

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO

**A VIDA QUE PULSA: FORMAÇÃO E
TRABALHO NA ENFERMAGEM E O LÓCUS DA
AUTONOMIA PARA EXERCER O CUIDAR**

GIANE ELIS DE CARVALHO SANINO

São Paulo

2013

GIANE ELIS DE CARVALHO SANINO

**A vida que pulsa: formação e trabalho na enfermagem e o
lócus da autonomia para exercer o cuidar**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Educação – PPGE da Universidade Nove
de Julho – UNINOVE para a obtenção do
título de Doutor em Educação.

Orientadora: Profª. Drª. Rosemary Roggero

São Paulo

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Sanino, Giane Elis de Carvalho.

A vida que pulsa: formação e trabalho na enfermagem e o lócus da autonomia para exercer o cuidar./

Giane Elis de Carvalho Sanino. 2013. 372 f.

Tese (doutorado) – Universidade Nove de Julho – UNINOVE. São Paulo, 2013.

1. Trabalho. 2. Formação. 3. Enfermagem. 4. Políticas de Saúde. História Oral de Vida.

I. Roggero, Rosemary. II. Título

CDU 37

SANINO, Giane Elis de Carvalho. A vida que pulsa: formação e trabalho na enfermagem e o lócus da autonomia para exercer o cuidar.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação – PPGE da Universidade Nove de Julho – UNINOVE para a obtenção do título de Doutor em Educação, pela Banca Examinadora, composta por:

Presidente: Prof^a Dr^a. Rosemary Roggero – Orientadora - UNINOVE

Membro: Prof^o Dr. Antonio Joaquim Severino – UNINOVE

Membro: Prof^o Dr^a. Renata Mahfuz Daud Gallotti – UNINOVE

Membro: Prof^o Dr. Carlos Giovinazzo Jr – PUCSP

Membro: Prof^a Dr^a. Sylvia Helena Souza da Silva Batista - UNIFESP

Diretor do PPGE UNINOVE: Prof^a. Dr. José Eustáquio Romão

Discente: Giane Elis de Carvalho Sanino – UNINOVE

São Paulo, 13 de Dezembro de 2013.

AGRADECIMENTOS

Ao final desta trajetória, agradeço a todas as pessoas que estiveram ao meu lado e me ajudaram nesta caminhada, dando apoio e força e, em particular:

À orientadora Profa. Dra. Rosemary Roggero, incansável docente e pesquisadora, pela competência e disponibilidade na orientação da pesquisa e pelo exemplo de seriedade e compromisso profissional, mais do que orientadora, ainda precisou assumir muitas vezes o papel de amiga. Suas palavras, sempre otimistas e encorajadoras, foram imprescindíveis para eu acreditar que conseguiria realizar esse projeto, foi a pessoa que vislumbrou a possibilidade de realização desse trabalho, desde o processo seletivo, enquanto outros não enxergavam nenhuma perspectiva de realização...

Sou muito grata pela sua paciência, dedicação e pelo conhecimento adquirido em cada conversa. O tratamento carinhoso que sempre teve comigo deixou transparecer seu lado doce, de forma que passei a admirá-la não somente como docente, mas como uma pessoa atenciosa e compreensiva.

Aos integrantes da banca, por aceitarem o convite e dedicarem seu tempo para ler e analisar meu trabalho, contribuindo de maneira muito crucial para a finalização dessa pesquisa.

Aos amigos do nosso grupo de pesquisa, por acreditarmos que chegaríamos, todos, ao final dessa empreitada, que em cada encontro incentivaram, apoiaram, discutiram, defenderam, ajudaram. À Elizabet Lautert, Gislaine Baciano, Lee Siqueira, Neide Moura, Aline Coura e Renata Ortale e, aos amigos da turma de doutorandos de 2011, *turma dos vinte*.

À equipe de trabalho da Universidade Paulista – campus Norte, por todas as contribuições nas diversas etapas deste trabalho, à coordenadora de enfermagem Juliana Gimenez do Amaral, que permitiu a minha ausência em diversas ocasiões, para que pudesse realizar as atividades do doutorado, que mudou o cronograma de aula do semestre já pronto, em razão do meu horário de disciplinas, que aceitou sem questionar as inúmeras trocas de aulas, às companheiras de trabalho Telma Ximenes, Adriana Maria Duarte, Neisa Fontes, Camila Luz, Krislaine Salviano, Maria Luiza Mazzieri, Marisa Toshico Ono Tashiro, Monica Braga que em diversas ocasiões me substituíram. É com grande carinho que deixo meus agradecimentos a todas.

À minha família por compreender os vários períodos de ausência durante esses anos, Val e Débora, vocês são maravilhosas, Fani, por possibilitar um refúgio em meus raros momentos de descanso, para recompor minhas energias. Meu agradecimento especial às *minhas mães* Lúcia, Lourdes e Alzira, exemplos notáveis de coragem e determinação, tento me espelhar em vocês.

A Edson pelo amor, carinho, compreensão, companheirismo, humor e paciência e, sobretudo apoio em mais essa jornada... Ajudando-me a ter calma nos momentos mais angustiantes, sempre grande apoio não só para concretizar este projeto, mas durante os longos e prazerosos anos em que estamos juntos.

Aos meus queridos alunos, ex-alunos e, usuários do serviço de saúde, que motivam a minha constante busca por respostas para a formação e assistência de forma emancipadora, que privilegia a autonomia do sujeito.

Às Enfermeiras, sujeitos desta pesquisa, pela disponibilidade em compartilhar suas histórias de vida...

O Pulso

<i>O pulso ainda pulsa</i>	<i>Tétano, hipocrisia</i>
<i>O pulso ainda pulsa...</i>	<i>Brucelose, febre tifóide</i>
	<i>Arteriosclerose, miopia</i>
<i>Peste bubônica</i>	<i>Catapora, culpa, cária</i>
<i>Câncer, pneumonia</i>	<i>Cãibra, lepra, afasia...</i>
<i>Raiva, rubéola</i>	
<i>Tuberculose e anemia</i>	<i>O pulso ainda pulsa</i>
<i>Rancor, cisticercose</i>	<i>E o corpo ainda é pouco</i>
<i>Caxumba, difteria</i>	<i>Ainda pulsa</i>
<i>Encefalite, faringite</i>	<i>Ainda é pouco</i>
<i>Gripe e leucemia...</i>	
	<i>Pulso</i>
<i>E o pulso ainda pulsa</i>	<i>Pulso</i>
<i>E o pulso ainda pulsa</i>	<i>Pulso</i>
	<i>Pulso</i>
<i>Hepatite, escarlatina</i>	
<i>Estupidez, paralisia</i>	<i>Assim...</i>
<i>Toxoplasmose, sarampo</i>	
<i>Esquizofrenia</i>	<i>(Titãs)</i>
<i>Úlcera, trombose</i>	
<i>Coqueluche, hipocondria</i>	
<i>Sífilis, ciúmes</i>	
<i>Asma, cleptomania...</i>	
<i>E o corpo ainda é pouco</i>	
<i>E o corpo ainda é pouco</i>	
<i>Assim...</i>	
<i>Reumatismo, raquitismo</i>	
<i>Cistite, disritmia</i>	
<i>Hérnia, pediculose</i>	

RESUMO

SANINO, Giane Elis de Carvalho. **A vida que pulsa: formação e trabalho na enfermagem e o lócus da autonomia para exercer o cuidar.** Tese (Doutorado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação – Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2013. 372 p.

O tema dessa pesquisa foi a relação entre a formação do Enfermeiro, seu trabalho e a sociedade em que ele desenvolve. O problema que essa pesquisa se propôs a investigar foi como se situa a formação do Enfermeiro na sociedade capitalista de consumo. Partiu-se das seguintes hipóteses: 1) a formação do Enfermeiro no contexto do sistema socioeconômico e cultural vigente tem assumido uma conotação de pseudoformação, fragmentada, unidimensional, isto é, mais focada no binômio saúde-doença, privilegiando os aspectos técnico-científicos, desarticulada das necessidades da realidade social na qual os egressos dos cursos de enfermagem estarão inseridos. 2) a construção de uma formação para a autonomia e para a emancipação se faz possível, suscitando uma postura crítica frente à situação socioeconômica, política e cultural em que se realiza a atividade do profissional da enfermagem, promovendo a autonomia e o auto-desenvolvimento, que transpassem os aspectos meramente técnicos e biológicos, de forma a inserir o saber da enfermagem na unidade do ser humano, no respeito às suas necessidades fundamentais, de forma a superar o reducionismo do binômio saúde-doença. O trabalho da enfermagem, ao ser revestido de um sentido econômico, pode entrar em contradição com o que se almeja para o cuidado, baseado no perfil epidemiológico do processo saúde-doença. 3) as histórias orais de vida de Enfermeiras professoras de enfermagem e Enfermeiras podem contribuir para pensar um projeto pedagógico alternativo em enfermagem. Os objetivos do estudo consistiram em: a) analisar como ocorre a formação do Enfermeiro, tendo em vista as estruturas macrossociais determinantes do processo saúde-doença; b) descrever como as Enfermeiras professoras de enfermagem e as Enfermeiras compreendem a construção do processo formativo e a possibilidade do desenvolvimento do exercício da autonomia no cuidar; c) identificar se existe a possibilidade de superar, no projeto formativo, a hegemonia do capitalismo e da sua universalidade técnico-científica e consumista na área da saúde. Os sujeitos foram quatro Enfermeiras, duas delas também educadoras, atuando diretamente com a formação de Enfermeiros. Como metodologia de pesquisa empírica foi utilizada a história oral de vida. O referencial teórico utilizado foi a Teoria Crítica da Escola de Frankfurt. Dos resultados pode-se destacar que a vida pulsa na enfermagem, em busca da autonomia para exercer o cuidar, apesar das complexas relações entre o modelo científico vigente, as políticas públicas de saúde, as práticas de gestão, as políticas de formação e as práticas de formação. Nesse cenário, surge a necessidade de se repensar o modelo de formação do profissional de saúde a partir da compreensão que saúde e doença são formas pelas quais a vida se manifesta, são experiências únicas e subjetivas, que vão além das questões postas pelo capitalismo, donde se apresenta a tensão entre a subjetividade da doença e a objetividade desse modelo de se *fazer saúde*.

Palavras-chave: Trabalho, Formação, Enfermagem, Políticas de Saúde, História Oral de Vida.

ABSTRACT

SANINO , Giane Elis Carvalho . **The pulsating life : training and work in nursing and locus of autonomy to exercise care** . Thesis (Doctorate in Education) Post-graduation program in Education - Universidade Nove de Julho , São Paulo , 2013 . 372 p .

The theme of this research was the relationship between the training of nurses, their work and the society where they develop themselves . The problem that this research was to investigate was the formation of the nurse in the capitalist consumer society. The following hypotheses broke up : 1) the training of nurses in the context of current cultural and socio-economic system has taken on a connotation of pseudo-training , fragmented , one-dimensional , that is, more focused on the health-illness binomial, focusing on the technical and scientific aspects , unarticulated from needs of the social reality in which graduates of nursing courses will be inserted . 2) the construction of an education for autonomy and emancipation becomes possible , raising a critical stance against the socioeconomic , political and cultural environment in which the nursing professionals performs their activity , promoting the autonomy and self-development , which trespass the purely technical and biological aspects , in order to put the nursing knowledge in the unity of the human being , concerning their fundamental needs, in order to overcome the reductionism of the health -disease binomial . Nursing work, when coated in an economic sense, can be in contradiction with what one wishes for care, based on the epidemiological profile of the health-disease process. 3) oral histories of nurses and nursing teachers' lives can contribute to think of an alternative pedagogical project in nursing . The objectives of the study were: a) analyze how nurses are trained, concerning the decisive macrosocial structures to the health-disease process, b) describe how nurses teaching nursing and nurses comprise the construction of the training process and the possibility of developing autonomy in the exercise of care, c) identify whether there is a possibility to overcome, in the training project , the hegemony of capitalism and its scientific-technical and consumerist universality in healthcare . The subjects were four nurses, two of them also educators, working directly with the training of nurses. The oral history of life was used as empirical research methodology. The theoretical reference used was the Critical Theory of Frankfurt School. From results we can note that life pulsates in nursing, in search of autonomy to exercise the care, despite the complex relationship between the prevailing scientific model, public health policies, management practices, training policies and practices of training. In this scenario, there is a need to rethink the model of training of health professionals from the understanding that health and disease are ways in which life is manifested, they are subjective and unique experiences that go beyond the questions posed by capitalism, whence the tension between the disease's subjectivity and the objectivity of this model of promoting health is presented.

Keywords : Work, Education , Nursing , Health Policy , Oral Life History .

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Relação das teses e dissertações pesquisadas sobre a formação do Enfermeiro no período de 2000 a 2012 segundo: título, área de conhecimento, programa, tipo de instituição, nível de estudo, conclusão e ano do estudo. São Paulo, 2013.	29
Tabela 2 -	Distribuição das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no país, segundo nome, tema central e ano de realização. São Paulo, 2013.	75
Tabela 3 -	Vínculos de emprego nas ocupações de enfermagem, segundo divisão de atividades econômicas em 31/12/08. São Paulo, 2011.	110
Tabela 4 -	Dispositivos legais que determinaram o currículo do Enfermeiro no país segundo ano e principais objetivos. São Paulo, 2013.	202
Tabela 5 -	Relação das atribuições da equipe de enfermagem. São Paulo, 2013.	230

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos trabalhos pesquisados sobre a formação do enfermeiro no período de 2000 a 2011 segundo: teses e dissertações. São Paulo, 2013.	46
Gráfico 2 -	Distribuição dos trabalhos pesquisados sobre a formação do enfermeiro no período de 2000 a 2012 segundo a natureza da instituição do programa. São Paulo, 2013.	46
Gráfico 3 -	Relação dos trabalhos pesquisados sobre a formação do Enfermeiro no período de 2000 a 2012 segundo a distribuição nos anos. São Paulo, 2013.	49
Gráfico 4 -	Vínculos ativos de Enfermeiros por região segundo gênero. Brasil, 2003.	112
Gráfico 5 -	Números de cursos de graduação em enfermagem por 1 milhão de habitantes por região geográfica, 1991-2010.	192
Gráfico 6 -	Oferta de cursos de graduação em enfermagem por categoria administrativa, 1991-2012.	194

LISTA DE FIGURAS

Figura	1 - Relação dos Programas e Áreas de Concentração dos trabalhos pesquisados sobre a formação do Enfermeiro no período de 2000 a 2012. São Paulo, 2013.	48
Figura	2 - Relação das principais categorias levantadas nos artigos selecionados das referências bibliográficas nos estudos pesquisados sobre a formação do Enfermeiro no período de 2000 a 2012. São Paulo, 2013.	52
Figura	3 - Estabelecimentos de Saúde no Brasil – 2002 a 2009. São Paulo, 2011.	103
Figura	4 - Estabelecimentos de Saúde no Brasil por região – 2002 a 2009. São Paulo, 2011.	112
Figura	5 - Comparativo dos profissionais de enfermagem – IBGE-CORENS, no ano de 2009. São Paulo, 2011.	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira em Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACLS	Advanced Cardiologic Life Support
ADT	Apoio ao Diagnóstico e Terapia
AMS	Assistência Médico-Sanitária
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BEDENF	Base de Dados de Enfermagem
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul
BSI	British Standards Institution
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossociais
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossociais Para Álcool e outras Drogas
CAPSI	Centros de Atenção Psicossociais Para Criança e Adolescente
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEE	Conselho Estadual de Educação
CEE	Comissões de Especialistas de Ensino
CEF	Caixa Econômica Federal
CEFAM	Centro Específico de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEn	Centro de Pesquisa em Enfermagem
CESEM	Centro de Seleção de Candidatos às Escolas
CES	Câmara de Educação Superior
CFE	Conselho Federal de Educação
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSa	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

CoEP-UNINOVE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COFINS	Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COSEAS	Coordenadoria de Assistência Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRUSP	Conjunto Residencial da USP
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DICQ	Sistema Nacional de Acreditação Limitada
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DNV	Det Norske Veritas
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DPAC	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Educação à Distância
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ENADE	Exame Nacional de Cursos
Enem	Exame Nacional do Ensino Médio
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública
ESA	Agência Espacial Europeia
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Estado de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FCAV	Fundação Carlos Alberto Vanzolini
FEBASE	Federação Baiana de Saúde
FEHERJ	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
FEHOESC	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina
FEHOESG	Federação dos Hospitais, Laboratórios, Clínicas de Imagem e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Goiás
FEHOESP	Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e de Análises Clínicas e Demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo
FEHOSPAR	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Paraná
FEHOSUL	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul
FENAESS	Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
FPS	Frente Parlamentar da Saúde

FUVEST	Fundação Universitária para o Vestibular
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GL	Germanischer Lloyd Certification South America
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
IAC's	Instituições Acreditadoras Credenciadas
IAHCS	Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPASS	Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços em Saúde
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
IPQ	Instituto de Psiquiatria
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
IRPF	Imposto de Renda de Pessoas Físicas
IRPJ	Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas
JCI	Joint Commission Internacional
JCR	Journal Citation Reports
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOAS	Leis Orgânicas da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAS	Pesquisa de Assistência Médico Sanitária
MASP	Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MCOs	Managed Care Organizations
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NIAHO	Integração Nacional de Acreditação de Organizações de Saúde
NHB	Necessidade Humanas Básicas
NOA	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONGs	Organizações Não-governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organizações Sociais
PACS	Programas Agentes Comunitários de Saúde
PAE	Programa de Aperfeiçoamento de Ensino

PAS	Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo
PAIS	Plano de Assistência Integral à Saúde
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica e de Promoção a Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNUD	Programa Nacional das Nações Unidas Para o Desenvolvimento
PPC	Projeto Político Pedagógico
PPI	Projeto Pedagógico Institucional
PPPEB	Projeto Político Profissional da Enfermagem Brasileira
PPP	Parcerias Públicos Privadas
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Prev-saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PS	Pronto Socorro
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RASs	Redes de Atenção à Saúde
REBEn	Revista Brasileira de Enfermagem
REEUSSP	Revista da Escola de Enfermagem da USP
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
REPEN	Revista Paulista de Enfermagem
RORHS	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAVC	Supporte Avançado de Vida em Cardiologia
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SEESP	Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo
SENASS	Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde
SESP	Serviço de Saúde Pública
SESu	Secretaria de Educação Superior
SESS	Serviço Social da Saúde
SEESP	Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo
SIMS	Sistema Integrado Municipal de Saúde
SINAES	Sistema Nacional da Avaliação do Ensino Superior
SINAN	Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação
SINDHOSP	Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas do Estado de São Paulo
SINSAUDESP	Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de São Paulo
SOPSP	Sociedade de Psicodrama de São Paulo
SRTs	Serviços Residências Terapêuticos
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TEMOS	Telemedicina para a Sociedade Móvel
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNESP	Universidade Estadual de São Paulo
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFEM	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VUNESP	Vestibular da Universidade Estadual Paulista
WOS	Web of Science

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
Capítulo I – A ENFERMAGEM NO CAPITALISMO DE CONSUMO.....	58
1. Sociedade, Saúde e Trabalho em Enfermagem.....	58
1.1 Conferências Internacionais de Saúde.....	58
1.2 Conferências Nacionais de Saúde.....	75
1.3 Panorama de Trabalho do Profissional de Saúde.....	99
1.4 As Influências do Neoliberalismo no SUS e O Mal Estar na Saúde Coletiva.....	117
1.5 Perfil Epidemiológico do Processo Saúde-Doença.....	159
1.6 O Cuidar - Reconhecendo sua Significação.....	168
	185
Capítulo II - O CAMINHO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO.....	
2. Enfermagem – A Formação para o Cuidar.....	185
2.1 Primórdios do Cuidar – A Enfermagem Empírica.....	185
2.2 O início da Enfermagem - “ <i>A mais Antiga das Artes</i> ”.....	185
2.3 <i>Da época Sombria ao Renascimento</i>	186
2.4 <i>Uma Nova Profissão</i>	187
2.5 Oferta de Cursos de Graduação em Enfermagem.....	188
Capítulo III – DESENVOLVIMENTO E SITUAÇÃO ATUAL DAS POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	199
3.1 O Início da Profissionalização do Cuidar.....	199
3.2 A Profissão Enfermagem.....	259
	263
Capítulo IV. AS HISTÓRIAS DE VIDA DE ENFERMEIRAS E OS CAMINHOS PARA UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	
4. Percurso Metodológico.....	263
4.1 Sujeitos da Pesquisa.....	263
4.2 Dimensão Conceitual.....	266
4.3 Dimensão Empírica.....	271

4.4 Coleta dos Dados.....	274
4.5 Histórias Orais de Vida.....	275
4.6 Análise das Histórias Orais de Vida.....	310
	338
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
REFERÊNCIAS.....	344
ANEXOS	364
Anexo 1. Termo de Consentimento para Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa.....	364
Anexo 2. Carta de Cessão de Entrevista.....	367
Anexo 3. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	368

INTRODUÇÃO

Parecerá, talvez, um estranho princípio enunciar que o primeiro requisito de um hospital consiste no dever de não prejudicar o paciente.

