck**. Holland: Dordrecht, D. Reidel, p. 421-442, 1986.
- _____. **The polish school of philosophy of medicine: from Tytus Chalubinski (1820-1889) to Ludwik Fleck (1896-1961)**. Holland: Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1990.
- _____. **Ludwik Fleck and the history of science today**. História, Ciência, Saúde. Manguinhos: 1(1): 7-18, jul./oct. 1994a.
- _____. Fleck e a historiografia recente da pesquisa biomédica. In: PORTOCARRERO, V. (Org.) **Filosofia, história e sociologia das ciências**. Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 1994b.
- LÜDKE, Menga e ANDRE, Marii. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- LUNARDI, Valéria L. **História da enfermagem** - rupturas e continuidades. Pelotas: UFPel. Ed., 1998.
- _____. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na Enfermagem**. Florianópolis: Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- LUNARDI FILHO, Wilson. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Florianópolis: Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- MARRINER, A. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Rol, 1989.
- MENDES, Maria M. Rino. **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994** - mudança de paradigma curricular? Ribeirão Preto, 1996 (Tese Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.
- MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. (Orgs.). **Marcas da diversidade:**

- saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.
- MOREIRA, Antônio Flávio B. **Currículos e programas no Brasil**. São Paulo: Papirus, 1990.
- MOREIRA, Antônio Flávio B. (org.). **Conhecimento educacional e formação do professor - questões atuais**. Campinas: Papirus, 1994.
- MOREIRA, Antônio F. B. e SILVA, Tomaz T. da (orgs.) **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 1994.
- MOULIN, Anne-Marie. Fleck's style. In: COHEN, R. S. e SCHNELLE, T. (eds.) **Cognition and fact: materials on Ludwik Fleck**. Holland: Dordrecht, D. Reidel, p. 407-419, 1986.
- NAKAMAE, Djair D. **Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão**. São Paulo: Cortez, 1987.
- NIETSCHKE, Elisabeta A. **Uma proposta pedagógica emancipatória para o curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - RS**. Dissertação (Mestrado em Educação). Santa Maria: UFSM, 1993.
- NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.
- OUDSHOORN, Nelly. On the making of sex hormones: research materials and the production of knowledge. **Social Studies of Science** (Sage, London, Newbury Park and New Delhi), v. 20, p. 5-33, 1990.
- PASSOS, Elizete S. **De anjos a mulheres - ideologias e valores na formação de enfermeiras**. Salvador: EDUFBA/EGBA, 1996.
- PEREIRA, Wilza R. e BELLATO, Roseny. A crise de paradigmas e a enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 113-130, set./dez. 1997.
- PICONEZ, Stela C.B. (Org.) **A prática de ensino e o estágio supervisionado**. Campinas: Papirus, 1991.
- PIMENTA, Selma G. **O estágio na formação de professores: unidade teoria e prática?** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernardette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PORTOCARRERO, Vera (Org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- REIBNITZ, Kenya S. **Processo de avaliação e reestruturação do curso de graduação em enfermagem da UFSC - um estudo de caso**. Florianópolis: 1989. Dissertação de Mestrado - Enfermagem.
- _____. Enfermagem: espaço curricular e processo educativo. In: SAUPE, R. (Org.) **Educação em enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1998.
- RELATÓRIO FINAL (Documento Preliminar) - 2º SENADEN - Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil. Florianópolis: ABEn - SC, 1997.