O cuidado do enfermo é o principal objeto dos hospitais. O cuidado de suas almas é o grande ministério dos clérigos dos hospitais. O cuidado de seus corpos é do dever das enfermeiras hospitalares. (NIGHTINGALE, 1989).

Minha formação acadêmico-profissional teve início no Ensino Médio, quando cursei o Centro Específico de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério (CEFAM). Seguir a carreira do Magistério nunca fez parte dos meus sonhos, no entanto, ainda não vislumbrava nenhuma outra carreira. Naquele momento, minha maior ambição era concluir o Ensino Médio como uma profissional em qualquer área, pois, como tantos outros filhos de classe operária, havia internalizado o discurso familiar sobre a importância de possuir uma profissão, e um diploma.

Ao término do curso do Magistério, novamente me vi diante da necessidade de fazer mais uma escolha: a da área profissional. O campo da Biologia e dos assuntos relacionados à área da Saúde me atraíam, porém, nunca me imaginei exercendo qualquer profissão na área das Ciências Biológicas; por outro, ainda que houvesse me formado no Magistério, não queria seguir nenhuma profissão relacionada a essa área. Por conseguinte, parti em busca de conhecimentos e esclarecimentos a respeito de profissões relacionadas à área da Saúde, optando, por fim, pela Enfermagem.

Enquanto cursava Enfermagem, comecei a lecionar Ciências para alunos de 5^a a 8^a série do Ensino Fundamental, o que propiciou a geminação da minha experiência profissional. Procurei estabelecer um elo entre a Educação e a Enfermagem. Durante esse tempo me envolvi não apenas com a disciplina que lecionava a meus alunos, mas também com alguns projetos referentes à promoção, proteção e prevenção à saúde junto a toda comunidade escolar.

Dessa forma, mesmo sem ter a maturidade necessária e os conhecimentos específicos para tal, de maneira incipiente, comecei a identificar o fato de que todo

Enfermeiro¹ é um Educador, querendo ou não, uma vez que ele orienta sua equipe, os usuários dos serviços de saúde², e outros profissionais da equipe multiprofissional de saúde. O que faz com que ele seja um Educador é a sua conscientização de tal fato e as atitudes que decorrerão dessa percepção global de sua realidade; visto que, enquanto Enfermeiro-Educador, ao desenvolver suas atividades poderá exercer um importante papel social.

Ao terminar o curso de graduação, busquei aprofundar meus conhecimentos na área escolhida para minha profissão. Para tanto, iniciei um curso de pós-graduação, modalidade *lato sensu* em período integral no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), por meio do qual obtive o título de Especialista em Nefrologia. O curso era em período integral, e como meu objetivo não era trabalhar em um hospital no período noturno, optei por exercer a docência em cursos Técnicos em Enfermagem.

Finda a especialização, procurei conciliar o exercício da Enfermagem com o da Educação, separadamente; entretanto, trabalhava em uma clínica multinacional de diálise, e, por divergências no horário proposto, não pude mais lecionar em cursos Técnicos em Enfermagem. Então, decidi exercer a função de Educadora somente como Enfermeira. Assim, trabalhei como Enfermeira da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC)³, lecionando para os usuários dos serviços de saúde

¹ Embora tenha entrado em vigor a Lei n. 12.605 de 3 de abril de 2012, que determina o emprego obrigatório da flexão de gênero para nomear profissão ou grau em diplomas, nesta pesquisa será utilizada a palavra Enfermeiro para os profissionais de ambos os gêneros, sem querer desconsiderar o contingente predominantemente feminino da profissão, optou-se por utilizar o gênero masculino de acordo com o que ainda é especificado na Classificação Nacional de Profissões do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), na Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) e na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem.

² O Termo “usuários dos serviços de saúde” é amplamente utilizado nas publicações de saúde coletiva, os termos “clientes” e “pacientes” geralmente não são utilizados nesses estudos, na área da saúde o termo teve a sua introdução após a aprovação da Lei Estadual do Estado de São Paulo n. 10.241, de 17 de março de 1999, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências- conhecida como “Lei Mário Covas”. Posteriormente uma outra versão, com os mesmos princípios, passou a ser utilizada em território nacional - Portaria GM N. 1.820, de 13 de agosto de 2009 - Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Neste estudo será utilizado o termo “usuários dos serviços de saúde”, por considerar que esse termo rompe com a tradicional dicotomia entre o termo “paciente”, que pode ser interpretado pelo simples viés daquele que é destituído de sua autonomia e padece, esperando pacientemente as ações dos profissionais dos serviços de saúde; ou “cliente”, que pode também ser interpretado por aquele que compra, que consome um serviço, como se a relação saúde e doença fosse uma simples mercadoria, de via única, fácil de ser ofertada e adquirida dentro de um mercado de saúde.

³ É um dos tipos de terapia renal substitutiva, em que o peritônio (membrana que recobre os órgãos abdominais) é utilizado como uma espécie de filtro, associado ao uso de soluções hiperosmolares;

(pacientes e familiares). Esta decisão, mais uma vez, reforçou minha concepção de que o profissional de saúde é um Educador.

Embora continuasse a ensinar, agora em uma situação informal, senti imensa falta da sala de aula formal e dos alunos. Decidi, então, que não mais deixaria a Educação. Demiti-me da clínica e saí em busca de um emprego, que me permitisse conciliar o exercício das duas profissões: Educadora e Enfermeira. Voltei a estudar para melhorar minha *qualificação* como docente. Pensava cursar Pedagogia, uma vez que os cursos de graduação e de especialização me haviam proporcionado subsídios e/ou conhecimentos para ser Enfermeira, mas não para o trabalho didático formal, razão pela qual precisava continuar estudando. Finalmente, optei por cursar o Mestrado em Educação, acreditando que essa nova etapa me permitiria consolidar a relação profissional que sempre se fez presente na minha carreira: a relação Enfermeira/Docente.

O exercício de diferentes funções nos quadros da Enfermagem e nos da Educação, me possibilitou traçar um comparativo entre as variadas experiências profissionais. Nesse sentido, senti necessidade de construir e/ou reconstruir, para mim, o conceito do que é ser Enfermeira; pois, como profissional da área da Enfermagem, acredito que o ser *Enfermeira* não é algo que se delineie apenas durante a graduação, mas também que se incorpora aos poucos, durante o exercício da atividade profissional diária.

Nesse contexto do exercício de minha profissão, razão de minha entrada no doutorado, retorno à questão do cuidar de uma forma que considero mais ampla e abrangente. Retomo-a nesses termos, considerando que, anteriormente, ela se relacionava com os momentos nos quais eu trabalhava em instituições de saúde e ela estava restrita àqueles profissionais com os quais eu dividia os momentos assistenciais e de cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde. A amplitude do cuidar se apresenta no momento em que penso que é o Enfermeiro quem forma o Enfermeiro, o Auxiliar e o Técnico em Enfermagem.

isso permite que ocorram dois processos físico-químicos, a ultrafiltração, e a difusão. Essa forma de tratamento substitui em partes a função renal. O usuário e/ou cuidador passam por um processo educativo com o Enfermeiro, para estarem aptos a fazer essa técnica em seu domicílio, o que consiste em, no mínimo, quatro trocas da solução diariamente, e em caso de não haver intercorrências, o usuário geralmente comparece à unidade de diálise duas vezes por mês para colher exames laboratoriais, e passar por consulta Médica e de Enfermagem, para acompanhamento e continuidade de sua terapia.

Quais seriam o compromisso e a responsabilidade social daqueles que trabalham nas Instituições de Ensino Superior (IES), ministrando aulas aos futuros profissionais da área da Enfermagem, frente ao cuidar na formação do Enfermeiro? Que *tipo* de cuidar esse Enfermeiro/Docente constrói com seus alunos e exerce junto aos usuários dos serviços de saúde?

Em vários momentos, questionei e ainda questiono se realmente estamos realizando nosso compromisso profissional como Enfermeiros e Enfermeiros Docentes, pois esse compromisso é também com a qualidade de vida das pessoas, e por consequência, com a condição de vida da população e com a Saúde em todas as suas dimensões, desde a proteção, a prevenção até a promoção e a reabilitação, sem distinção, como pessoas semelhantes em direitos, deveres e valores.

O fato de o Enfermeiro estar ou não diretamente envolvido com os cuidados prestados ao doente ou ao homem sadio, não diminui sua importância no contexto de seu trabalho que se vincula àquele cuidado. Assim sendo, o profissional deve zelar pela qualidade e competência do cuidado administrado ao usuário do serviço de saúde, pois, muitas vezes, frente ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, precisamos responder por esta assistência de Enfermagem, prestada livre de danos oriundos de quaisquer etiologias e iatrogênias⁴, seja, por imperícia, negligência ou imprudência; e no capítulo I - art. 3.º - dos Princípios Fundamentais, consta que: "O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza."

A epígrafe que abre esse estudo, já anuncia a contradição da situação existente em que se encontra a formação dos profissionais de enfermagem, a de não causar nenhuma iatrogenia no desenvolvimento de suas atividades profissionais diárias. Contraditória a situação de que a instituição de saúde tenha como uma de suas premissas, a de não prejudicar seu usuário, na medida em que seu objetivo é o oposto, o da manutenção de padrões aceitáveis para a qualidade de vida, acresce-se gravidade ao fato da iatrogenia ser considerada a terceira causa de morte mundial; de 44 mil a 98 mil pessoas morrem anualmente nos Estados Unidos em

⁴ O termo etiologia é comumente utilizado para determinar o agente causal da patologia, dano ou distúrbio; já o termo iatrogênia refere-se a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas pelo tratamento, como quedas, erros em dosagens e administração de medicamentos, algas e desconfortos desnecessários, entre outros. Contudo, o termo deriva do grego iatros (médico, curandeiro) e genia (origem, causa), dessa forma pode aplicar-se tanto a efeitos bons ou maus da terapêutica instituída.

decorrência de erros médicos, e acredita-se que esse número no, Brasil, possa ser muito maior, apesar da inexistência de dados oficiais, em virtude da estrutura insuficiente e inadequada, aliada à precariedade de equipamentos e condições de trabalho das instituições de saúde (PEDREIRA, 2009, p. 6).

Nesse contexto, faz-se relevante para a formação do Enfermeiro, além das exigências cabíveis à prática assistencial e dos requisitos que pesam sobre o ensino de enfermagem, a construção de outros conhecimentos. Impõe-se posição compatível não só com a prática de cuidar e de ensinar a cuidar, mas com a procura de novas formas de interpretação da realidade, orientadas por um projeto político-pedagógico de profissionalização, que reconheça as contradições da sociedade na qual está inserido e compreenda a complexidade dos contextos determinantes do processo saúde-doença.

O Tema e sua Delimitação

A partir do século XIX⁵, o conhecimento científico passou a organizar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde; a forma majoritária como ocorreu a utilização desse conhecimento foi com enfoque predominantemente marcado na centralidade no tratamento de patologias dentro das instituições hospitalares. Esse modo de tratar as questões relacionadas ao processo saúde-doença acabou se consolidando no modelo de atenção à saúde, que, na atualidade, é conhecido como modelo hegemônico biomédico hospitalocêntrico. Esse modelo, que também é denominado de Flexeneriano, surgiu na Inglaterra em 1910, a partir do Relatório Flexner⁶, documento que teve grande impacto teórico e prático na medicina, sendo que seus elementos essenciais vigoram em grande parte até hoje.

⁵ Os conceitos de saúde-doença serão analisados nesse estudo em sua evolução histórica, dentro da perspectiva ocidental, que foi fortemente influenciada pelo modelo europeu.

⁶ Em 1910, Abraham Flexner publicou o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report). Esse estudo foi considerado como o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. Flexner considerava que a maioria das escolas médicas dos EUA e Canadá era desnecessária ou inadequada. Estabeleceu mapas pormenorizados, determinando o número, a alocação e a distribuição das escolas de medicina no Canadá e nos EUA; em sua opinião, das 155 escolas existentes, apenas 31 tinham condições de continuar funcionando. Ele sugeriu filiar os hospitais às faculdades de medicina, como consequência dessa excessiva aproximação ensino e serviço sob a égide do capital, a produção de conhecimento na área da saúde fragmentou-se em diversas especializações, sem constituir uma unidade essencial para atender as necessidades dos sujeitos (ITIKAWA, 2008, p. 2).

O modelo instituiu a medicina científica, que associava o desenvolvimento da atenção à saúde ao crescimento das especialidades médicas, praticadas com base em alguns elementos ideológicos pautados nos pressupostos da ciência positivista, como o mecanicismo, o biologismo, o individualismo e a ênfase no processo curativo (MENDES, 2012, p.55).

Seguindo esse modelo, os profissionais de saúde têm sido submetidos a uma formação fragmentada, que poderia ser considerada, segundo os teóricos frankfurtianos da primeira geração da Teoria Crítica, como uma pseudoformação, o que os direciona a uma abordagem com cunho essencialmente curativa do corpo biológico, levando-os a tratar as pessoas como objetos, desconsiderando sua história de vida, e os diversos modos de enfrentamento individual frente ao processo saúde-doença.

Acresce-se a esse cenário fragmentado de assistência e formação em saúde, o próprio conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) que foi, em 1948, divulgado na carta de princípios de sete de abril - considerado como Dia Mundial da Saúde. Segundo Scliar (2007, p. 37), foi estabelecido: "Saúde como um estado de completo bem-estar mental e social, e não apenas a ausência de doenças", um conceito de saúde que pode ser considerado como negativo, na medida em que remete diretamente à condição de saúde a algo ideal, inatingível; a partir dessa definição fica praticamente inviável ter a saúde postulada, o que faz com que esse conceito de saúde não possa ser utilizado como meta pelos serviços assistenciais, em razão do reducionismo presente em seu cerne. Já o conceito de saúde adotado pelo Brasil foi expresso na Constituição Federal de 1988, no artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Essa definição de saúde, não aborda qual, de fato, seria o conceito de saúde, mas enfatiza os mecanismos para se conseguir a saúde. Qual será o conceito de saúde almejado pela Lei Orgânica da Saúde n. 8080/90, que regularizou os postulados preconizados na Carta Magna de 1988? O texto legal não nos fornece elementos suficientes para responder a essa questão, mas coloca a saúde dentro de uma perspectiva política, que vem ratificar apenas os determinantes expressos na

declaração de Alma Ata, que serviram como embasamento teórico para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A OMS, talvez como uma forma de resposta às duras reações negativas provenientes dos estudiosos do tema a esse conceito idealizado de saúde e também de responder aos novos anseios sociais - determinados pelas modificações socioeconômicas ocorridas três décadas após a 2^a Guerra Mundial - promoveu em 1978 a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, realizada estrategicamente na cidade de Alma Ata (atual Cazaquistão). Na declaração final do evento foi determinada a necessidade da implantação urgente, por todos os povos, de cuidados primários de saúde, adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de cada região, e que os países deveriam incluir pelo menos: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, e a provisão de medicamentos essenciais, bem como uma maior integração entre o setor da saúde e os demais setores sociais (BRASIL, 2001).

Essa definição dos determinantes sociais da saúde, realmente possibilitou a ampliação dos horizontes sobre a percepção de saúde, contudo, pôde também propiciar a medicalização da existência humana, dentro de uma sociedade capitalista de consumo, tendo a ciência talvez *contraditorialmente* ao que deveriam ser suas premissas básicas, de trazer melhorias para a qualidade de vida da humanidade. A ciência desenvolvida durante os séculos XIX a XXI tem possibilitado o grande desenvolvimento da indústria de medicamentos e de produtos para a área da saúde, o que, em uma análise ingênua, pode passar para muitos a aparente certeza de que está ao alcance de todos os sujeitos esse conceito quase utópico de saúde.

Nesse cenário, o indivíduo pode ser sujeitado a assumir diversas práticas consideradas como de promoção à saúde, que, por sua vez, podem estar totalmente desarticuladas de sua realidade social, e que comumente podem ser perpetuadas por meio de discursos verticalizados e assimétricos, como se o indivíduo não pudesse ter a autonomia possível de escolha, de qual a melhor forma de conviver com sua realidade social, para optar pela maneira que considerar mais viável para manter o que ele eleger como qualidade de vida, dentro de suas alternativas, e não

esse conceito ilusório e reducionista de saúde total, ou *Saúde como ausência de doença*⁷.

É inquestionável a participação dos avanços científicos na redução de inúmeras doenças infecciosas, mas, por outro lado, convivemos com o avanço das doenças crônicas; os dados epidemiológicos do século XXI evidenciam que esse conceito de saúde, e as formas propostas para alcançá-la, não surtiram o efeito desejável, proclamado. O quadro epidemiológico da população brasileira pode ser utilizado como exemplo para evidenciar essa situação. A taxa de mortalidade, padronizada por idade e por doenças crônicas, em pessoas de 30 anos ou mais, é de 600 mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido. Como consequência, estima-se que morram, a cada dia, mais de 450 pessoas somente em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos. O país apresenta um processo de envelhecimento de sua população, e está passando por uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas, e pelo aumento relativo das condições crônicas. O que torna a situação epidemiológica brasileira muito singular e define-se por alguns atributos fundamentais, é a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas, doenças crônicas, carências, e o movimento de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas como a dengue e a febre amarela (MENDES, 2012, p. 37-38).

Dentro desse cenário, surge a necessidade de se repensar o modelo de formação do profissional de saúde a partir da compreensão de que saúde e doença são formas pelas quais a vida se manifesta, são experiências únicas e subjetivas, que vão além das questões postas pelo capital; surge, dessa forma, a tensão entre a subjetividade da doença, e a objetividade desse modelo de se *fazer saúde*, e da formação dos profissionais de saúde. Como seria possível quebrar o paradigma do atendimento ao episódio agudo, com ações imediatistas, que não evidenciam um sério e adequado planejamento social para a saúde? Da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde com o envolvimento do cidadão e da sociedade? Como articular a formação do profissional de saúde, para que atue e estimule o desenvolvimento de um sistema de saúde, que cuide das pessoas para

⁷ Segundo Scliar (2007, p. 37), Christopher Boorse utilizou pela primeira vez esse conceito em 1977, como objeção ao conceito de saúde da OMS.

que elas não adoeçam, e que estimule nas pessoas a autonomia de seu cuidar, e não apenas que cuide de forma *duvidosa* dos doentes, das doenças, e de suas consequências?

Partindo da consideração de que as diversas instituições de saúde precisam também auxiliar as pessoas para que não adoeçam, e não apenas cuidar das doenças após a sua instalação, quando os indivíduos já estiverem acometidos por algum desequilíbrio no processo saúde-doença - o que invariavelmente pode trazer sequelas de ordem econômica, biológica e/ou emocional, de uma forma passiva, como se o fluxo, a demanda às instituições de saúde, necessariamente tivessem que ser espontâneas, longe do alcance de medidas que visem desenvolver ações para a proteção e promoção da qualidade de vida da população.

Nesse aspecto, os processos de formação podem ganhar destaque, bem como as instituições em que eles são desenvolvidos. Nesse sentido, Buffa e Nosella (2009, p. 27) levantam a necessidade das pesquisas em instituições escolares explicitarem as relações com o contexto econômico, político, social e cultural:

Assim, na consideração das particularidades de uma dada instituição escolar, indispensável etapa do processo de investigação, passa despercebido no movimento real da história que, às vezes, foi exposto como independente da materialidade dos aspectos singulares. Em suma, no texto a sociedade que produziu a escola fica esmaecida.

Embora o meu objeto de pesquisa não seja diretamente relacionado à instituição escolar - pois vou estudar a formação do Enfermeiro e não a escola propriamente dita - considero que não teria como se apartar a instituição escolar do contexto da formação. Os aspectos da formação sofrem interferência direta das instituições escolares onde são desenvolvidos, da mesma forma que as condições de saúde estão articuladas aos processos desenvolvidos nos contextos econômicos, políticos, sociais e culturais do país.

Nessa direção, González (2007, p. 179) estimula a reflexão sobre a formação estar articulada ao contexto social:

Reafirma-se, então, que o tratamento do tema – instituições escolares: práticas – centra-se em caracterizar, minimamente, as instituições escolares como espaços historicamente produzidos na perspectiva da formação do indivíduo. E na problematização da formação do indivíduo como dimensão, no espaço escolar, dos processos de reprodução social, enraizados na dialética entre a objetivação e a apropriação fundantes dos processos de trabalho.

Partindo dessa análise, levamos em consideração que a formação do Enfermeiro talvez não deva ser embasada apenas na vertente do domínio de conhecimentos técnicos e científicos. Acresce-se ao domínio dos conhecimentos técnicos científicos, a necessidade da utilização desses conhecimentos, articulados, e voltados para o atendimento das necessidades da realidade na qual os egressos dos cursos de Enfermagem estarão inseridos, visando o aprofundamento das experiências formativas sobre a compreensão da enfermagem como prática, e, sobretudo, como uma prática social, necessária também para o alcance da promoção da saúde da população. Essa postura lhe possibilita atender a demanda de saúde populacional, a partir da análise do seu perfil epidemiológico, com o desenvolvimento de ações pautadas na autonomia, e com qualidade técnica e política.

Em Teoria de La Seudocultura, Adorno (1996, p.4-5) traz elementos que permitem refletir sobre as contradições presentes no modelo de formação na sociedade contemporânea:

A formação era tida [no iluminismo] como condição implícita a uma sociedade autônoma: quanto mais lúcido o singular, mais lúcido o todo. Contradicoratoriamente, no entanto, sua relação com uma práxis ulterior apresentou-se como degradação a algo heterônomo, como percepção de vantagens de uma irresolvida *bellum omnium contra omnes*. Sem dúvida, na ideia de formação cultural necessariamente se postula a situação de uma humanidade sem status e sem exploração. Quando se denigre na prática dos fins particulares e se rebaixa diante dos que se honram com um trabalho socialmente útil, trai-se a si mesma. Não inocenta por sua ingenuidade, e se faz ideologia.

Esse tipo de formação, que se espraia no senso comum para se sustentar sobre aspectos meramente afetivos ou meramente tecnológicos ou biológicos, invade diversos âmbitos da vida e se afirma, tornando-se ideológica porque pode propiciar a negação da subjetividade. A formação que não considere os elementos da realidade na qual se insere, produz soluções imediatistas e frágeis; constitui-se como uma formação falsa, porque nega o desenvolvimento da autonomia do sujeito pseudoformado e pseudoculto, como argumenta Adorno.

A pseudoformação nega ao indivíduo a compreensão dos elementos aos quais está relacionado o processo saúde-doença, restando-lhe tão somente instrumentalizar-se. No caso específico dos profissionais da área da saúde, a busca incessante pela instrumentalização tecnológica, com vistas à adaptação ao *mercado*

da saúde, pode excluir a possibilidade do desenvolvimento da consciência dos sujeitos do cuidar quanto aos processos causais dos desequilíbrios da saúde.

Nessa perspectiva, Alves (2007, p.255-256) enfatiza que:

Há que se reconhecer, ainda, que no interior do próprio modo de produção capitalista, dominante de nosso tempo, como decorrência da alteração de forças entre as diferentes classes e frações de classes em distintos momentos de seus desdobramentos, também as práticas escolares ganharam configurações específicas.

As práticas escolares ao assumir, mesmo que de forma *inconsciente*, a reprodução dos modos de produção da sociedade capitalista dominante, podem se tornar um veículo de destaque de disseminação dessa *ciência asséptica*, que não se apresenta diretamente vinculada à pseudoformação, mas não está de todo separada da sociedade, de um contexto histórico-social. Ao analisarmos seus desenvolvimentos e os inúmeros avanços tecnológicos e científicos (imunobiológicos, antibióticos, mapeamento genético, telemedicina, etc.), nos deparamos com a questão de que, apesar de toda essa potencialidade, persistimos com o recrudescimento de agravos básicos, eminentemente relacionados com situações de vulnerabilidade social (desnutrição, doenças parasitárias, tuberculose, malária e etc.). Dessa forma, a ciência não pode ser mesmo considerada neutra, na medida em que praticamente expurga os grupos excluídos socialmente de seus avanços, em uma situação de dominação social.

Revisão Bibliométrica

A análise da produção acadêmica sobre a formação do Enfermeiro buscou conhecer como os estudiosos têm abordado essa temática, no período de 2000 a 2012, por meio de levantamento no Banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior (CAPES), na busca sobre o tema foram utilizadas diferentes combinações das seguintes palavras chaves: Formação, Trabalho, Enfermagem e Cuidar.

Como resultado foram encontrados 587 trabalhos, após a leitura do resumo foram selecionados 83 trabalhos que convergiram com o objetivo dessa pesquisa, e atenderam a pelo menos um dos seguintes critérios de inclusão: formação do Enfermeiro relacionada ao cuidar e/ou política; referencial teórico da Escola de Frankfurt, e uso do método de História Oral de Vida. Justifica-se a exclusão da

grande maioria dos trabalhos por tratar-se de estudos sobre práticas de cuidado aplicado a áreas ou temas específicos, sem necessariamente promover uma análise articulada das categorias: formação, trabalho e cuidado.

Foi realizada uma leitura exploratória do texto integral dos trabalhos selecionados, após seletiva analítica e interpretativa, excluindo novamente 33 estudos, pois embora pela leitura dos resumos atendessem aos critérios de inclusão na análise do texto integral, não estavam de acordo com os critérios previamente estabelecidos, ficando nossa amostra final com 50 trabalhos. Após esse processo, foi feita a categorização do material; primeiramente foi realizada uma abordagem quantitativa acerca dos dados referentes à publicação e instituição, seguida de uma análise qualitativa sobre os dados referentes às pesquisas. A tabela 1, abaixo, apresenta a categorização geral das pesquisas:

Tabela 1 - Relação das teses e dissertações pesquisadas sobre a formação do Enfermeiro no período de 2000 a 2012 segundo: título, área de conhecimento, programa, tipo de instituição, nível de estudo, conclusão e ano do estudo. São Paulo, 2013.

Título	Área de Concentração/Programa	Instituição/Nível	Conclusão	Ano
1. Graduação em enfermagem: um olhar sobre o currículo na perspectiva de gênero	Educação/Educação	Pública/Mestrado	<p>O conhecimento perpetrado pelo currículo representa, predominantemente, a reprodução acrítica do modelo hegemônico (biomédico) em saúde, o que contribui para legitimação e fixação do paradigma formativo androcêntrico. Para romper essa trajetória reprodutiva aponto a reformulação de conteúdos curriculares e a introdução de conceitos críticos do campo dos estudos de gênero para contestação e transformação dos estereótipos que dificultam a expansão da Enfermagem como atividade autônoma, crítica e valorizada.</p>	2011
2. Gestão do trabalho e da Educação na Saúde: uma reconstrução histórica e política	Política, Planejamento e Administração em Saúde/Saúde Coletiva	Pública/Doutorado	<p>O esforço de implementação da política de recursos humanos pela esfera federal não tem sido capaz de redirecionar de forma mais permanente os processos de formação e trabalho nas outras instâncias do sistema de saúde, com vistas aos objetivos do sistema de saúde brasileiro. Embora sejam observadas mudanças pontuais, mantém-se o distanciamento discurso x <i>práxis</i> que condiciona uma baixa institucionalidade da área, tanto no campo da política, como da gestão</p>	2010
3. Formação do enfermeiro para atuação na atenção básica: uma análise segundo as diretrizes do programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (pró-saúde)	Saúde Coletiva/Saúde Coletiva	Pública/Mestrado	<p>A continuidade e o fortalecimento do incentivo às instituições para a adesão ao programa aproximarão cada vez mais a formação do Enfermeiro ao modelo de atenção proposto pelo SUS, repercutindo desta forma na qualidade do atendimento prestado aos usuários do sistema de saúde brasileiro</p>	2010
4. Cartografia do cuidado e da clínica na formação do enfermeiro - saberes, práticas e modos de subjetivação	Enfermagem/Enfermagem	Pública/Mestrado	<p>Os sujeitos reconhecem na formação um espaço de implicação e de singularização, onde existem linhas de fuga do plano instituído potencializadoras de outros conceitos para o cuidado e para a clínica, quando nesse mesmo contexto discursivo os sujeitos atravessam o discurso institucional e lhe imprimem sentidos, instituintes de novas formas de produzir o cuidado de enfermagem, a partir de uma vivência desses.</p>	2010

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
5. Concepções sobre cuidado integral em saúde no curso de enfermagem da UFMT	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	<p>No cotidiano do processo educativo, as concepções sobre o cuidado integral são continuamente reelaboradas e mesmo ressignificadas pelos sujeitos que aprendem a cuidar, mas que esse processo de compreensão exige a mediação constante do sujeito que ensina, o docente Enfermeiro, já que esse processo não ocorre, segundo os discentes que participaram do estudo, quando a formação do docente é em outra área que não a enfermagem.</p>	2010
6. Práticas curriculares de educação em saúde no curso de graduação em enfermagem	Saúde e Gestão do Trabalho/ Interdisciplinar	Privada/ Mestrado	<p>Incongruência entre o projeto político pedagógico os planos de ensino aprendizagem além das diferentes concepções de educação em saúde utilizada na graduação em enfermagem. Ao término, represento uma síntese propositiva de mudança da realidade. Desta maneira, considero que um estudo que aprofunde a discussão sobre a formação de recursos humanos na área da saúde, evidenciando a necessidade desta estar em sintonia com o conceito saúde e doença de um indivíduo ou comunidade. Além de incentivar um trabalho contínuo de promoção à saúde, tenha relevância científica por contribuir para reflexão sobre a formulação de grades curriculares para os cursos de Graduação em Enfermagem.</p>	2010
7. Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem	Políticas Públicas e Formação Humana/ Interdisciplinar	Pública/ Doutorado	<p>O aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos de enfermagem está sendo determinado simultaneamente pelo conjunto dessas relações. Sinaliza também para a constituição de uma alternativa de caráter permanente na área de formação profissional em saúde, do ponto de vista do capital instalado no setor, expressa na organização do Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS) e do Serviço Social da Saúde (SESS), também conhecido como Sistema S da Saúde.</p>	2010

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
8. O ensino superior de enfermagem no município de Uberaba, MG: raízes da institucionalização	Enfermagem em Saúde Pública/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	<p>A emersão da mesma se deu devido a movimentos de agentes sociais em prol de uma universidade, liderados até então por Mário Palmério. O apoio de outras instituições e o envolvimento do poder público também se fez necessário. Ressalta-se ainda que exigências legais das entidades de classes e uma ambição interna somaram-se às raízes dessa institucionalização. Por fim, novos estudos podem explorar melhor esse objeto de análise, pois acreditamos que o mesmo não se encerra a partir desta versão.</p>	2009
9. Um estudo exploratório nos cursos de graduação da Grande Vitória – ES	Saúde Coletiva/ Saúde Coletiva	Pública/ Mestrado	<p>Predomínio da formação orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de cada curso. Por outro lado, as ementas disciplinares demonstraram que há uma preponderância dos conteúdos biológicos sobre os oriundos das Ciências Humanas e Sociais, e da Saúde Coletiva. Os coordenadores de cursos possuem conhecimento dos princípios do SUS, mas percebem como desafio a incorporação desses à formação dos profissionais de saúde. Os assuntos referentes aos SUS são trabalhados como atributos a serem desenvolvidos no período acadêmico para melhor inserção do profissional de saúde no mercado de trabalho.</p>	2009
10. Acolhimento como estratégia para humanizar práticas de cuidar em saúde: revisão integrativa de pesquisas em enfermagem	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	<p>Identificou três categorias temáticas: acolhimento, acolhimento como tecnologia leve e acolhimento e acesso. Dentro dessas categorias foi possível visualizar as subcategorias: vínculo, cuidado, humanização, gerenciamento do cuidado e percepção de profissionais e usuários. Nesse contexto, o acolhimento apresentou-se como ferramenta que possui um grande potencial para transformar as práticas de cuidado que vem sendo desenvolvidas nos serviços de saúde, contudo, vem sendo operacionalizado com dificuldades. Para sua efetivação é necessário que esse seja trabalhado na perspectiva de sensibilizar os profissionais a reconhecê-lo como integrante de um todo indivisível em sua prática de cuidado. Cabe aos envolvidos buscar parcerias com a comunidade, a fim de tê-la como aliada nessa construção, uma sugestão seria a formação de conselhos locais de saúde, para entre outras coisas discutir a construção do acolhimento nos serviços de saúde, para que esses possam atuar com todo o seu arsenal resolutivo.</p>	2009

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
11. Enfermagem-saúde: construindo um saber sobre políticas de saúde, 1977-1980	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	<p>Os Enfermeiros, como atores participantes da reformulação do sistema, inseridos na "rede" da saúde, a fim de apreenderem a realidade social e se articularem na estrutura socioeconômica, passaram por um processo de mudanças significativas em sua formação acadêmica, e consequentemente, assistencial, assumindo diferentes contornos no início dos anos de 1980, além de tecer uma produção científica sobre a temática, caracterizando, assim, um saber em saúde pública. Por fim, observamos que a prática de enfermagem foi reflexo das políticas de saúde dominantes no país, e cuja natureza dos trabalhos que foram desenvolvidos junto à população tiveram predominio, nesse período, à incorporação de ações primárias e de extensão de cobertura, como forma de redimensionar o modelo em saúde.</p>	2009
12 Escola profissional de Enfermeiros e Enfermeiras: a contribuição para o ensino de enfermagem no Brasil	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	<p>O poderio médico se fez presente ao longo desses anos, impondo-se e estabelecendo uma relação profissional entre a Medicina/docente e a Enfermagem/discente marcada pelo poder da primeira e a consequente subordinação da última. Verificou-se que as modificações curriculares de 1921, 1926 e 1927 vinculavam-se a determinações de Ministros da Justiça e Negócios Internos diferentes (Alfredo Pinto, Afonso Penna e Augusto Viana), em seus respectivos mandatos, foram modificando a estrutura curricular da EPEE, principalmente em sua grade de matérias. A análise dessas mudanças curriculares demonstrou que, ainda que fossem sutis alterações, acabaram por ampliar o conhecimento e o conteúdo do curso de enfermagem da Escola Profissional de Enfermeiras.</p>	2009
13. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de um curso de graduação em Enfermagem de instituição privada	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	<p>Necessidade de um ensino voltado para o desenvolvimento de competências nas quatro dimensões do processo de cuidar: gerência, assistência, educação e pesquisa, que devem ocorrer de maneira interligada e processual.</p>	2009

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
14. Informações, percepções e concepções sobre promoção da saúde apresentadas por estudantes de enfermagem de uma faculdade privada de Uberlândia – MG	Promoção da Saúde/ Interdisciplinar	Privada/ Mestrado	<p>Os dados reforçaram a necessidade de discussões e reflexões, por parte dos agentes formadores, sobre a necessidade da revisão do conteúdo programático das disciplinas da área de saúde coletiva e das práticas pedagógicas adotadas. Estas devem promover a articulação das disciplinas com os demais conteúdos da grade curricular e a integração teórico-prática, condições que favorecem o desenvolvimento das competências e habilidades necessárias para atuação na área da saúde coletiva.</p>	2009
15. O ensino de enfermagem no Piauí: história e memória	Educação/ Educação	Pública/ Mestrado	<p>Os avanços e retrocessos foram características básicas no processo de ensino de enfermagem no Piauí, pois a implantação do ensino formal ocorreu tarde tendo que enfrentar desafios que impediram seu progresso e muitas vezes ocasionando o seu declínio. Tornou possível a identificação e a contribuição de Enfermeiras Piauienses pioneiras na evolução desse processo de ensino e aprendizagem da profissão, assim como a análise histórica da instalação, estruturação e aperfeiçoamento do ensino médio e superior de Enfermagem.</p>	2009
16. O trabalho do Enfermeiro: representações sociais de docentes e discentes do curso de graduação em enfermagem	Educação (Psicologia da Educação) / Psicologia	Privada/ Mestrado	<p>A profissão enfermagem e o trabalho do Enfermeiro estão atrelados a elementos afetivos e atitudinais, há uma confusão do processo de trabalho em enfermagem com o processo de trabalho do Enfermeiro. Os pilares que estão presentes na faculdade e na representação dos professores e alunos em relação ao trabalho do Enfermeiro são o cuidar e o gerenciar. Sendo o cuidar nuclear e o gerenciar periférico. Constatamos que a pesquisa não é explorada e valorizada pelo professor e consequentemente o aluno deixa a universidade não se reconhecendo como produtor do conhecimento e a enfermagem como ciência. Sendo assim, pesquisar um repensar curricular se manifesta. Estudos de como estas habilidades afetivas são ensinadas, compartilhadas com o conhecimento científico e com os pilares do trabalho do Enfermeiro merecem atenção, bem como um olhar para as disciplinas e atividades curriculares do curso de graduação em enfermagem, buscando identificar como o "amor" que foi nuclear em nosso estudo, é entendido, ou seja, qual o seu significado, como desenvolve, como aprende e como aplica no relacionamento cotidiano e como articulá-lo aos quatro pilares do trabalho do Enfermeiro.</p>	2009

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
17. Educação em enfermagem na UFPA e práticas da enfermeira na atenção básica de saúde	Filosofia, Saúde e Sociedade/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>Educação é um instrumento, uma ferramenta, para ajudar a superar a interferência, ainda hoje existente, dos referenciais educativos tradicionais nas práticas de saúde vigente, distantes dos enunciados da reforma sanitária, pois a prática da Enfermeira não depende unicamente de referenciais teóricos construídos ao longo de sua atividade profissional, mas depende, também, da participação da educação formal para a construção desses referenciais, que serão potencializados e potencializadores para a vivência profissional.</p>	2009
18. Formação em enfermagem concepções de saúde na formação em enfermagem em escolas de graduação de Santa Catarina e da cidade do Porto em Portugal, 2008	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>No Brasil; a mudança do modelo de atenção à saúde é uma preocupação constante. Em Portugal ocorre uma valorização do processo de aprendizagem individual; a partir do confronto com o desconhecido. A realização da presente pesquisa permite considerar que o desenvolvimento do estudo multicêntrico nos contextos do Porto e de Santa Catarina para além do enriquecimento pessoal; revelou-se útil e promissor. O aprofundamento dos dados remanescentes pode representar um valor agregado; quer para se aprofundarem novas perspectivas do conceito de saúde; pelo desenvolvimento de novos projetos de pesquisa.</p>	2008
19. Promovendo a saúde: desvelando ordem, desordem e auto-organização de um novo modo de ensinar e aprender para cuidar em saúde.	Filosofia, Saúde e Sociedade/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>Os resultados mais expressivos estão no processo do tetragrama descrito por Morin (2003): Ordem – desordem - interação e organização, no qual, alunos e docentes desenvolveram uma série de significados que vão des (construindo), construindo e reconstruindo ao longo do processo. Nele se apresentam intercorrências que são enfrentados pelos docentes, utilizando uma série de estratégias, visando formar o aluno para uma prática ampliada, considerando a promoção da saúde. Como consequência do fenômeno central, os alunos começam a inter-relacionar a saúde com a sociedade e meio ambiente, passando a vislumbrar outras práticas de cuidar em saúde.</p>	2008

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
20. Conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>O conceito de cuidado de Enfermagem construído foi o seguinte: Cuidado de Enfermagem é um fenômeno intencional; essencial à vida; que ocorre no encontro de seres humanos que interagem; por meio de atitudes que envolvem consciência; zelo; solidariedade e amor. Expressa um "saber-fazer" embasado na ciência; na arte; na ética e na estética; direcionado às necessidades do indivíduo; da família e da comunidade. A construção do conceito não se constitui um fim; mas o início de uma nova caminhada para divulgação; implementação e inovação da ação na relação de aprender-ensinar-fazer o cuidado de enfermagem.</p>	2008
21. Processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, nos serviços de atenção básica	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>Não é tarefa fácil transformar as práticas de ensino e de saúde. O mundo do trabalho e o mundo da escola – dois mundos em transformação – são espaços em que o Pacto pela Saúde deve ser um eixo transversal. São necessárias mudanças em prol de uma realidade não só desejada; mas necessária e possível; em que não existe uma situação definitiva; mas sim um âmbito da inconclusão humana; construindo o inédito viável pelo qual lutamos e sonhamos.</p>	2008
22. O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo.	Enfermagem Psiquiátrica/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>O ensino em Enfermagem, em Medicina e em Odontologia apresenta talhe tradicional, narrativo e depositário, conforme Freire, direcionamento que implica na vivência desumanizadora do acadêmico durante o curso universitário e que, segundo o referencial teórico, se refletirá na postura futura dos discentes. Os resultados sugeriram a premente necessidade de reorientação dos modelos pedagógicos dos cursos estudados, com vistas a formação de Enfermeiros, Médicos e Odontólogos com prática pautada no pensamento histórico-político e crítico reflexivo.</p>	2008