- REZENDE, Ana Lucia M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer.** São Paulo: Cortez, 1986.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de, e CADETE, Matilde de Miranda. **Novos paradigmas da ciência e a melhoria da qualidade de vida.** Anais - 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Porto Alegre: ABEn - BR, ABEn - RS, 1996. p. 147-150.
- RODRIGUEZ, Maria Isabel, e VILLARREAL, Ramón. La administracion del conocimiento. Lo biologico y lo social en la formacion del personal de salud em America Latina. **Revista Educacion Médica y Salud: OPAS/OMS**, 20(4): 424-441, 1986.
- SANTIAGO, Eliete. Paulo Freire e as questões curriculares: uma contribuição à reflexão. **Revista de Educação - AEC.** Paulo Freire. Brasília, ano 27, n. 106 - jan./mar., 1998.
- SAUPE, Rosita. **Ensinando e aprendendo enfermagem - a transformação possível.** São Paulo: Tese de Doutorado em Enfermagem, EEUSP, 1992.
- _____. (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção.** Florianópolis: UFSC, 1998.
- SAUPE, R.; BRITO, V. M.; GIORGI, M. D. M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: SAUPE, R. (Org.) **Educação em enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 1998.
- SCHAFER, L. e SCHNELLE, T. Los fundamentos de la vision sociologica de Lüdwick Fleck e la teoria de la ciência. In: LÜDWICK FLECK. **La Génesis y el desarrollo de un hecho científico.** Madri: Alianza Editorial, 1986.
- SCHUBERT BACKES, Vânia Marli. **As políticas oficiais de saúde e o ensino de enfermagem.** Santa Maria: UFSM, 1992. 344 p. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de Santa Maria, 1992.
- _____. **Alguns pontos e contra-pontos acerca das concepções epistemológicas de Bachelard e Fleck.** Exercício da disciplina Educação e Ciência. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Educação, UFSC, 1995.
- _____. Relação estado, sociedade e educação. In: SAUPE, R. (Org.) **Educação em enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 1998.
- SCHUBERT BACKES, Vânia M. e NIETSCHE, Elisabeta A. **O estágio supervisionado em enfermagem: uma possibilidade de mediação entre a formação e a profissionalização.** Anais - Livro Resumo - 48º CBen. São Paulo: ABEn Nacional e Seção SP, 1996.
- SILVA, Graciete B. **Enfermagem profissional: análise crítica.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- SILVA, Luiz H. e AZEVEDO, José C. (Orgs.) **Reestruturação curricular: teoria e prática no cotidiano da escola.** Petrópolis: Vozes, 1995.
- SILVA, Tomaz Tadeu (org.). **Teoria educacional crítica em tempos pós-modernos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- _____. (org.) **O sujeito da educação: estudos foucaultianos.** Petrópolis: Vozes, 1994.
- SIQUEIRA, Hedi C. H. de. **Construção de um processo educativo, através do exercício da reflexão crítica sobre a prática assistencial integrativa com um grupo de enfermeiros de um Hospital Universitário.** Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1998.

- SOUSA, Maria do Socorro B. de. **A formação do enfermeiro no Pará: passado e presente 1942 - 1981**. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado EEAN (UFRJ), 1996.
- STAR, Susan Leigh e GRIESEMER, James R. Institutional ecology, translations and boundary objects: amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. **Social Studies of Science** (Sage, London, Newbury Park and New Delhil, v. 19, p. 387-420, 1989.
- STORT, Eliana. **Cultura, imaginação e conhecimento: a educação e a formalização da experiência**. Campinas: UNICAMP, 1993.
- SUCHODOLSKI, Bogdan. **A pedagogia e as grandes correntes filosóficas: a pedagogia da essência e a pedagogia da existência**. 4. ed. Lisboa: Livros Horizonte, 1992.
- TALÍZINA, Nina. F. **Conferencias sobre los fundamentos de la enseñanza en la educación superior**. Cuba: Departamento de Estudios para el perfeccionamiento de la Educacion Superior, Universidad de la Habana, 1984.
- TRENTINI, Mercedes e DIAS, Lygia Paim. M. Conflitos na construção do conhecimento na enfermagem: uma controvérsia persistente. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 193-208, set./dez. 1997.
- TRIVIÑOS, Augusto. **Introdução à pesquisa em ciências sociais - a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VÁZQUEZ, Adolfo S. **Filosofia da práxis**. 4. ed. Rio de janeiro: Paz e Terra, 1990.
- VON OECH, Roger. **Um chute na rotina**. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1994.

ANEXOS

*Um guia orientador na coleta de dados
permite uma sistematização necessária no
processo investigativo.*

ANEXO I - ROTEIRO DE ENTREVISTAS**GRUPO DE SUJEITOS → ALUNOS DESENVOLVENDO ESTÁGIO (ADE) 03**

- 1) O que você pensa do Estágio Pré-Profissional (EPP)?

- 2) Que tipo de atividades você desempenha no EPP? Qual a relação com seu projeto?

- 3) Por quem são orientadas estas atividades?

- 4) Você considera estas atividades apropriadas para um aprendizado pré-profissional? Por quê?

- 5) Você define sua relação com o professor supervisor como... Por quê? Com o enfermeiro orientador como... Por quê? Com a coordenação do estágio como... Por quê?

- 6) No EPP, você acha que há espaço para troca de experiência entre profissionais e alunos? Exemplo.

- 7) Como você tenta resolver problemas e conflitos durante o EPP?

- 8) Você deseja fazer uma complementação da sua fala, ou tem alguma crítica/sugestão a fazer do EPP?