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
23. DIRETRIZES CURRICULARES PARA A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: contexto, conteúdo e possibilidades para a formação	Ensino, Avaliação e Formação de Professores/ Educação	Pública/ Doutorado	<p>Evidenciamos como princípios pedagógicos presentes nas diretrizes a educação centrada no aluno e o professor como facilitador, a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, a pedagogia das competências e do aprender a aprender. Tais ideias têm em comum a secundarização do saber sistematizado e o privilégio dos saberes oriundos da prática cotidiana que tivemos oportunidade de questionar nas análises. Identificamos o conceito de flexibilidade como central na reformulação curricular. A licenciatura em enfermagem, o SUS como importante foco da formação e a atuação da Rede Unida na oferta de ideias para a reformulação da educação superior na área da saúde. Evidenciamos O contexto da educação superior e da saúde em progressivo processo de privatização, como as mudanças econômicas e a globalização financeira, a atuação de agências internacionais conformou o panorama das mudanças na graduação no Brasil nos anos 90 e início de século XXI.</p>	2008
24. A formação do Enfermeiro-docente para o ensino de graduação em enfermagem: um olhar sobre a universidade privada	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>A compreensão das Enfermeiras praticando o cuidado de enfermagem percebendo-se cuidadoras e se utilizando de vários elementos para o cuidado: sua experiência profissional; a vivência do cuidado de enfermagem; a continuidade da assistência; a proximidade física com os pacientes; a realização de cuidados diretos e procedimentos técnicos. Complementarmente, para cuidar as Enfermeiras interagem, e dessa relação, emergem sentimentos. Apreendeu-se que os significados para os cuidados de enfermagem são construídos a partir das ações, sentimentos e comportamentos que se expressam no momento do cuidar das enfermeiras investigadas no contexto hospitalar.</p>	2007
25. Aliança de saberes no processo educativo e do cuidado: implicações para a formação do Enfermeiro	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>Dos diálogos resultou a aliança de saberes, que expõe a importância da trajetória individual e do despertar para a consciência crítica no processo de construção do ser docente; delineia os conflitos, as dificuldades, as satisfações e contradições do mundo vivo do ensino e do cuidado; destaca a essencialidade das relações interpessoais no contexto intragrupal e institucional; evidencia a necessidade intrínseca do ser humano em cuidar e sentir-se cuidado; sinaliza o anseio pelo estabelecimento de espaços de interação grupal que propiciem compartilhar e dialogar coletivamente, com vistas à expansão das possibilidades do ser e do fazer docente, cujas ações estão diretamente implicadas com a formação do enfermeiro.</p>	2007

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
26. Repensando a formação do Enfermeiro: o processo de conscientização crítica e práticas docentes à luz do referencial ético-humanista	Enfermagem Psiquiátrica/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>Vimos um movimento de conscientização coletiva compreendendo que as ações pedagógicas precisam se amparar nos conhecimentos de saber aprender, saber fazer, saber ser e saber conviver, onde os aspectos da interação humana são fundamentais. Ao final, trazemos algumas sugestões de encaminhamento visando extrapolar o discurso teórico do currículo, voltando-nos, especialmente, para a instrumentação dos professores com vistas a subsidiar suas ações no referencial ético-humanista.</p>	2007
27. A competência e os aspectos ético-políticos no curso de enfermagem: olhar dos docentes Enfermeiros	Educação/ Educação	Privada/ Mestrado	<p>Evidenciamos a necessidade de que a práxis profissional do Enfermeiro seja permeada de valores a serem melhor explicitados, visando à conscientização ético-política do futuro Enfermeiro, na busca de novos horizontes que venham a atender melhor as necessidades do atual Sistema de Saúde brasileiro.</p>	2007
28. A formação acadêmica do Enfermeiro para o SUS na percepção de docentes e discentes da Faculdade de Enfermagem/UERN	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	<p>A análise das informações provenientes do referencial teórico utilizado e da pesquisa de campo resultou na constatação de que; apesar das boas intenções; as estratégias de implementação se mostraram frágeis para dar conta da concretização do ideal expresso no PPP. Ainda existe um abismo entre o que é pensado como processo formativo inovador e o que está sendo realmente implementado.</p>	2007

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
29. A formação das professoras Enfermeiras da escola técnica de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Educação/ Educação	Pública/ Mestrado	<p>Na prática educativa as contradições se manifestam na formação técnica das/os alunas/os; na materialidade da Educação em Serviço dos trabalhadores em enfermagem; como práxis transmissiva/problematizadora; diretiva/dialógica; controladora/ emancipatória. A correlação de forças; a defesa de interesses hegemônicos no campo estrutural e conjuntural diminuem a potência do que foi sonhado nos movimentos sociais; nas reformas educativas e sanitária, e ornitorrinicamente, pressionam a tentativa de síntese entre a formação dos profissionais da saúde e a realidade onde exercem suas práticas; no inacabamento entre trabalho na educação e na enfermagem; enquanto sujeitos de pesquisa; que são Enfermeiras Professoras ou Professoras Enfermeiras.</p>	2007
30. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? Um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>Dentre as situações apresentadas como produzindo desgaste estão: o modelo de gestão com características centralizadoras; a falta de materiais, equipamentos e pessoal; ações educativas insuficientes; a proximidade do trabalho da enfermagem em UTIs (Unidade de Terapia Intensiva) com a morte de jovens e crianças; os conflitos no trabalho; e o uso de equipamentos obsoletos. Como potencializadoras da produção da saúde, apareceram como significativas: a satisfação do trabalhador com o trabalho que exerce; a preservação de momentos de relaxamento e confraternização no âmbito do trabalho, e na vida pessoal e da equipe; o reconhecimento da utilidade social do trabalho exercido, materializada na visualização da melhora do sujeito cuidado, bem como na essência do cuidado em saúde que envolve uma relação entre sujeitos; a possibilidade de exercer autonomia no trabalho; e a participação no processo de trabalho. Fica evidenciado que a subjetividade do trabalhador, posta na organização do trabalho, pode intervir na objetividade do mesmo, potencializando a produção da saúde ou o desgaste.</p>	2007

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
31. Formação de força de trabalho em saúde: contribuição para a prática educativa em enfermagem	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	<p>Com esse processo foi possível a construção da categoria empírica: ensino direutivo e ênfase no conteúdo no processo de formação de força de trabalho em enfermagem, bem como a constatação de que o processo de formação investigado está amparado pela abordagem pedagógica liberal tradicional, estando, portanto, em descompasso com os processos de formação que favorecem o atendimento das necessidades sociais da saúde, tendo em vista as necessidades do Sistema Único de Saúde, nesta área.</p>	2007
32. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	<p>Os sentidos da integralidade do cuidado mostraram-se inovadores; à medida que valorizaram o singular; o global e os caminhos para o SUS. Manifestam os sentidos; prestando o cuidado ao ser humano na sua realidade social; com as suas especificidades e subjetividades; considerando as redes de cuidados sociais em que estão inseridos. Como estratégias para o ensino; buscam desenvolver o aprender a aprender e fazer e aprender a ser e viver junto; possibilitando meios para que os alunos apreendam todos os sentidos manifestos pelos docentes. Esperamos que os resultados; possam contribuir para a reflexão dos docentes das IES sobre o sentido da integralidade do cuidado; na área de ensino; assim como; reorientar o processo de formação; potencializando os recursos humanos e estratégias já utilizadas; rumo à construção contínua de integralidade do cuidado; na área de saúde.</p>	2007
33. Perspectivas de transcender na educação no trabalho: tendências da enfermagem latino-americana.	Filosofia, Saúde e Sociedade/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>Evidenciou-se a possibilidade de transcendência em países como Brasil, Chile, Colômbia e México, em razão da amplitude das propostas de educação, embasamento em teorias educativas, formação, capacitação e titulação de recursos humanos, a articulação entre docência/serviços e as políticas de saúde. Na Argentina as ações educativas estavam mais para a conservação em moldes tecnicistas. Em Cuba, a ênfase na obtenção dos resultados reforçaram o tecnicismo com viés ideológico, enquanto que no Paraguai as propostas de educação no trabalho foram praticamente incipientes. As possibilidades de transcendência estavam na aproximação de teoria e prática, estruturação dos serviços, com propostas de educação no trabalho que permitam o empoderamento dos sujeitos.</p>	2007

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
34. O projeto político-profissional da enfermagem brasileira sob a ótica dos presidentes da ABEPR no período de 1980 a 2001	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	Apesar do desafio de um trabalho voluntário e muitas vezes solitário as diretrizes do Projeto Político Profissional da Enfermagem Brasileira (PPPEB) direcionaram as ações das gestões pesquisadas. Verificou-se entre os ex-dirigentes da associação um grande senso de responsabilidade comum, comprometimento com a categoria e associação, bem como com os usuários do Sistema Único de Saúde.	2006
35. Tendências de formação profissional presentes nos estágios curriculares supervisionados no curso de Enfermagem da UFMT	Educação/ Educação	Pública/ Mestrado	Conclui-se que embora os estágios tenham sido avaliados pela maioria dos alunos e professores como de fundamental importância para a formação do Enfermeiro, há sinalizações dos mesmos no sentido da necessidade de se discutir caminhos que remetam a uma maior aproximação da teoria estudada em sala de aula com as atividades práticas desenvolvidas nos campos de estágios no sentido de buscar maior ênfase na tendência crítica reflexiva e emancipatória.	2006
36. Mercado de trabalho do Enfermeiro no Brasil: configuração do emprego e tendências no campo do trabalho.	Política, Planejamento e Administração em saúde/ Saúde Coletiva	Pública/ Doutorado	Os resultados pretendiam dar indicativos da tendência nacional do mercado de trabalho dos Enfermeiros, tanto pelo lado da oferta quanto da demanda. Acredita-se que o produto desta investigação possa vir a subsidiar a tomada de decisões com vistas à implementação e execução de políticas no campo da saúde, do trabalho e da educação, com ênfase na enfermagem	2006

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
37. Representação do docente sobre a formação do Enfermeiro	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	<p>Verificamos que há consenso nas representações dos docentes quanto à formação de Enfermeiros autônomos; com capacidade de buscar o conhecimento e transformar a realidade na qual estão inseridos. A identificação do papel dos docentes; na formação; é marcada pela sua inserção nas instituições de ensino superior; sua competência política e o modelo de atuação na prática a que estão ligados. Consideramos que a representação dos docentes sobre a formação do Enfermeiro afasta-os cada vez mais do paradigma tradicional aproximando-os do paradigma emergente.</p>	2006
38. Concepções do Enfermeiro docente sobre o cuidado	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	<p>Os sujeitos concebem o cuidado como integralidade, visão do todo, respeito ao ser humano, empatia, satisfação das necessidades com a sistematização da assistência de enfermagem e dimensão temporal. Também constatou-se que a compreensão de cuidado desses docentes não foi referida em sua prática de ensino e que o cuidado é representado por eles por atitudes como respeito e atenção. Ficou evidenciada, também, a importância de despertar no aluno a consciência do ato de cuidar. No seu processo de ensino, uma das estratégias empregadas na tentativa de ensinar a cuidar é o docente utilizar-se a si próprio, com suas vivências e experiências como ferramenta, sem apresentar uma clara fundamentação teórico-filosófica.</p>	2006

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
39. O ensino da enfermagem: construindo uma relação com o saber	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>A análise de dados apontou quatro categorias: a imagem e o imaginário; o espaço e tempo de ensino-aprendizagem; o mundo da vida da enfermagem; o solitário trabalho coletivo. Estas categorias são complementares, se imbricam tecendo um mundo da vida do ensino de enfermagem que privilegia uma relação com o saber caracterizada como imbricação do eu, na qual o que tem sentido é passar do não domínio ao domínio de uma atividade engajada no mundo. A linguagem mostra-se como aspecto fundamental na construção desse mundo da vida e o uso da ação estratégica é percebido no que é dito, e, sobretudo, no que é silenciado, favorecendo a compreensão da realidade como dada, imutável. É sugerida a importância de buscar uma ação comunicativa entre as participantes do ensino-aprendizagem de forma a fortalecer outras relações consigo mesmas e com o mundo, portanto com o saber, tornando-as mais capazes de nomear a si mesmas e seu saber.</p>	2005
40. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>O presente estudo encontrou os seguintes elementos: pagamento por produção; divisão fragmentada do trabalho; critérios de seleção e remuneração salarial variável; trabalho a distância; profissionais qualificados e polivalentes; sensação de autonomia e liberdade profissional; reduzida governabilidade e poder na tomada de decisão; dedicação comprometida mediante múltiplos vínculos e falta de tempo; presença marcante do que é "novo"; programação de atividades substituindo modelos de planejamento; maciça operacionalização sistemática.</p>	2005
41. As diretrizes curriculares e ordenamento político-pedagógico e curricular de um curso de enfermagem: um estudo sobre sua influência na formação de Enfermeiros	Educação/ Educação	Privada/ Mestrado	<p>Ao final da pesquisa colocou-se em questão se as Diretrizes Curriculares contribuem, realmente, para a construção de um novo modelo de formação de Enfermeiros considerando-se suas vinculações e compromissos com o ideário neoliberal. Admite-se, por fim, que a formação de Enfermeiros críticos, reflexivos, éticos e cidadãos devem afinar-se com a luta política emancipatória que pode ser empreendida em todos os espaços onde haja a ação compromissada do homem.</p>	2005

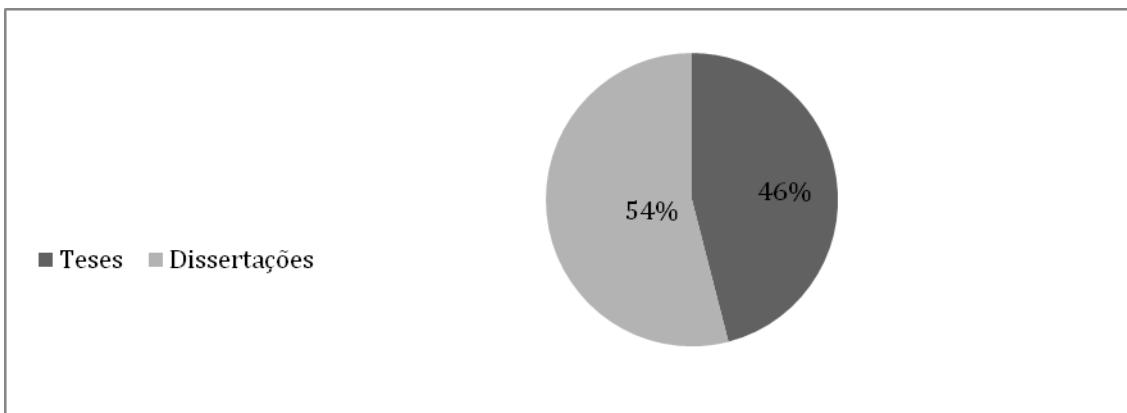
Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
42. Formalidades na arte de cuidar/atuar na enfermagem: independência versus interdependência profissional	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	Apesar de haver uma interdependência (nas formas de atuar) nos cuidados de enfermagem, os significantes da arte de cuidar e atuar refletem a autonomia das Enfermeiras. Portanto, o cuidado de enfermagem é independente em qualquer situação dada na prática assistencial.	2005
43. "Formação do enfermeiro: buracos negros e pontos de luz"	Enfermagem Fundamental/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	Os pontos altos – “pontos de luz” - da graduação se referiram, principalmente, às competências assistenciais; sob a avaliação dos dois grupos - Enfermeiros e Enfermeiros chefes - os pontos fracos – “buracos negros” - se referiram, majoritariamente, às competências políticas; o processo formativo ainda nos parece desvinculado da prática profissional, levando a um descompasso entre o que se aprende e o que se vivencia; o discurso de formarmos um profissional crítico, reflexivo, capaz de atuar e promover mudanças na realidade que os rodeia, continua apenas na retórica; as várias reformas curriculares dos cursos de enfermagem têm levado apenas a alterações de aspectos pontuais; a utilização da pesquisa como “norte” da formação do Enfermeiro, ainda está muito distante; a graduação deixa a desejar também quanto ao preparo do Enfermeiro para desempenhar a função de ensinar/educar.	2004
44. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar	Política Social/ Serviço Social	Pública/ Doutorado	A principal conclusão do trabalho sinalizou uma nova lógica do cuidar para a enfermagem, onde ajuda e poder se imbricam na construção da autonomia de sujeitos.	2004

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
45. Reformas da Saúde e Recursos Humanos: novos desafios x velhos problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da política nacional de saúde	Política, Planejamento e Administração em Saúde/ Saúde Coletiva	Pública/ Doutorado	<p>A reorganização dos pactos federativos pela descentralização da gestão alocação de recursos financeiros, aliada às propostas de flexibilização do Estado, introduziram mudanças nas relações de trabalho, que alteraram planos relacionados com a gestão de recursos humanos e a viabilidade do sistema de Saúde para alcance dos padrões de cobertura, eficiência, equidade e qualidade desejados. Indicou a centralidade das questões relacionadas com recursos humanos para o êxito das reformas e a necessidade de estudos que incluam a prática avaliativa de processos de implementação como forma de modelar ativamente a articulação formulação/implementação de políticas.</p>	2004
46. Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às Enfermeiras	Educação/ Educação	Pública/ Doutorado	<p>Ao analisar o exame físico distingo o seu ritual e a visibilidade que produz no corpo do paciente internado, que é diferenciado e escrutinado. O exame transforma sujeitos em objetos, e, além disso, os classifica subjetivamente como portadores de anormalidades. Ao considerar os diagnósticos de enfermagem, relembrar sua origem na modernidade e destaco-os como um espacoso arquivo que pretende conter todos os itens relativos à possibilidade de adoecer ou ser saudável. Destaco-os como uma rede objetiva de codificação que possibilita o crescimento do poder e saber sobre os corpos frios.</p>	2003
47. "A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de enfermagem"	Enfermagem Psiquiátrica/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	<p>As maiores diferenças evidenciaram-se entre as concepções de alunos e professores. Nas categorias, no seu conjunto, os escores de professores e alunos foram próximos assim como os de discentes de especialização e enfermeiros da prática, com diferenças significativas entre os dois agrupamentos. As diferenças foram mais evidentes na concepção de cuidado como característica pessoal humana e como imperativo moral. A discussão dos resultados conduziu para a necessidade de maior afinação entre o embasamento teórico ministrado no ensino e sua aplicação no exercício efetivo da profissão.</p>	2003

Título	Área de Concentração/ Programa	Instituição/ Nível	Conclusão	Ano
48. O processo de formação do Enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA"	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Doutorado	O professor nesta metodologia fez a mediação entre o objeto a ser aprendido e o aluno para a construção do conhecimento, na perspectiva da autonomia no processo de aprender a aprender, sendo considerado como aquele que instigou o aluno a refletir sobre a realidade, orienta e auxiliou o aluno nas suas atividades e dificuldades. O processo de avaliação deve ser contínuo e formativo, no entanto, manteve-se no geral uma concepção e prática tradicional, sendo realizada por vezes de forma burocratizada, sem significado e finalidade processual para alunos e professores.	2002
49. Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil	Enfermagem/ Enfermagem	Pública/ Mestrado	Existiu um descompasso entre os programas instituídos e a curiosidade, reafirmando que o processo educativo precisa mudar, não pode ser um simples ato de transmitir, de depositar, mas um ato cognoscente entre sujeitos (educador e educando), numa relação dialógica, ou seja, mediada pela palavra, pelas relações, pelas emoções e pelos objetos cognoscíveis; a formação desses profissionais necessita estimular a articulação do pensamento crítico-criativo para que estejam atentos também ao que não está instituído. A relação pedagógica instituinte também representa um compromisso com a transformação das práticas em saúde. Desta forma, para a formação de um profissional crítico-criativo em Enfermagem, precisamos construir tecnologias de ação do trabalho vivo em ação, e também de gestão desse trabalho pedagógico, que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho, instituído nos ambientes acadêmicos que, por si só, devem ser espaços de liberdade.	2001
50. Pratica docente interdisciplinar : os desafios (in) visíveis da mudança curricular na enfermagem	Educação/ Educação	Pública/ Doutorado	Ainda é possível fundamentar o ensino de enfermagem num paradigma voltado para aspectos como o diálogo, a crítica e a emancipação do processo educativo, uma vez que os docentes da Faculdade de Enfermagem manifestaram disposição para levantar voos cada vez mais ousados, e assim, romper com o ensino fragmentado, propiciando, com isto, condições para a formação de um profissional competente, ético e socialmente responsável.	2000

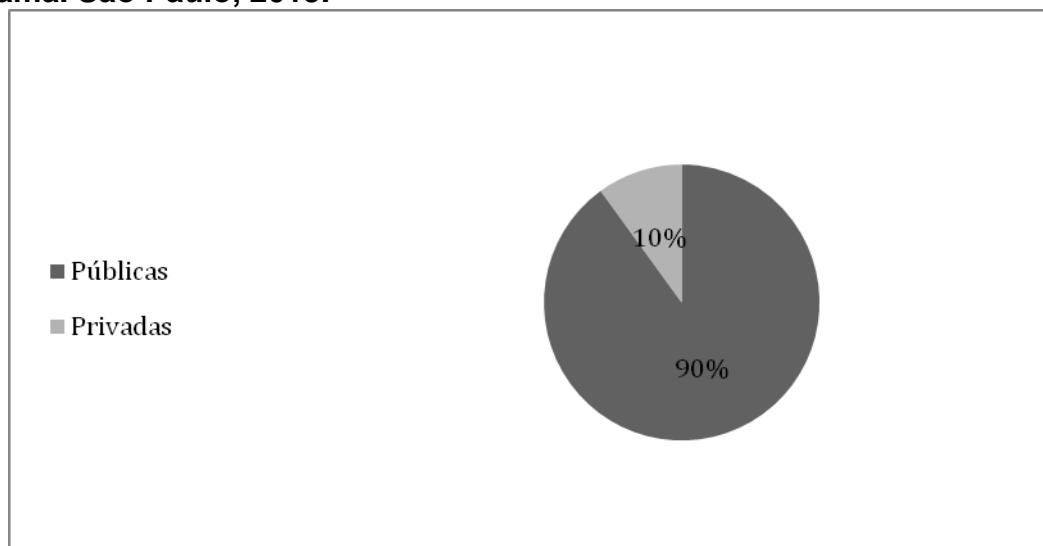
Do total de trabalhos pesquisados ocorreu um pequeno predomínio de dissertações 27 (54%), em comparação com as teses 23 (46%), conforme dados do gráfico 1:

Gráfico 1 – Distribuição dos trabalhos pesquisados sobre a formação do Enfermeiro no período de 2000 a 2012 segundo: teses e dissertações. São Paulo, 2013.



Quanto ao tipo de instituição em que estavam vinculadas as pesquisas, a maioria, 45 (90%), foi desenvolvida em instituições públicas de ensino, enquanto apenas 5 (10%) foram desenvolvidas em instituições privadas de ensino, conforme dados do gráfico 2:

Gráfico 2 - Distribuição dos trabalhos pesquisados sobre a formação do Enfermeiro no período de 2000 a 2012 segundo: natureza da instituição do programa. São Paulo, 2013.



Esses dados nos levam a concluir que as pesquisas sobre a formação do profissional Enfermeiro estão sendo desenvolvidas em programas de pós-

graduação, e em sua grande maioria vinculadas a instituições públicas, havendo quase um equilíbrio entre o desenvolvimento de dissertações e teses. No entanto, surge a indagação de qual o tipo de ciência que está sendo produzido na universidade? Qual é o papel social dessa instituição?

De acordo com a OMS, a saúde é o melhor elemento necessário para o desenvolvimento do país, e recomenda que 2% do Produto Interno Bruto (PIB) seja investido em pesquisa; o Brasil iniciou na década de 90 com 0,5% de investimento, hoje investe 1,5%, melhoramos, mas ainda estamos abaixo da recomendação em investimento. Contudo, as linhas de pesquisa dos programas não estão de acordo com as necessidades epidemiológicas da população, e a necessidade da formação de recursos humanos em saúde, aliadas às prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda constituem um desafio para superação (BRASIL, 2008, p. 13).

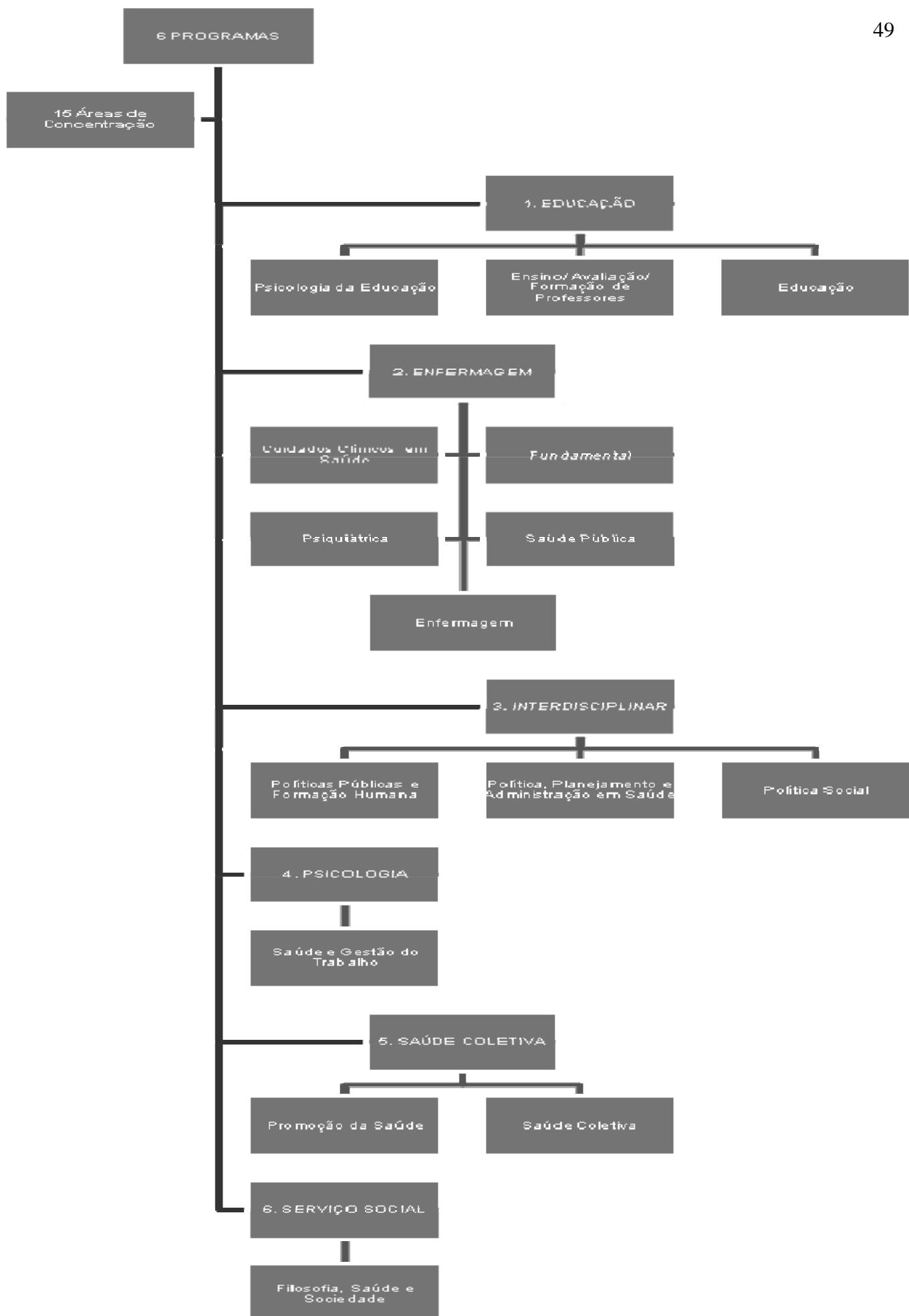
Quanto aos programas e áreas de concentração, o resultado foi bem heterogêneo, as pesquisas foram desenvolvidas em seis programas diferentes:

Educação; Enfermagem; Interdisciplinar; Psicologia; Saúde Coletiva e Serviço Social; em quinze áreas diferentes de concentração:

- Cuidados Clínicos em Saúde; Educação; Educação (Psicologia da Educação); Enfermagem; Enfermagem Fundamental; Enfermagem Psiquiátrica; Enfermagem em Saúde Pública; Ensino, Avaliação e Formação de Professores; Filosofia, Saúde e Sociedade; Políticas Públicas e Formação Humana; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Política Social; Promoção da Saúde; Saúde Coletiva e Saúde e Gestão do Trabalho.

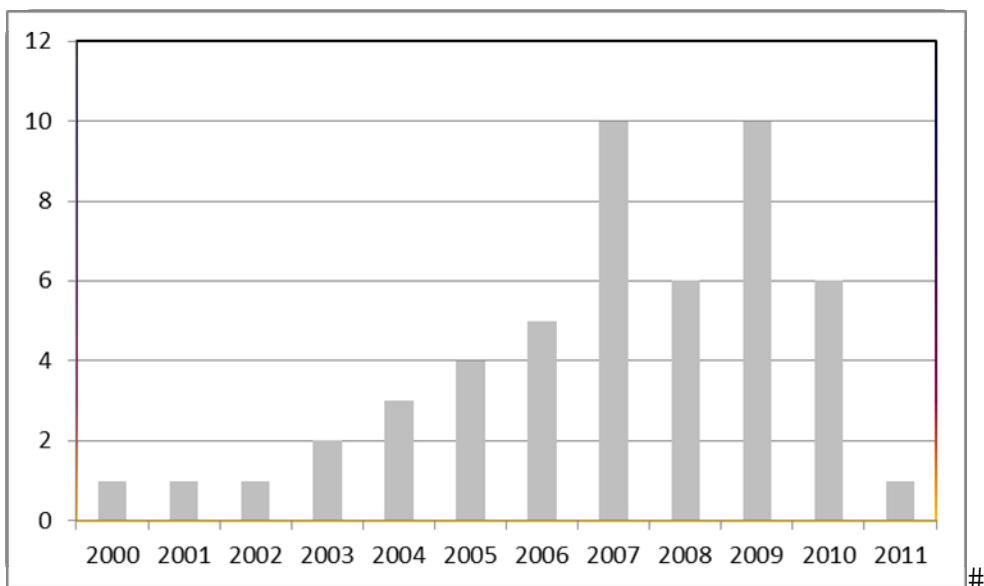
Essa diversidade de programas e linhas, inclusive com áreas de concentração voltadas a políticas, vem ao encontro das discussões atuais desenvolvidas no CNPq que enfatiza o diálogo entre as diversas áreas do conhecimento, sendo importante a formação na vertente da multidisciplinaridade (BRASIL, 2008, p. 19). A figura 1, a seguir, esquematiza os programas em que foram desenvolvidos os estudos, e suas áreas de concentração:

Figura 1 - Relação dos Programas e Áreas de Concentração dos trabalhos pesquisados sobre a formação do Enfermeiro no período de 2000 à 2012. São Paulo, 2013.



Quanto ao ano de realização dos trabalhos, a maior produção foi em 2009/2007, ambos com dez trabalhos (20%); seguidos de 2010/2008, ambos com seis trabalhos (12%); depois 2006 com 5 trabalhos (10%); 2005 com 4 trabalhos (8%); 2004 com 3 trabalhos (6%); 2003 com 2 trabalhos (4%) e, 2011, 2002, 2001, 2000 todos com um trabalho (2%). O gráfico 3, abaixo, apresenta essa distribuição:

Gráfico 3 - Relação dos trabalhos pesquisados sobre a formação do Enfermeiro no período de 2000 a 2012 segundo a distribuição nos anos. São Paulo, 2013.



A análise das referências do material possibilitou a seleção de novos trabalhos:

- 18 artigos que foram localizados através das bases dados PubMed/ Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE); Base de Dados de Enfermagem (BEDENF); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e , Scientific Electronic Library Online (SciELO).
- 15 livros que foram localizados através dos sites do Ministério da Saúde (MS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

As dissertações/teses e artigos apresentaram uma articulação com aspectos relacionados às recentes políticas públicas para o SUS e à educação por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), de 1996, e das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN). Contudo, ao aprofundar a leitura, apesar dos materiais salientarem que a abordagem do tema seria na área de política, a maioria pode ser considerada dentro

da linha de teorias/práticas educacionais, com enfoques nitidamente voltados para as questões de uma instrumentação para o cuidar na perspectiva da teoria tradicional. A título de exemplo da situação; praticamente todas se pautam no documento Delors⁸, com ênfase no saberes (saber, ser, fazer e conviver), e sobretudo, nas competências adaptativas para sobreviver no mercado de trabalho frente às novas demandas originadas pelas políticas neoliberais, os referenciais teóricos mais utilizados foram Edgar Morin e Paulo Freire.

Sobre a análise das políticas de saúde e formação profissional, apresentaram como unânime a necessidade da formação estar articulada, para atender os pressupostos do SUS, atreladas ao perfil epidemiológico populacional. Mas as relações macroestruturais que, em parte, determinam esse perfil, não foram abordadas profundamente, nem a discussão sobre o SUS, e se as instituições de saúde estão, atualmente, implantando os postulados da Reforma Sanitária⁹.

⁸ Jacques Delors foi organizador do relatório para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, intitulado: Educação, um Tesouro a descobrir (1996), em que se exploram os considerados [Quatro Pilares da Educação](#) - aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros, aprender a ser.

⁹ O termo Reforma Sanitária foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8^a Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. Em uma dissertação de mestrado orientada por Sergio Arouca (considerado o eterno guru da Reforma Sanitária) em 1986, Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário, a atuação desse grupo foi chamada pela primeira vez de movimento sanitário. Surgiram, também, outras denominações, como "movimento pela reforma sanitária" e "movimento da reforma sanitária". No livro O Dilema Preventivista, uma nota feita por Arouca diz que todos esses termos podem ser usados indistintamente. A forma de olhar, pensar e refletir o setor saúde nessa época era muito concentrada nas ciências biológicas e na maneira como as doenças eram transmitidas. Houve uma primeira mudança quando as teorias das ciências sociais começaram a ser incorporadas. Essas primeiras teorias, no entanto, estavam muito ligadas às correntes funcionalistas, que olhavam para a sociedade como um lugar que tendia a viver harmonicamente e precisava apenas aparar arestas entre diferentes interesses. A grande virada da abordagem da saúde foi a entrada da teoria marxista, o materialismo dialético e o materialismo histórico, que mostrou que a doença está socialmente determinada. Entre 1974 e 1979, diversas experiências institucionais tentaram colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária, como descentralização, participação e organização. Foi nesse momento que a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz se incorporou como espaço de atuação da abordagem marxista da saúde. Vários projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias, começaram a ser elaborados e as pessoas que faziam política em todo Brasil foram treinadas. Entre os resultados do movimento pela reforma sanitária, podemos citar a conquista da universalização na saúde (o princípio constitucional que estabelece que todo brasileiro tem direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada; a ideia de que a saúde deve ser planejada com base nas conferências; a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo a participação de 50% de usuários, 25% trabalhadores da saúde e 25% gestores; e a formação da Comissão Nacional

A maioria dos estudos apontou apenas as Conferências Nacionais de Saúde (com exceção de Alma Ata, que apareceu em todas), porém enfatizou que o modelo de formação está inadequado. O que chama a atenção é que o embasamento teórico sobre a análise macroestrutural, sobre os impactos que as políticas neoliberais trouxeram para o ensino superior, foram adequadamente embasadas, o que contraditoriamente não ocorreu com o SUS e instituições de saúde, culpabilizando de forma quase explícita somente o setor educacional pela inadequação da atuação do profissional de saúde na atualidade. Isso de fato é feito com maestria, analisando todas as vulnerabilidades que existem nas IES, tanto públicas como privadas (estrutura, formação docente, número de alunos por turma, situação dos estágios, etc.). Pautaram-se em referências marxistas como Frigotto, Lessa, Santos ou utilizaram Foucault e Harvey.

Grande parte dos artigos era de produtos dessas teses/dissertações. Entretanto, eles abordaram como ponto fundamental a necessidade de uma maior reflexão sobre a concepção histórico-social do cuidado em sua relação com o trabalho, educação e política. Segundo Ramos et al. (2009, p. 362), *a produção bibliográfica sobre o cuidado é reveladora de conflitos e dissensos em torno de modelos de assistência, projetos profissionais, saberes e poderes nas relações entre as profissões e os campos de saber e prática*. No conjunto das produções analisadas ficou evidente a contribuição dos estudos que emergiram nos anos 80 e tiveram impacto na enfermagem brasileira, alinhados com a vertente teórica do materialismo histórico. Esta produção mobilizou a análise do processo de trabalho em saúde como prática social sob o ângulo da crítica ao modo de produção capitalista e de suas consequências sobre o modo de trabalhar e organizar o setor da saúde.

As seguintes categorias foram apresentadas nos artigos:

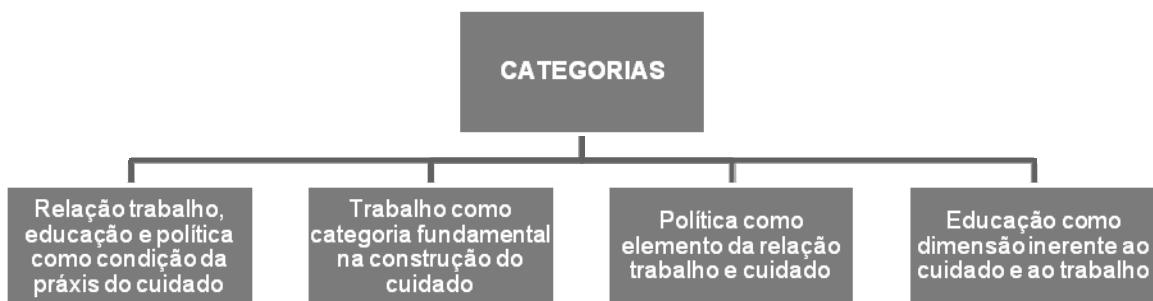
- a) relação trabalho, educação e política como condição da *práxis* do cuidado;
- b) trabalho como categoria fundamental na construção do cuidado;
- c) política como elemento da relação trabalho e cuidado;

da Reforma Sanitária, que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica da Saúde 8080/90. Pouco antes de morrer, Arouca dizia que era preciso retomar os princípios básicos da Reforma Sanitária, que não se resumiam à criação do SUS. Ele mostrava que o conceito de saúde e doença estava ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, era preciso discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. (BIBLIOTECA VIRTUAL SÉRGIO AROUCA, 2012, S/P)

d) educação como dimensão inerente ao cuidado e ao trabalho.

A figura 2, abaixo, esquematiza as principais categorias que foram discutidas nos artigos:

Figura 2 - Relação das principais categorias levantadas nos artigos selecionados das referências bibliográficas nos estudos pesquisados sobre a formação do Enfermeiro no período de 2000 a 2012. São Paulo, 2013.



Segundo Ramos et al. (2009, p. 363-366), os artigos evidenciaram importantes relacionamentos nas posições críticas, porém apresentaram algumas propositivas de alternativas teóricas para a formação do cuidar no campo multiprofissional em saúde, e, em especial na enfermagem, conforme a relação apresentada abaixo:

1. Abordaram a defesa da articulação das dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania na formação;
2. Apresentaram tentativas de desconstrução do modelo biomédico hegemonic¹⁰ para a construção de um cuidado coletivo com base no modelo epidemiológico interdisciplinar, sugerindo como alternativa para superar o modelo clínico biológico, o resgate da clínica ressignificada pela voz dos usuários dos serviços de saúde;

¹⁰ Segundo Matta e Morosini (2008, p. 39-40), o modelo biomédico hegemonic é pautado no avanço científico e na racionalidade das sociedades modernas. Ele foca sua atenção prioritariamente na doença (considera apenas os aspectos morofisiológicos), extremamente especializado, busca curar as partes que apresentam algum tipo de patologia, não se referindo a todas as questões inerentes do processo saúde-doença. Pode-se dizer que caracteriza-se por uma assistência fragmentária que se constitui na negação da subjetividade humana.

3. Fizeram a crítica ao cuidado de enfermagem quando limitado a uma ação tecnicamente competente, relacionando-o, apenas, a disciplinar os indivíduos para adaptação e complementar as ações médicas;

4. Realizaram a proposição do cuidado integral;

5. Fizeram a articulação dos conceitos de cuidado e trabalho; trabalho individual ou coletivo enquanto ação independente e autônoma, aquela que permite a tomada de decisão somente do Enfermeiro, e/ou ações interdependentes, as que são complementares aos atos de outros profissionais e que podem ter diferentes dimensões na enfermagem, dada as relações de poder e a divisão do trabalho na equipe de saúde;

6. Colocaram a necessidade do compromisso com uma filosofia ainda por ser construída, na qual o cuidado possa se expor ao diálogo no âmbito de toda a sociedade, no esforço por tornar essas questões estratégicas para a sobrevivência humana e do planeta.

Todavia, existiu uma forte ênfase sobre a necessidade de fundamentar a formação nos postulados do perfil de competência profissional contida na DCN; todas as pesquisas foram qualitativas, embasadas em Minayo, André e Ludke, com técnicas fenomenológicas, Estudo de Caso e Documental, Entrevistas e Questionário, apenas uma utilizou História Oral Temática com recorte sobre o ensino de nível técnico. No levantamento, houve outra tese que também abordou a formação em nível médio, porém foi a única que aprofundou a discussão sobre os aspectos macrossociais do processo saúde *versus* doença articulada com os impactos na formação. Nenhuma utilizou como referencial teórico a Teoria Crítica.