GRUPO DE SUJEITOS → ALUNOS EGRESSOS (AE) 15

- 1) Qual a lembrança mais forte que você tem do seu estágio pré-profissional?
- 2) No desenvolvimento de suas atividades atuais que comportamentos você denominaria como profissionais?
- 3) Quais desses comportamentos você vincula ao aprendizado no EPP?
- 4) Que habilidades teóricas ou práticas desenvolvidas no EPP você vincula a uma autonomia profissional? Cite-nos um exemplo:
- 5) Como você tentou durante o EPP resolver problemas e conflitos?
- 6) Agora, no seu exercício profissional como se dá a busca de solução para problemas e conflitos que encontra?
- 7) Quais os comportamentos que você considera padronizados na profissão (que conferem regularidade) e quais os que conferem autonomia para o profissional enfermeiro?
- 8) No EPP, você acha que há espaço para troca de experiência entre profissionais e alunos? Exemplo.
- 9) Você definiu sua relação com o professor supervisor como: Por quê? Com o enfermeiro orientador como: Por quê? Com a coordenação do estágio como: Por quê?
- 10) Você deseja fazer uma complementação da sua fala, ou tem alguma crítica/sugestão a fazer do EPP?

GRUPO DE SUJEITOS → CHEFES DE ENFERMAGEM/SERVIÇO (CHE/S) 12

1) Como você caracteriza este profissional, egresso do Curso de Enfermagem da UFSM, quanto ao seu comportamento profissional?

2) Como você considera o trabalho dele. Há alguma diferença com relação à prática dos outros colegas? Que diferença, exemplifique:

3) Como você qualifica o trabalho deste profissional em relação a busca de autonomia profissional? Exemplifique:

4) Qual o seu apoio ao trabalho deste profissional?

5) Você tem alguma sugestão a fazer com relação ao preparo do aluno no EPP? Ou quanto ao seu desempenho atual?

GRUPO DE SUJEITOS → COORDENADORA DE ESTÁGIO (COE) 1

- 1) Como você qualifica (caracteriza) o Estágio Pré-Profissional (EPP)?
- 2) Na sua experiência, como você orienta o(s) aluno(s) para o EPP?
- 3) Quais são as atividades que você prioriza nesta orientação?
- 4) O que você faz quando precisa de ajuda na orientação do aluno?
- 5) Você considera que as atividades exercidas pelos alunos no EPP desenvolvem comportamentos profissionais? Quais comportamentos?
- 6) Você reconhece um padrão de comportamento profissional como característico do aluno do EPP? Qual?
- 7) Quais são os comportamentos considerados padronizados na profissão (que conferem regularidade) e quais os que conferem autonomia para o profissional enfermeiro?
- 8) No EPP, há espaço para troca de experiência entre profissionais e alunos?
Exemplo:
- 9) A experiência com alunos do EPP se reflete no seu trabalho? Como?
- 10) Você deseja fazer uma complementação da sua fala, ou tem alguma crítica/sugestão a fazer do EPP?

GRUPO DE SUJEITOS → ENFERMEIRAS ORIENTADORAS (EO) 10

- 1) Como você qualifica (caracteriza) o Estágio Pré-profissional (EPP)?
- 2) Na sua experiência, como você orienta o aluno no EPP?
- 3) Quais são as atividades que você prioriza nesta orientação?
- 4) O que você faz quando precisa de ajuda na orientação do aluno?
- 5) Você considera que as atividades exercidas pelos alunos no EPP desenvolvem comportamentos profissionais? Quais?
- 6) Você reconhece um padrão de comportamento profissional como característico do aluno do EPP? Qual(is)?
- 7) Quais os comportamentos que você considera padronizados na profissão (que conferem regularidades) e quais os que conferem autonomia para o profissional enfermeiro?
- 8) No EPP há espaço para troca de experiência entre profissionais e alunos? Exemplifique.
- 9) A experiência com alunos do EPP se reflete no seu trabalho? Como?
- 10) Você deseja fazer uma complementação da sua fala ou tem alguma crítica/sugestão a fazer do EPP?

GRUPO DE SUJEITOS → PROFESSORAS SUPERVISORAS (PS) 11

- 1) Como você qualifica (caracteriza) o estágio pré-profissional?
- 2) Na sua experiência, como você orienta o aluno para o EPP? Como você tem se relacionado com o aluno na sua orientação?
- 3) Quais são as atividades que você prioriza nesta orientação?
- 4) O que você faz quando precisa de ajuda na orientação do aluno?
- 5) Você considera que as atividades exercidas pelos alunos no EPP desenvolvem comportamentos profissionais? Quais?
- 6) Você reconhece um padrão de comportamento profissional como característico do aluno do EPP? Qual?
- 7) Quais os comportamentos que você considera padronizados na profissão (que conferem regularidades) e quais os que conferem autonomia para o profissional enfermeiro?
- 8) No EPP há espaço para troca de experiência entre profissionais e alunos? Exemplo.
- 9) A experiência com alunos do EPP se reflete no seu trabalho? Como?
- 10) Você deseja fazer uma complementação ou tem alguma crítica/sugestão a fazer do EPP?