Os livros abordaram profundamente as questões macro e microssociais da formação e da saúde, principalmente os organizados pela Fiocruz, inclusive encontrei um artigo que utilizou Adorno e o conceito da semiformação. Entretanto, no mesmo artigo eram articuladas conjuntamente as ideias de Frigotto, Bourdieu e Dejours. A Teoria Crítica foi apenas citada, e os seus conceitos não foram fundamentados na discussão.

Questões de Pesquisa

Baseado no que foi levantado na seção anterior sobre o tema de estudo, considerando que as dimensões do processo do trabalho e consequentemente da

formação do Enfermeiro, estão intrínsecas às questões relacionadas ao cuidar; gerenciar, ensinar, pesquisar e sobretudo à participação política nos assuntos inerentes à saúde em geral e, em particular a sua profissão. Partindo também da premissa que o acúmulo de funções do Enfermeiro, que poderiam ser compartilhadas na equipe multiprofissional (as que não são de sua exclusividade), podem dificultar o desenvolvimento de suas atribuições específicas. Dessa forma, o Enfermeiro pode acabar centralizando suas ações de coordenação da equipe com caráter operacional, mais do que ideológico e político ou em atividades administrativas o que consequentemente empobrece a sua prática; com isso, apresento as seguintes questões de pesquisa:

- 1) Como se situa a formação do Enfermeiro na sociedade capitalista de consumo?
- 2) Como construir relações pedagógicas visando a formação crítica dos sujeitos, a busca da autonomia e de caminhos emancipatórios no exercício da profissão de enfermagem, no contexto da sociedade capitalista de consumo e ante a hegemonia do modelo biomédico hospitalocêntrico?
- 3) Que subsídios poderiam oferecer as histórias orais de vida de professores de enfermagem Enfermeiras e Enfermeiros para a construção de um trabalho ou processo alternativo de formação em enfermagem?

Hipóteses

Baseada na problematização, a pesquisa partiu das seguintes hipóteses:

- 1) A formação do Enfermeiro no contexto do sistema sócio-econômico e cultural vigente tem assumido uma conotação de pseudoformação, fragmentada, unidimensional, isto é mais focada no binômio saúde-doença, privilegiando os aspectos técnicos-científicos, desarticulada das necessidades, da realidade global na qual os egressos dos cursos de enfermagem vão estar inseridos.
- 2) A construção de uma formação anti-hegemônica e anti-consumista se faz possível, suscitando uma postura crítica frente à situação socioeconômica, política e cultural em que se realiza a atividade do profissional da enfermagem, promovendo a subjetividade, a autonomia, a auto-afirmação e o auto-desenvolvimento, que transpasse os aspectos meramente técnicos e biológicos, de forma a inserir o saber da enfermagem na unidade do ser humano, no respeito às suas diferenças e

necessidades fundamentais de forma a superar o reducionismo do binômio saúde-doença.

3) A história oral de vida de Enfermeiras professoras de enfermagem e Enfermeiras podem contribuir para um projeto pedagógico alternativo em enfermagem, pois ao abrir a própria vida no exercício da profissão poderão manifestar posicionamentos subjetivos, corporais, afetivos, vivenciais, autônomos e enriquecer as teorias pedagógicas.

Objetivos

Os objetivos desse estudo consistiram em:

- analisar como ocorre a formação do Enfermeiro, tendo em vista as estruturas macrossociais determinantes do processo saúde-doença;
- descrever como as Enfermeiras professoras de enfermagem e as Enfermeiras compreendem a construção do processo formativo e a possibilidade do desenvolvimento do exercício da autonomia no cuidar.
- identificar se existe a possibilidade de escapar, contestar, desconstruir no projeto formativo, a onipresente hegemonia do capitalismo e da sua universalidade técnico-científica consumista na área da saúde.

1.6 Sujetos da Pesquisa

Pretendemos, a partir da análise de casos individuais de quatro Enfermeiras como sujetos da pesquisa, compreender suas trajetórias biográficas, com vistas à compreensão social em que suas práticas se inserem e são exercidas. Duas Enfermeiras também são educadoras, atuando diretamente com a formação de Enfermeiros (uma docente de uma instituição privada e uma docente de uma instituição pública).

A pesquisa também confronta os diferentes pontos de vista sobre a formação e as relações sociais que são estabelecidas no âmbito educacional, ao analisar os distanciamentos e proximidades entre as experiências profissionais. Assim, esse distanciamento do tempo entre as gerações de Enfermeiras poderá evidenciar se ocorreram diferenças na formação, em relação ao exercício da autonomia para o

cuidar, entre a gerações. Dessa forma, elegemos também como sujeitos da pesquisa duas Enfermeiras formados a partir de 2006 (uma Enfermeira formada por uma instituição pública e uma Enfermeira formado por uma instituição privada), pelos pressupostos da última DCN vigente para o curso de graduação em Enfermagem, contextualizando o momento histórico dessas formações.

Apresentação dos Capítulos

Capítulo I. A ENFERMAGEM NO CAPITALISMO

Esse capítulo tem o objetivo de fazer a correlação com o processo econômico e social, articulado com as necessidades requeridas para a formação do profissional de saúde, em vista do cenário epidemiológico, com ênfase no sistema de saúde brasileiro e no sistema social de produção. Está organizado em sete seções:

1. Sociedade, Saúde e Trabalho em Enfermagem ;
- 1.1 Conferências Internacionais de Saúde;
- 1.2 Conferências Nacionais de Saúde;
- 1.3 Panorama de Trabalho do Profissional de Saúde;
- 1.4 As Influências do Neoliberalismo no SUS e O Mal Estar na Saúde Pública;
- 1.5 Perfil Epidemiológico do Processo Saúde-Doença;
- 1.6 O Cuidar - Reconhecendo sua Significação.

Capítulo II. O CAMINHO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

Esse capítulo está organizado em duas seções (Enfermagem – A Formação para o Cuidar; Oferta de Cursos de Graduação em Enfermagem), e realizar uma retrospectiva do desenvolvimento da profissão de Enfermagem desde os primórdios, a partir do recorte histórico dos períodos mais recentes da história, sobretudo da história europeia, de onde vem grande parte de nossa influência cultural, uma vez que não podemos desprezar as práticas consideradas *pagãs*, bem como as práticas exercidas pelos índios brasileiros.

É finalizado com um levantamento sobre a distribuição geográfica e o tipo de instituição onde esse profissional vem sendo formado no país.

Capítulo III. DESENVOLVIMENTO E SITUAÇÃO ATUAL DAS POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Esse capítulo realiza um resgate histórico da formação do profissional de enfermagem no país. Embora abordando a formação de outras categorias

profissionais em enfermagem (auxiliares e técnicos em enfermagem), o enfoque será todo voltado para a formação do profissional Enfermeiro (objeto desse estudo), pois ele é, na atualidade, o profissional responsável pela formação e supervisão das atividades desenvolvidas por esses outros profissionais, que são considerados com formação em nível médio na enfermagem. Apresentar-se-ão leis que regulamentaram, e ainda regulamentam o ensino da profissão, por meio do resgate do percurso histórico da profissão. Será dividido em duas seções (O Início da Profissionalização do Cuidar; A Profissão Enfermagem).

Capítulo IV. AS HISTÓRIAS DE VIDA DE ENFERMEIRAS E OS CAMINHOS PARA UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Em todos os capítulos, o curso de graduação em enfermagem é discutida na perspectiva da formação para o trabalho, sendo o cuidar considerado como categoria eixo da pesquisa. Nesse capítulo, objetiva-se analisar, no contexto das histórias orais de vida de professores de enfermagem e Enfermeiras, elementos que possibilitam a formação da subjetividade e a constituição da identidade profissional para o exercício do cuidado com a autonomia possível em um cenário multifacetado, que exige a todo o momento a representação de papéis e a adaptação constante para manter-se no perfil profissional exigido socialmente. Está organizado dividido três seções:

1. Percurso Metodológico;
2. Histórias Orais de Vida;
3. Análise das Histórias Orais de Vida.

As Considerações Finais retomam os objetivos e as hipóteses da pesquisa, levando a pensar quais as possibilidades que as Enfermeiras encontram na vida que pulsa: formação e trabalho na enfermagem e o lócus da autonomia para exercer o cuidar.

Capítulo I - A ENFERMAGEM NO CAPITALISMO

Tudo para o povo, mas nem tudo pelo povo.
(PETITAT,1994, p. 152).

Esse capítulo tem o objetivo de fazer a correlação com o processo econômico e social, e a sua articulação com as necessidades requeridas para a formação do profissional de saúde, em vista do cenário epidemiológico, enfatizando o sistema de saúde brasileiro e o sistema social de produção. Dessa forma, serão apresentados as principais Conferências Internacionais e Nacionais de Saúde; as influências das políticas neoliberais na área da saúde; a configuração dos postos de trabalho em enfermagem; o perfil epidemiológico do processo saúde-doença e, o significado do cuidar para a profissão.

1. Sociedade, Saúde e Trabalho em Enfermagem

1.1 Conferências Internacionais de Saúde

Gostaríamos de iniciar a abordagem com a célebre frase - “Saúde para Todos no Ano 2000” (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978, p.1), que ficou conhecida mundialmente e é a epígrafe que inicia esse capítulo. Saúde e educação são consideradas como serviços sociais e a responsabilidade de oferta desses serviços deve ficar a cargo do Estado. A primeira vez que a população mundial se reuniu para pensar nas condições de saúde de todos os povos foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata, que ocorreu na antiga URSS, de 6 - 12 de setembro de 1978, quando foi cunhado pela primeira vez o *slogan* – *Saúde para todos até o ano 2000*; entendendo-se que a saúde contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, o que resultaria em uma vida social e economicamente produtiva. Novamente, pode-se perceber a clara intenção da noção de saúde atrelada à esfera produtiva da sociedade, da mesma forma como ocorre com a educação.

A Declaração de Alma Ata pode ser considerada uma Plataforma Internacional de Saúde. As Plataformas de Saúde assumem o objetivo de se firmar como parceiras sociais ativas na definição das Políticas de Saúde, por meio da elaboração

de documentos que orientem as ações a serem implementadas junto aos órgãos de decisão, visando a construção de sistemas de saúde centrados nas necessidades da população.

Essa conferência apontou a necessidade da ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, elegendo dessa forma oito elementos essenciais para alcançar a saúde para todos:

(...) educação, no tocante a problemas prevalecentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978, p. 3).

Ao observar esses oito elementos essenciais que ampliam consideravelmente o conceito de saúde e que envolvem ações específicas de diversos setores além do setor diretamente relacionado à saúde nos cuidados primários para alcançar os objetivos traçados para a manutenção da saúde, como a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas e as comunicações, nesse ponto, podemos pensar que se *Saúde para Todos no ano 2000*, e *Tudo para o povo*, não partem do mesmo tipo de discurso oficial, ao mesmo tempo em que engloba *Todos* em condições de igualdade (como se realmente fossem considerados iguais dentro da estrutura social), podem, de certa forma, tentar encobrir as desigualdades/contradições sociais em uma sociedade notadamente marcada pelas diferenças sociais. Como será possível colocar esses preceitos em prática, na medida em que envolvem ações concretas de outros setores além dos específicos voltados à saúde e à educação nessa realidade social contraditória?

Petitat (1994, p. 152) apresenta a seguinte situação como reflexo do pensamento do século XVIII na França, "o povo ignorante não pode decidir por si próprio acerca de sua educação". Ao traçar um paralelo com o poder hegemônico biomédico que destitui a subjetividade, o indivíduo fica praticamente dependente de orientações de terceiros, sem ter as condições e até mesmo as informações necessárias, ou o arcabouço teórico para a sua compreensão, como se partisse da

premissa - o povo é *ignorante para decidir por si próprio*, como se fosse uma forma de perpetuação do discurso burguês na prática dos serviços de saúde.

No caso específico da saúde, nos primórdios do capitalismo, o trabalho nessa área se organizava pela interferência direta da medicina na organização das populações e de suas condições gerais de vida, a partir do desenvolvimento da noção de *polícia médica*, termo derivado da palavra grega *politeia* que significa constituição ou administração de um Estado; ao final do século XVIII, a ciência da polícia, ou a ciência do Estado se constituiu como um sistema de pensamento e comportamento administrativo que referia todas as atividades ao bem estar do Estado alemão absolutista e mercantilista. O termo se popularizou em 1764 com o livro de Wolfgang Thomas Rau, mas foi a partir dos trabalhos de Johann Peter Frank, publicados em 1779, que exerceu influência na Europa e Estados Unidos até o final do século XIX, e configurou um novo modo de articulação das práticas de saúde com as estratégias políticas e econômicas da nova estrutura da produção capitalista (LIMA, 2010, p. 21).

A preocupação central que se manifestou com o desenvolvimento do mercantilismo foi o de controlar a ocorrência das doenças, a fim de evitar a incapacidade para o trabalho e não tanto para recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença, pois ainda não possuíam todos os elementos de transformação do hospital em um instrumento terapêutico; o hospital nesse momento não era uma instituição médica, nem a medicina era uma prática hospitalar, era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres que cumpriu uma função importante de controle das tensões sociais, particularmente na Inglaterra, em decorrência do desaparecimento da ordem feudal e o consequente aumento da pobreza (LIMA, 2010, p. 21).

Com a Revolução Industrial, começou a se estabelecer mais claramente dois tipos de saberes estruturantes do trabalho em saúde, que apesar de serem complementares, detêm tecnologias específicas de intervenção no processo saúde-doença. O primeiro foi o saber epidemiológico, que se estrutura em torno da dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença e que será a base do que passou a ser denominado de trabalho de saúde pública. Um saber amplo de medicina social que se sucedeu, com força crescente durante toda a primeira metade do século XIX, sob a influência dos movimentos revolucionários na França e Alemanha, e afirmou o vínculo entre saúde, medicina e sociedade. Entretanto, o desenvolvimento da

bacteriologia diminuiu consideravelmente a influência da medicina social, e marcou o nascimento do sanitarismo e da epidemiologia, sendo que agora era vista como área do saber, não mais comprometida com uma concepção social das doenças ou com a mudança das estruturas sociais, mas com a reprodução da ordem capitalista (LIMA, 2010, p. 22).

Ao redor da epidemiologia se desenvolveu diversas disciplinas da higiene, com saberes de estrutura normativa que procuraram traduzir os conhecimentos gerados para as perspectivas aplicadas e aspiravam ao estatuto de uma formação tecnicista. Assim, a saúde e a doença, de fenômenos essencialmente sociais para a medicina social, tornaram-se fenômenos biológicos, cujas probabilidades de ocorrência são também socialmente determinadas. A intervenção da epidemiologia passou a incidir não em nível social diretamente, mas nos efeitos da estrutura social sobre os indivíduos. Ao invés de propor mudanças nas condições sociais que resultam em habitações precárias e insalubres e nutrição deficiente, propôs o isolamento das fontes de infecção, a correção das condições de infraestrutura das habitações e a educação sanitária e nutricional da população, como se fossem as únicas medidas para a resolução dos problemas apresentados pela população (LIMA, 2010, p. 22).

O segundo tipo de saber foi o clínico, que se estruturou em torno da dimensão individual do fenômeno saúde-doença e que serviu como base para o desenvolvimento do trabalho hospitalar, que se estruturou a partir das investigações que estabeleceram pouco a pouco as bases da anatomia patológica no século XVIII, acompanhando o progressivo desenvolvimento da racionalidade médica, como uma medicina do corpo, das lesões e das doenças. Entretanto, para esse saber se desenvolver foi preciso reestruturar o hospital e o próprio saber médico, o que implicou, num primeiro momento, não em uma tecnologia médica, mas em uma tecnologia política: *a disciplina*, a partir dos inquéritos hospitalares realizados na França e Inglaterra, no final do século XVIII. Posteriormente, entre o final do século XIX e início do século XX, sem abandonar a disciplina, a reestruturação hospitalar passou a se basear na organização científica do trabalho desenvolvida por Frederick Winslow Taylor para a indústria, e nas ciências da vida e suas tecnologias, na medida em que passaram a demonstrar a sua capacidade para prolongar a vida humana e dar respostas às necessidades de saúde, historicamente variáveis, assim

como para repor mais rapidamente a força de trabalho na circulação, disponível para o processo de valorização do capital (LIMA, 2010, p. 22-23).

Dessa forma, o saber abstrato e enciclopédico que dominava a formação médica foi progressivamente substituído por um saber operativo e pela técnica que eliminava aos poucos o antagonismo entre o método e a experiência na prática médica, ao mesmo tempo em que transformava o hospital em centro de ensino e de atenção médica. Assim, o hospital se afirmou enquanto *máquina de cura* entre o final do século XIX e a primeira década do século XX, nos marcos do capitalismo monopolista, e entre os elementos que tornaram possível a sua transformação em instrumento terapêutico estava a profissionalização da enfermagem, que se tornou progressivamente o principal *lócus do cuidar* institucional em saúde (LIMA, 2010, p. 23).

No Brasil, a ação do Estado em saúde pública apareceu com mais força no início do século XX, quando, em razão dos problemas acarretados à economia exportadora cafeeira, o Estado assumiu a responsabilidade pelo combate aos males que travavam o desenvolvimento do setor agroexportador. Nessa lógica, as ações foram voltadas ao ataque às doenças transmissíveis, sobretudo às doenças de manifestação epidêmica, capazes de levar à morte um grande número de pessoas e comprometer a ordem econômica (PONTE, 2010. p. 20).

Dessa forma, as ações contra as doenças transmissíveis estavam estreitamente vinculadas aos processos de formação da nacionalidade e de construção do Estado nacional, pois essas medidas além de serem historicamente concebidas como parte integrante do funcionamento dos sistemas econômicos e políticas sociais, nas quais se incluem as questões relativas à saúde pública, contribuíram também para desenhar as atribuições, o alcance e o formato do aparelho estatal, configurando-se como elemento importante da formação da identidade e do sentimento de pertencimento que caracterizam a noção de nacionalidade. Assim, a expansão dos elos de interdependência social, possibilitada pela ameaça comum e pela necessidade de um empenho coletivo e duradouro no combate a tais males, acabou por se firmar como elemento importante na constituição do Estado-nação (PONTE, 2010. p. 20).

Os serviços de atenção à saúde se voltaram primeiramente para a resolução dos problemas acarretados pelas doenças de fácil veiculação, deixando de lado (sob a responsabilidade de entes privados) a atenção às doenças crônico-degenerativas

que, na percepção da época, não ameaçavam a sociedade como um todo. Nesse contexto, ao longo do século XX ocorreu a crescente separação entre a área da saúde pública e o atendimento médico individualizado oferecido pela medicina previdenciária. A primeira seria financiada pelos recursos do Tesouro Nacional e a segunda, pela contribuição de empregados, patrões e consumidores. Essas duas vertentes de desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde foram resultantes de uma concepção que reconhecia como pertencentes à esfera pública somente os problemas individuais que ameaçassem o restante da população ou a ordem econômica e social vigente (PONTE, 2010. p. 20-21).

Segundo Ponte (2010, p 49), o país dependia quase que exclusivamente do comércio externo, o que acabava por agravar ainda mais as consequências do seu quadro sanitário, já que muitas companhias de navegação se recusavam a estabelecer rotas que passassem pelos portos brasileiros. Conhecido como túmulo dos estrangeiros, o país encontrava dificuldade para atrair imigrantes para as fazendas de café, carentes de mão de obra desde o fim da escravidão. Herdeiro de um passado escravista e colonial, o país se via frente ao desafio de promover medidas capazes de alterar suas condições de saúde e de acabar com as epidemias, tendo em vista defender a vida de seus habitantes e a economia do país. O relato abaixo serve para descrever a situação sanitária em que se encontrava o Rio de Janeiro nesse período:

(...) o turista que vem à América do Sul, muitas vezes, aqui nem baixa à terra bárbara, do navio em que viaja, contentando-se comvê-la de longe, no quadro magistral da natureza, que não se pôde estragar, porque, além de feia e desinteressante, a cidade é um perigo, foco das mais tremendas moléstias infecciosas: a febre amarela, a peste bubônica, a varíola. A tuberculose mata como em nenhuma outra parte, sendo que as moléstias do aparelho digestivo, graças à ausência de fiscalização no varejo de gêneros alimentícios, fazem tantas vítimas quantas faz a tuberculose. Os obituários alongam-se sinistramente pelas colunas dos jornais, cruzam, pelas ruas, férretros e homens cobertos de luto, sendo que prosperam particularmente os lojistas de grinalda e coroas, os médicos e os padres. (PONTE, 2010, p. 50).

Foi nesse contexto de necessidade de reestruturação da área da saúde pública que a medicina começou a ganhar forte poder de intervenção na sociedade, diferenciando-se do vasto grupo de pessoas que exerciam ações de saúde (curandeiros, parteiras, benzedeiras, pajés, entre outros), que se dedicavam ao ofício da cura e dos cuidados aos enfermos. Os médicos afirmavam que o livre exercício da medicina por todo tipo de curiosos sobre os quais não se tinha controle,

era a razão das precárias condições de saúde, e que para se constituir a medicina social era necessário restringir o exercício da profissão àqueles que fossem reconhecidos pelas instituições de formação médica, uma vez que:

(...) efetivamente, esta [a medicina social] só pode agir sobre a sociedade e controlar a saúde pública se for capaz de circunscrever o exercício da medicina a pessoas que tenham a mesma formação e uma visão unitária e coordenada da problemática da saúde. Controle sanitário da sociedade e controle interno da medicina são duas faces de uma mesma moeda. (PONTE, 2010. p. 49)

O controle sobre as faces da mesma moeda deveria ser além dos modos de organização característicos do processo de institucionalização da medicina (criação de cursos, reconhecimento por parte do Estado etc.), e da montagem de um aparato estatal de atenção à saúde, à existência de um corpo de conhecimentos capaz de legitimar a presença desses atores na esfera pública, pois apesar de serem consideradas como condições necessárias, a instituição de formas de regulação internas ao campo médico a estruturação do aparelho de Estado não eram ainda suficientes para que se exercesse e se justificasse o controle sanitário da sociedade. Era preciso também articular, com base na autoridade da ciência, um discurso em defesa da interferência na sociedade em nome do bem público e da proteção ao indivíduo para obter uma aceitação social (PONTE, 2010. p. 50).

Adorno, discutindo a rationalidade técnica, apresenta elementos que permitem pensar nossa descrição sobre a articulação da medicina com o Estado, com base na autoridade científica para obter essa aceitação social:

Na realidade, é por causa desse círculo de manipulações e necessidades [necessidades dos consumidores] derivadas que a unidade do sistema torna-se cada vez mais impermeável. O que não se diz é que o ambiente em que a técnica adquire tanto poder sobre a sociedade encarna o próprio poder dos economicamente mais fortes sobre a mesma sociedade. A rationalidade técnica hoje é a rationalidade da própria dominação, é o caráter repressivo da sociedade que se auto-alienada. (ADORNO, 2002, p. 9).

O período de institucionalização da medicina e de organização do Estado foi marcado pela concorrência de várias teorias que procuravam explicar a emergência das enfermidades e epidemias que assolavam a população, somente por meio dos aspectos científicos, sem pensar na condição social, o que pode levar à alienação social. Entretanto, embora envolvidos em debates que expressavam disputas entre concepções divergentes acerca das origens e formas de combate às doenças, os médicos da segunda metade do século XIX e início do XX concordavam em um ponto fundamental para o fortalecimento e a ampliação do prestígio da profissão: a

intervenção da medicina na sociedade era não só possível, mas acima de tudo, necessária. O trecho a seguir nos permite pensar como o Estado e a medicina se uniram para implantar o sanitarismo no país:

(...) o momento em que o Estado se encarrega de maneira positiva da saúde dos cidadãos é o mesmo em que a sociedade como um todo aparece como passível de uma regulamentação médica. E regularizar a organização e o funcionamento social do ponto de vista sanitário exige que a medicina se obrigue não apenas a tratar o indivíduo doente, mas fundamentalmente a supervisionar a saúde da população, não só a visar ao bem-estar dos indivíduos, mas também à prosperidade e à segurança do Estado. (PONTE, 2010. p. 50).

Desse modo, a medicina empreendeu um duplo deslocamento. Primeiramente ela teve de desviar sua atenção exclusiva do corpo do indivíduo para focá-la na esfera social. Em seguida sua atenção teve de privilegiar o aspecto preventivo, buscando antecipar-se à instalação da doença. Incapaz de responder aos novos problemas, a administração pública paulatinamente se tornou permeável ao discurso médico, que começou a forjar um consenso acerca da necessidade de mudanças no ordenamento das cidades. A aliança entre o Estado e a medicina apoiava-se num processo difuso em que ambas as partes se beneficiavam. Ao mesmo tempo em que as concepções e diagnósticos médicos passaram a conduzir e sustentar as ações do Estado perante a opinião pública, conferindo legitimidade aos projetos governamentais, o reconhecimento por parte do poder público, e da autoridade científica da medicina fornecia à profissão médica grande prestígio social (PONTE, 2010. p. 54-55).

Dessa forma foi instaurado no país o *modelo campanhista* de intervenção no quadro sanitário e epidemiológico de determinada região, que marcou e ainda marca profundamente a trajetória da saúde pública da nação. Esse modelo trazia consigo a ideia de que a mobilização dirigida para finalidades específicas poderia obter vitórias expressivas contra as doenças que fossem foco de sua atenção. A concentração de recursos, aliada aos conhecimentos técnicos e científicos era entendida como capaz de promover, ao fim de determinado período de tempo, a erradicação ou o controle definitivo da doença a ser atacada. As campanhas eram organizadas segundo rígidos padrões que seguiam moldes militares, inclusive contando com sua participação ativa nas ações de saúde (vacinação, pulverização das moradias com inseticidas, entre outros). Nelas, estava presente, além da ideia de um inimigo a ser combatido, uma estrutura hierarquizada que procurava dar conta de suas tarefas em

um território previamente delimitado que, na linguagem militar seria qualificado como teatro de operações; o Projeto Rondon¹¹ seria um bom exemplo. As brigadas sanitárias esquadrihavam o cenário de guerra, estendendo suas ações a todos os recantos do território a ser conquistado. Terminada a fase de ataque (termo empregado pelos sanitaristas da época), a área permanecia por algum tempo sob vigilância e a maioria do pessoal era desmobilizada ou transferida para outras "frentes de batalha" (PONTE, 2010. p. 104).

O campanhismo era acalentado pela perspectiva de obter uma vitória sem precedentes. Cientistas, governos e organismos internacionais associados, muitas vezes, a grandes empresários iniciaram esforços para alcançar esses ambiciosos objetivos, sem questionar e/ou modificar a estrutura socioeconômica vigente, que determinava o quadro epidemiológico que pretendiam reverter. Seguindo essa estratégia de ação, instituições como a Fundação Rockefeller¹² começaram a perseguir a erradicação de doenças com o intuito de produzir um efeito de demonstração, de forma a não deixar dúvidas quanto a ser esse o único caminho a

¹¹ O Projeto Rondon foi criado em 1967 e, durante as décadas de 1970 e 1980, permaneceu em franca atividade, tornando-se conhecido em todo Brasil. Sua área inicial de atuação era voltada para o levantamento, pesquisa e assistência médica. No final dos anos noventa, deixou de receber prioridade no Governo Federal, sendo extinto em 1989. Em 2005, já com uma nova roupagem, o projeto voltou a figurar na pauta dos programas governamentais, sendo atribuída a sua coordenação ao Ministério da Defesa. Desde então, o Rondon já levou mais de 12.000 rondonistas a cerca de 800 municípios, seu decreto de criação estabeleceu que suas regiões prioritárias de atuação são aquelas com maiores índices de pobreza e exclusão social, bem como áreas isoladas do território nacional que necessitem de maior aporte de bens e serviços, por essa razão, a Diretriz Estratégica do Projeto Rondon prioriza as regiões norte e nordeste do país. (BRASIL, 2012)

¹² A Fundação Rockefeller constituiu-se numa das maiores e mais antigas instituições filantrópicas e teve, ao longo de sua trajetória, uma atuação marcante nos EUA e em diferentes países de todos os continentes. Juntas, a Fundação Rockefeller e a *Carnegie Corporation* são consideradas como as principais fontes de recursos que financiaram o deslocamento do centro de produção científica da Europa para os Estados Unidos no período entre guerras. Criada nos Estados Unidos em 1913, teve por objetivo reunir e centralizar as ações filantrópicas da família Rockefeller, que estavam sendo praticadas de forma sistemática e em escala crescente desde o final do século XIX. Ao longo das décadas de 1910, 20, 30, 40 e 50 passou a atuar em setores-chave da vida pública, em escala nacional e internacional, financiando atividades em saúde pública, educação, ensino médico, psiquiatria, ciências naturais – especialmente nos campos da genética, endocrinologia, fisiologia e dos estudos quantitativos em biologia, além de física e química aplicadas. Nas ciências sociais, promoveu estudos em antropologia e em áreas envolvendo relações do trabalho, previdência social, relações internacionais, economia, política e administração pública, além das artes, cultura, meios de comunicação, informação e difusão, arquivos, acervos históricos e aprendizagem intensiva de inglês em países estrangeiros (MARINHO, 2004, p. 151)

No Brasil atuou de 1916 a 1942, registrando, em relatórios periódicos, diagnósticos, ações e tendências do quadro sanitário local. Em 1916, em um relatório sobre os países da América Latina, diagnosticou na região uma carência de sólida base científica para suporte de políticas públicas consistentes; a ausência de treinamento médico quanto a questões de saúde pública e de carreiras especializadas e de organizações sanitárias estáveis e abrangentes. (MOREIRA, 1999, p. 624)

ser trilhado. Assim, a Fundação Rockefeller organizou campanhas de combate à febre amarela e à malária em diversos países, principalmente latinoamericanos, contribuindo significativamente para a expansão da estratégia campanhista. Vários acordos internacionais foram firmados, e diversas instituições criadas ao longo do século XX, obedecendo a essa lógica (PONTE, 2010. p. 104).

No Brasil, entre as instituições surgidas nesse contexto, podemos citar: o Serviço de Malária do Nordeste, instituído em 1939 e posteriormente transformado em Serviço Nacional de Malária (1941); o Serviço Nacional de Febre Amarela de 1940; o Serviço Especial de Saúde Pública criado em 1942, como parte do esforço de guerra dos aliados e mais tarde transformado na Fundação Serviço de Saúde Pública (SESP); a Campanha de Erradicação da Varíola, instituída no Brasil em 1966 como parte de um programa mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na década de 1960, e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), criada em 1969 (PONTE, 2010. p. 105).

Adorno nos apresenta elementos que auxiliam a pensar a situação:

A nova ideologia tem por objeto o mundo como tal. Ela usa o culto do fato, limitando-se a suspender a má realidade, mediante a representação mais exata possível do mundo dos fatos. Nesta transposição, a própria realidade se torna um sucedâneo do sentido e do direito. (ADORNO, 2002, p. 46)

Esse modelo campanhista encontra-se presente na atualidade, a despeito da alta persistência de algumas doenças que foram seus focos iniciais, como é o caso da malária, dengue e febre amarela, usando o culto ao fato do simples higienismo, como se as medidas de higiene sozinhas pudessem suprir todas as necessidades de saúde da população, como uma forma de mascarar a realidade desencadeada pelas diferenças sociais. Um exemplo seria a estratégia do dia nacional de vacinação (instituído em 1980) que alcançou plenamente seus objetivos, eliminando a poliomielite do território nacional em 1994; a varíola que foi a primeira vacina a ser introduzida no país, sendo até um dos estopins da Revolta da Vacina¹³, embora a varíola tenha sido erradicada do país apenas em 1973 (PONTE, 2010. p. 105).

¹³ A Revolta da Vacina ocorreu em 1904 no Rio de Janeiro, a população saiu às ruas para protestar contra a obrigatoriedade da vacina, mas o que de fato envolvia a situação, foi que eles estavam também sendo despejados de suas casas, os cortiços que ficavam próximos ao porto, que foram demolidos, como parte da estratégia campanhista de sanitização dos portos, segundo os relatos da época, a revolta culminou com 50 mortos e 110 feridos. (PONTE, 2010. p. 105).

Essa forma de polícia médica que foi exercida por meio das campanhas sanitaristas, nos leva a pensar sobre as mediações que foram articuladas para estabelecer quais seriam as necessidades sociais de saúde, que variam de sociedade para sociedade e dentro de uma mesma sociedade em distintos momentos históricos, configurando aos poucos uma estrutura de normatividade em que os homens vão definindo o que é normal e patológico para a vida social e individual. Será que os diversos grupos sociais que constituíam a nação no período, foram em algum momento levados seriamente em consideração pelos sanitaristas? A nação era composta por grupos bem heterogêneos (negros escravos recém-libertos, imigrantes, brancos, e índios entre outros), e com configurações sociais bem distintas entre as zonas rurais e urbanas.

A finalidade dessa saúde pública, com ações de polícia médica, decerto não foi uma ação terapêutica visando atender as necessidades de saúde; como *objeto*, estava o indivíduo doente ou indivíduo/grupos sadios ou expostos a riscos, que necessitavam de medidas preventivas e/ou curativas para preservar a saúde ou com o objetivo de reabilitação; como *instrumental de trabalho*, via-se os instrumentos e as condutas que representavam o nível técnico do conhecimento; e o *produto final* seria a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida, delimitando duas categorias de indivíduos: os que seriam atendidos com recursos do Estado, somente quando sua situação de saúde pudesse interferir em seus interesses econômicos, e os indivíduos que poderiam em certo ponto determinar o que seriam suas necessidades de saúde, pois os recursos para tal seriam de suas próprias contribuições.

Nesse sentido Adorno (2002, p. 49) nos apresenta que "para defender as próprias posições, mantém-se viva uma economia em que, graças ao extremo desenvolvimento da técnica, as massas do próprio país já são, de início, supérfluas na produção". E podemos observar que desse tipo de sistema de saúde, surgem os diferentes consumidores que se transformaram num setor importante de investimento de capital, além de ser uma das molas propulsoras da acumulação de capital para diversos setores industriais, como por exemplo, a indústria farmacêutica e a indústria de equipamentos médico-hospitalares. A contribuição específica dos serviços de saúde para a acumulação capitalista se manifesta através de diversos mecanismos, entre os quais está o consumo de mercadorias dessas indústrias, o que permite que se complete o processo de valorização do capital desses setores

industriais. Esse tipo de sistema de saúde também propicia a acumulação de lucros em seu próprio interior através das empresas médicas e dos hospitais, por meio da ampliação do mercado de bens de saúde. Dessa forma, a ampliação do mercado de bens de saúde atua como auxiliar e complementar a circulação desses bens que se verifica no comércio, e finalmente cria necessidades de novos bens, fazendo surgir novas alternativas de investimentos produtivos. Podemos citar como exemplo específico do modelo campanhista a indústria de vacinas e todos os insumos necessários para a realização das campanhas.

Nesse sentido, Horkheimer e Adorno (1997) nos auxiliam a pensar como a ciência pode ter sido utilizada para respaldar essa situação:

Doravante, a matéria deve ser dominada sem o recurso ilusório a forças soberanas ou imanentes, sem a ilusão de qualidades ocultas. O que não se submete ao critério da calculabilidade e da utilidade torna-se suspeito para o esclarecimento. A partir do momento em que ele pode se desenvolver sem a interferência da coerção externa, nada mais pode segurá-lo. (...) O esclarecimento é totalitário. (HORKHEIMER; ADORNO, 1997, p. 21-22).

A ciência surge como soberana e absoluta para justificar a adaptação passiva ao discurso biomédico, e reforça a dominação social imamente na relação médico *versus* usuário. A escola e a saúde para todos ficam banalizadas na prática, com a aparente impressão de que as condições de acesso estão facilmente colocadas à disposição de todos e que bastaria querer para se obter saúde e educação.

Como ficaria a formação do profissional de saúde dentro de um cenário notadamente capitalista e pragmático? Um cenário em que parece que se afasta do processo histórico de vida e dos conflitos, que se estabelecem no âmbito da sociedade, naturalizando até mesmo certo conformismo com as condições supostamente ofertadas.

Talvez, nessa medida a formação do profissional de saúde passa a tender ao processo saúde-doença, ficado mais voltada para a esfera da instrumentalização, já que as condições sociais que se articulam diretamente com a sua ação, na via do discurso oficial, já estariam sendo solucionadas por outras instâncias, e não voltadas para uma discussão aprofundada sobre os impactos coletivos determinantes do processo saúde-doença, perdendo parcialmente essa essência da mediação humana no cuidar.

Nessa direção, ao analisar o documento do SUS, podemos encontrar contribuições da Declaração de Alma Ata:

A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (BRASIL, 2001)

Importante salientar que a Constituição de 1988 (que serviu como base para o SUS) foi elaborada em um momento intenso de reformas da instituições sociais, impulsionadas com a retomada das eleições diretas em 1982 que haviam sido suprimidas com a ditadura militar em 1964.

Ressalta-se que a articulação do setor saúde como outros setores da economia, tem sido proposta também pelas Normas pactuadas nacionalmente que regulam o processo de descentralização e a reorganização do modelo de atenção à saúde, vêm introduzindo com maior ou menor intensidade, a perspectiva da promoção da saúde. Para consolidar o modelo proposto, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 01/96), institucionalizou os Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF)¹⁴ como estratégias necessárias à reorganização do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2000, S/P).

Ao definir os campos de atenção à saúde, esta Norma enfatizou a promoção da saúde como sendo pertinente às responsabilidades do SUS, principalmente no que diz respeito às políticas externas ao setor e que interferem nos determinantes sociais dos processos de saúde e de doença das coletividades; destas fazem parte as questões relativas às políticas sociais e econômicas - emprego, habitação, educação, lazer, disponibilidade e qualidade dos alimentos, apontando a necessidade da implementação de mecanismos que propiciem a integração dessas políticas e ações.

¹⁴ A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu como um programa do MS em 1994 (na época o nome era PSF – Programa de Saúde da Família), com o reconhecimento de suas diversas áreas de atuação, que contempla programas de saúde diferenciados, em 2006 seu nome foi adequado para ESF, em virtude das propostas de descentralização e municipalização dos serviços de saúde do SUS. A proposta requer um trabalho interdisciplinar para lidar com a complexidade da promoção à saúde, que é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade. As equipes são compostas, no mínimo, por um Médico, um Enfermeiro, um Auxiliar de Enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um Dentista, um Auxiliar de Consultório Dentário e um Técnico em Higiene Dental. (BRASIL, 2012)

Segundo Arretche (2002), no bojo do clima democratizante do processo constituinte, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 8080/90, que instituiu as regras de funcionamento do SUS, trazendo como princípios doutrinários – universalidade, equidade e integralidade, e como princípios organizacionais - descentralização, regionalização e hierarquização, racionalização e resolutividade, e controle social. Esses princípios representam a tentativa de materialização do artigo 196, que vão ao encontro dos postulados da Declaração de Alma Ata. Arretche (2002) nos traz elementos para compreender melhor o impacto do SUS no país:

A universalização dos serviços implica ampliação do escopo de direitos dos cidadãos, uma vez que o princípio contributivo do modelo anterior excluía do acesso aos serviços camada significativa da população com baixos rendimentos ou formas precárias de inserção no mercado de trabalho. Este objetivo da reforma ampliar o escopo de beneficiários da política seguramente representou um forte incentivo para a adesão dos municípios ao SUS. Os créditos políticos derivados da ampliação da oferta de serviços de saúde criaram nas administrações locais incentivos para assumir sua gestão. (ARRETCHÉ, 2002)

Antes da instauração do SUS, uma parcela significativa da população não tinha condições de acesso aos serviços públicos hospitalares de saúde. Para ter acesso a esses serviços era necessário apresentar a carteira de trabalho com registro do empregador (empregados e dependentes legais). Todos os trabalhadores da economia informal ou desempregados tinham dificuldade de acesso, restando-lhes enfrentar longas filas de atendimento nas Santas Casas de Misericórdia ou Instituições de Ensino, em busca de tratamento para sua saúde. Apenas o acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS) não era tão limitado, contudo as UBS concentravam suas ações basicamente em torno da vacinação infantil. Dessa forma, o princípio da universalidade e integralidade evidencia o avanço do SUS na condição de facilitar o acesso de toda a população aos serviços de saúde públicos do país.

Considerando que o SUS precisava de uma forma para a sua real implementação, e dadas dificuldades observadas historicamente no Sistema de Saúde (modelo hospitalocêntrico, curativo, biologicista, ou seja, que oferece atendimento em nível primário sem o caráter da prevenção), houve a necessidade de criar uma maneira diferente *de fazer saúde*, uma *fórmula* que abrangesse o conceito de saúde de maneira mais ampla. É nesse contexto que nasceu a Estratégia Saúde da Família (ESF) com vistas a favorecer de fato a implementação

do SUS. Em outras palavras, esta estratégia surgiu para tornar real tal proposta política. No entanto, na atualidade o que vemos é uma forma de terceirização dessa proposta por meio de parcerias do Estado com a iniciativa privada.

A Declaração de Alma Ata (1978, p. 1) apresentou dentre seus postulados que: "governos são responsáveis pela saúde de seus povos - realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais". De certa forma, todos os princípios do SUS refletem a tentativa de atender em base legal os postulados da Declaração de Alma Ata.

A estratégia de Atenção Primária de Saúde de Alma Ata, com enfoque multisectorial, o envolvimento comunitário e os componentes de tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental. Com essa motivação foi planejada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública. Os principais resultados desse evento foram apresentados na Carta de Ottawa na forma de cinco estratégias que deveriam ser realizadas para conseguir alcançar a promoção da saúde que foram: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002, p. 17).

Na prática, o destaque das conexões entre saúde e cuidado de saúde resulta como fundamental para a sustentabilidade dos enfoques não médicos como meios primários de melhorar a condição de saúde. E a possibilidade de uma real articulação em toda a amplitude do processo de atenção pode permitir o estabelecimento de relações, no qual a superação de problemas críticos que foram apresentados do modelo de sanitarismo do passado, podendo dar lugar a uma melhor apreciação dos benefícios dessa nova forma de ver a saúde pública.

A II Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988, reafirmou as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, consideradas interdependentes, mas destacou que as políticas públicas saudáveis estabelecem o ambiente para que as outras quatro possam tornar-se possíveis. Sobre políticas públicas saudáveis, enunciou que estas se caracterizavam pelo interesse e preocupação, explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população, tendo como principal propósito a criação de um

ambiente favorável para que as pessoas possam viver saudáveis. Ressaltou que as iniquidades em saúde têm raízes nas desigualdades sociais, e que para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas, requeriam-se políticas que buscassem incrementar o acesso a bens e serviços promotores de saúde e criar ambientes favoráveis, estabelecendo-se alta prioridade aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis. Reconhecendo como peculiar a cultura de povos indígenas, minorias étnicas e imigrantes. Identificou-se quatro áreas prioritárias de ação: apoiar a saúde da mulher; assegurar alimentação e nutrição adequadas; reduzir do uso do tabaco e álcool; criar ambientes saudáveis. (BRASIL, 2002, p. 35 -36).

Em 1991 aconteceu a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na cidade de Sundsvall, Suécia, de 9 - 15 de junho, remetendo explicitamente à questão da saúde, e estreitando seus vínculos com a educação:

A educação é um direito humano básico e um elemento chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos. A educação deveria ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade, particularmente com respeito à cultura, classe social e gênero. (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991, p. 4).

Novamente, temos a saúde atrelada à educação, mas uma educação que enfatize a cultura, que não seja diferente de acordo com as classes sociais, e nem tenha a discriminação de gênero. Essa maneira de compreender a educação poderia contribuir, nessa perspectiva, com a formação do profissional da saúde, para que pudesse atuar no processo saúde-doença de acordo com o perfil epidemiológico da população, de forma abrangente, e não simplesmente instrumental.

Em 1992 ocorreu a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na América Latina, na cidade de Bogotá, Colômbia, de 9 -12 de novembro, essa Conferência evidenciou que as iniquidades na saúde podem gerar enfermidades, e classificou os tipos de enfermidades geradas decorrentes dessas situações: a) atraso/pobreza (malária, cólera, tuberculose e desnutrição); b) urbanização e industrialização (neoplasias, doenças cardiovasculares e AIDS). Além disso, acrescentou a importância que a deterioração ambiental e a violência podem causar, gerando também enfermidades (BRASIL, 2002, p. 17).

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde aconteceu na cidade de Jacarta, Indonésia, de 21-25 de julho de 1997, e retomou a questão das

desigualdades sociais e das iniquidades na saúde, ao afirmar que "A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde". Essa duas conferências nos remetem a análise sobre quais necessidades na formação do profissional de saúde, para atender aos grupos humanos, dentro desse perfil epidemiológico de adoecimento que enfatiza as vulnerabilidades e desigualdades sociais. Provavelmente, a formação com ênfase na esfera instrumental e biológica não consiga abranger as condições de adoecimento que estão atreladas ao âmbito econômico e social. (BRASIL, 2002, p. 29-30).

A V Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde aconteceu na Cidade do México, México, 5-9 de junho de 2000. Reconheceu que a consecução do nível de saúde mais alto possível é um elemento positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social, econômico e da equidade; levantou-se a questão de que, nos últimos anos, houve uma melhoria significativa da saúde e progresso na provisão de serviços de saúde em muitos países do mundo. Contudo, apesar desse progresso, ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o *desenvolvimento social e econômico* e que devem ser resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem-estar, ao mesmo tempo em que doenças novas e reemergentes ameaçam o progresso registrado na área da saúde, tornando necessário abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde e fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade (BRASIL, 2002, p. 29-30).

A Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento: Direitos, Fatos e Realidades, que ocorreu na cidade de Buenos Aires, Argentina, em agosto de 2007, teve como documento a Declaração de Buenos Aires, e trouxe duas fortes premissas:

- a) Após quase 30 anos de Alma-Ata, ainda é lamentável a situação de saúde de grande parcela da humanidade, pois a mesma ainda não goza de uma atenção à saúde integral, equitativa ou nem sequer básica;
- b) Os sistemas de formação de recursos humanos em saúde, não respondem às atuais necessidades sanitárias que refletem a complexidade social nem estão preparados para implementar ações de prevenção e promoção, mediante um trabalho em equipe, inter-setorial e com participação comunitária. (BRASIL, 2002, p. 30)

A Declaração de Buenos Aires evidenciou que, desde a Declaração de Alma Ata, as desigualdades sociais ainda persistem negando as mínimas condições de acesso à saúde de grande parcela da humanidade, e sobretudo que a formação dos

recursos humanos em saúde pode estar, em grande parte, inadequada por não considerar de forma mais contundente o perfil epidemiológico do processo saúde-doença. O desafio apresentado é o de evitar que os sistemas de saúde reproduzam as iniquidades observadas em outros setores, e que a formação consiga, de alguma forma, promover a inclusão social.

1.2 Conferências Nacionais de Saúde

Geralmente após a realização das Conferências Internacionais de Saúde, os gestores da saúde publicizam os resultados das discussões em seus países; no Brasil, os foros privilegiados para essas discussões são as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que são espaços destinados também para analisar os avanços e retrocessos na saúde do país, bem como planejar novas ações e, que podem trazer elementos para situar nossa análise sobre as mudanças nos sistemas e políticas de saúde, contribuindo na compreensão das expectativas sobre o papel do profissional e as políticas de formação e trabalho.

A tabela abaixo apresenta uma síntese das CNS realizadas no país:

Tabela 2 - Distribuição das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no país, segundo nome, tema central e ano de realização. São Paulo, 2013.

Ano	Nome	Tema Central
1941	I Conferência Nacional de Saúde	Situação sanitária e assistencial dos estados
1950	II Conferência Nacional de Saúde	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho
1963	III Conferência Nacional de Saúde	Descentralização na área de saúde
1967	IV Conferência Nacional de Saúde	Recursos humanos para as atividades em saúde
1975	V Conferência Nacional de Saúde	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização
1977	VI Conferência Nacional de Saúde	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde
1980	VII Conferência Nacional de Saúde	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde	Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial
1992	IX Conferência Nacional de Saúde	Municipalização é o caminho

Continua

Ano	Nome	Tema Central
1996	X Conferência Nacional de Saúde	Construção de modelo de atenção à saúde
2000	XI Conferência Nacional de Saúde	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
2003	XII Conferência Nacional de Saúde	Saúde, um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos
2008	XIII Conferência Nacional de Saúde	Políticas de Estado e Desenvolvimento
2011	XIV Conferência Nacional de Saúde	Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social. Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro
TOTAL		14

A lei que instituiu as Conferências Nacionais de Saúde foi promulgada em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, em um tempo caracterizado principalmente pela falta de liberdade política. A I Conferência Nacional de Saúde - *Situação sanitária e assistencial dos estados* - ocorreu em 1941, antes mesmo da criação do Ministério da Saúde; tal conferência reuniu apenas 70 participantes, o que foi o motivo da ideia inicial de que as Conferências serviriam apenas como um encontro de técnicos e administradores do Ministério e dos Estados para assessorar o ministro nos campos da educação e da saúde (UNIVERSIDADE SAUDÁVEL, 2012).

Sua concepção era curativa e não preventiva, com defesa sanitária da população, assistência social aos indivíduos e às famílias, proteção da maternidade, da infância e da adolescência. Suas finalidades foram:

- a) Estudar as bases da organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção da infância; a síntese dos objetivos a serem atingidos e dos meios a serem mobilizados, nesses dois terrenos do serviço público nacional;
- b) Estudar e definir o sistema de organização e de administração sanitária e assistencial, nas órbitas estaduais e municipais;
- c) Considerar, de modo especial, as campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose, para o fim de serem assentadas medidas relativas à sua coordenação e intensificação, e a situação das cidades e vilas de todo o país quanto à montagem e funcionamento dos serviços de águas e esgotos. Durante a I CNS definiu-se que as

conferências ocorreriam anualmente ou, pelo menos, de 2 em 2 anos (BRASIL, 2012).

No período da I CNS, o país passava pela Ditadura Vargas¹⁵, que foi o Estado Novo autoritário (1930-1945), identificado com o *nazifacismo* (1937/1938), seu contexto macro/socioeconômico foi marcado pela industrialização com a manutenção da estrutura agrária. Em 1943 foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). O Sistema de saúde era dividido em dois: a) Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública; b) Previdência social e saúde ocupacional, institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, tendo como principais prioridades e desafios, as campanhas de saúde pública contra febre amarela e tuberculose, a predominância de endemias rurais (doença de chagas, anciostomose, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais (PAIM et al., 2011, p. 16).

Embora essa conferência tenha apresentado uma concepção curativa, seu tema central - *Situação sanitária e assistencial dos estados* evidenciou que seu objetivo era fortalecer o modelo campanhista de atenção a saúde, marcado pelas ações públicas contra febre amarela, tuberculose, doença de chagas, anciostomose e malária, baseando-se na epidemiologia, e não na medicina social (PAIM et al., 2011, p. 16).

Apesar de ter sido um encontro despolitizado, ele marcou a história da saúde brasileira por causa de algumas demandas como, por exemplo, pela criação do Ministério da Saúde separado do Ministério da Educação e, pela reelaboração das relações entre os entes federados, que tendia, até o momento, à centralização.

¹⁵ Na década de 1940, o Brasil viveu a fase ditatorial da era Vargas, no chamado Estado Novo, que perdurou entre os anos de 1937 e 1945. O terceiro mandato do presidente Vargas foi garantido graças a um golpe em que por meio da divulgação de um falso golpe comunista, aboliu as liberdades democráticas no país e anulou o texto constitucional formulado em 1934. Vargas empreendeu uma série de ações populistas que o eternizaram como o *pai dos pobres*, e ao mesmo tempo, promoveu a perseguição de seus inimigos políticos e o controle dos meios de comunicação. Nesse sentido, muitos historiadores costumam apontar certa aproximação político-ideológica entre o regime varguista e os governos totalitários (nazismo e fascismo) que tomavam conta de Europa depois da Primeira Guerra Mundial. Getúlio Vargas era conhecido por adotar uma postura política autônoma. Em junho de 1940, realizou um discurso elogiando o movimento nacionalista das *nações fortes*, fazendo uma alusão indireta aos nazifascistas. Esse discurso foi visto como uma grande ameaça à hegemonia política dos EUA. Após esse episódio, Vargas conseguiu barganhar com os americanos um vultoso empréstimo de 20 milhões de dólares utilizados na construção da usina de Volta Redonda. No entanto, os recursos barganhados obrigaram o governo brasileiro a apoiar militarmente os EUA contra os regimes nazifascistas europeus na Segunda Guerra Mundial (BRASIL ESCOLA, 2012).

A II Conferência Nacional de Saúde - *Legislação referente à higiene e segurança do trabalho*, ocorreu somente em 1950, e nela estabeleceu-se a legislação referente à higiene, segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes (BRASIL, 2012).

A III Conferência Nacional de Saúde - *Descentralização na área de saúde* - ocorreu em 1963, 10 anos após a criação do Ministério da Saúde, e representou a proposta inicial de descentralização na área. Além disso, propôs que fossem definidas as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais no campo das atividades médico-sanitárias, para que, inspirados nos pressupostos da reforma estudada, colocassem em prática a descentralização executiva dos serviços, com a efetiva participação dos municípios na solução dos problemas de saúde pública (BRASIL, 2012).

No período que ocorreram as II e III CNS, o país passava por uma instabilidade democrática (1945-1964). Seu contexto macro/socioeconômico passava pela substituição de importações, rápida urbanização, migrações da zona rural para as cidades, advento da indústria automobilística e a penetração do capital internacional. O contexto político teve a alternância de governos populistas e liberais (PAIM *et al.*, 2011, p. 16).

O sistema de saúde foi marcado por importantes mudanças. Em 1953 foi o ano de criação do Ministério da Saúde; em 1960 foi homologada a Lei Orgânica da Previdência e a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs (que estendeu a previdência social, para a maior parte do trabalhadores urbanos em 1933/1938, consolidada somente em 1967); ocorreu a expansão da assistência hospitalar, principalmente com o surgimento das empresas de saúde. Nesse contexto, as prioridades e desafios de saúde, além das epidemias e doenças endêmicas (tuberculose, chagas, esquistossomose, entre outras), foi o aparecimento das grandes doenças de massa (Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs, gastrintestinais, crônico degenerativas, cardiovasculares, endócrinas, neoplásicas), os acidentes de trabalho e trânsito. Todos esses eventos marcaram o início oficial da grande dualidade entre medicina assistencial curativa e a medicina de Saúde Pública (PAIM *et al.*, 2011, p. 16).

A divisão da Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública e Previdência Social e Saúde Ocupacional, institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho (criados no primeiro governo Vargas), com todas as suas

contradições, permaneceu intacta no período democrático de 1945 a 1964. Ganhou fôlego novo no sentido de acentuar a heterogeneidade dos benefícios na esteira de pressões e acordos políticos particularizados pelo corporativismo sindical. Entretanto, avanços importantes foram observados quando o sistema previdenciário se tornou cada vez mais decisivo nas negociações sindicais e nas disputas político-partidárias do período, com ganhos de autonomia que ultrapassaram os dispositivos reguladores do Estado Novo, em consonância com o clima democrático e o crescimento da movimentação social e política dos trabalhadores brasileiros entre 1945 e 1964 (PONTE, 2010, p. 128).

O efeito disso foi uma ampliação significativa nas despesas dos institutos, que abandonaram ao longo desse período a lógica da capitalização e adotaram o regime de repartição financeira em decorrência do aumento expressivo do número de filiados, e do amadurecimento do sistema (as pessoas começaram cada vez mais a se aposentar e a fazer uso dos serviços). Também houve um período de mudanças que diversificaram e incrementaram os planos de benefícios e serviços, a assistência médica até 1945 permanecera acessível a poucos trabalhadores, entendida como um "fim secundário" e que era proporcionada apenas quando houvesse disponibilidade de recursos, mediante "contribuição suplementar", passou a ser ofertada a um número maior de trabalhadores. (PONTE, 2010, p. 129).

Além disso, muitos institutos ampliaram sua rede própria de hospitais e ambulatórios, processo interrompido no período anterior quando a prática comum passara a ser a compra de serviços de terceiros, estabelecendo uma nova modalidade de prestação de serviços médicos. O fato é que apesar do crescimento da importância dos institutos e de todas as mudanças operadas no seu funcionamento, na esteira da ampla mobilização social e política do período, eles continuaram marcados por grandes problemas (PONTE, 2010, p. 129).

Em vez de incrementar sua participação financeira como esperado, a União cada vez mais aumentava sua dívida com o sistema (mas não deixava de arrecadar impostos, sendo que sua taxa de arrecadação teve aumentos importantes na época). Os empregadores constantemente atrasavam sua contribuição, transferindo-a para o consumidor, uma vez que não era deduzida do seu lucro, mas era obtida do aumento que o empresariado lançava nos preços dos produtos. O resultado financeiro final disso foi que o sistema, a partir dos anos 1960, se tornou deficitário e a oferta de benefícios continuou restrita aos indivíduos inseridos formalmente no

mercado de trabalho (cidadania regulada). A numerosa população mais pobre, fora do mercado formal de trabalho, e excluída do sistema de previdência, continuou a contar apenas com os serviços para indigentes proporcionados pelas prefeituras, governos estaduais e entidades filantrópicas, com nítido caráter assistencialista. Sendo assim, o imenso contingente de trabalhadores rurais continuou desprezado, sem nenhuma forma de atenção previdenciária (PONTE, 2010, p. 130).

As quatro conferências seguintes – 1967, 1975, 1977 e 1980 - ocorreram durante a ditadura militar e são descritas como tímidas na história da saúde brasileira por *voltarem a ter um caráter predominantemente técnico e burocrata*, como haviam sido as primeiras.

A IV Conferência Nacional de Saúde - *Recursos humanos para as atividades em saúde* - ocorreu em 1967, sendo a primeira vez nas conferências que se debateu a questão dos trabalhadores da saúde, com o objetivo de formular sugestões para uma política permanente de avaliação dos recursos humanos, tendo em vista a formação para o desenvolvimento das atividades de saúde.

As características das discussões nesse evento foram marcadas pelas definições de como seriam estabelecidos os currículos nos cursos de formação para os profissionais, quais categorias seriam necessárias (descreveremos a seguir essas categorias), e as atividades de saúde que seriam implantadas. O trecho abaixo nos auxilia pensar a questão:

Adaptando os cursos de formação profissional às reais necessidades do país, através da revisão de currículos e inclusão no ciclo de “graduação” dos conhecimentos relativos às atividades globais de promoção e prevenção da saúde, atendidas as particularidades sócio-econômicas e características epidemiológicas de cada região. (BRASIL, 1967, p. 39).

Percebe-se que não ocorreu nenhuma modificação na forma de pensar as questões relacionadas ao processo saúde-doença. A formação do profissional continuaria a ser voltada para o atendimento das questões epidemiológicas dentro da lógica capitalista. O trecho abaixo pode contribuir nessa análise:

Afirmamos que o problema dos recursos humanos na América Latina é tanto de quantidade como de qualidade. Embora o papel do médico nas ações diretas de prevenção e tratamento apareça como principal, à medida em que penetramos nas complexidades do ambiente e compreendemos a ecologia, vemos clara a importância das outras disciplinas que concorrem para a saúde individual e coletiva. Mais ainda: surge nítida a influência recíproca das técnicas preventivas e terapêuticas e as dos outros

componentes do bem-estar que **conduzem ao crescimento economia**¹⁶. Eis porque é indispensável a programação harmônica, para que possamos obter o melhor rendimento dos recursos disponíveis, bem como, ao mesmo tempo, da ação complementar das diversas funções e, portanto, de seus ocupantes. (BRASIL, 1967, p. 35).

Além da prevenção, o tratamento apareceu para conduzir o bem-estar para o crescimento da economia, assim o próprio trabalhador de saúde foi compreendido como um recurso, que deve render de forma harmônica junto com o Médico. Foi levantada, também, uma questão importante em relação à quantidade e qualidade de profissionais formados; quanto à qualidade, foi colocado que o currículo deveria ser formulado para que o profissional se adaptasse a essa lógica do mercado econômico. Referente à quantidade, propuseram algumas estratégias que, ainda hoje, se fazem presentes. O trecho abaixo nos auxilia a pensar a questão:

Em 1965 comunicaram-nos os governos da América do Norte um registro de 15,4 médicos por 10.000 habitantes. Essa taxa era de 4,9 na América Central e de 6,2 na América do Sul. Mesmo consideradas as diferenças de frequência e distribuição dos problemas de saúde, é evidente a urgência de aumentar o número de diplomas nestas duas regiões. (BRASIL, 1967, p. 35).

Colocou-se a necessidade de aumentar a quantidade de médicos nas Américas Central e do Sul, entretanto, o mesmo documento afirmou que:

Nos países mais ricos há atividades consideradas como de única responsabilidade dos médicos, que podem ser perfeitamente desempenhadas por outros elementos da equipe de saúde, se adequadamente preparados. Nos países em desenvolvimento não há qualquer possibilidade, pelo menos durante uma geração, de produzir-se todos os médicos necessários para a execução de suas funções tradicionais. Suas responsabilidades têm de ser redistribuídas. Muito há que se fazer a este respeito. (BRASIL, 1967, p. 37)

Ao mesmo tempo em que foi evidenciada a necessidade do aumento do número de Médicos, o documento propôs para os países em desenvolvimento, uma alternativa à questão, no qual os elementos que seriam de única responsabilidade dos médicos poderiam ser delegados a outros profissionais de saúde - desde que adequadamente preparados - até que fosse possível ter o número de Médicos necessários para executar suas funções tradicionais. Como podem ser definidas e quais ações são específicas de cada categoria profissional? Se forem determinadas pela formação, pelo aprofundamento nas questões científicas, não se estaria

¹⁶ Grifo nosso, para enfatizar que o objetivo da formação de recursos humanos para a saúde, estavam totalmente subordinados à lógica da economia.

colocando a saúde da população em risco, ao delegar essas atividades a outros profissionais, com menor preparo? Como poderia ficar essa questão posteriormente para profissionais menos preparados, quando houvesse um quantitativo de Médicos suficientes para exercer essas funções?

Nesse sentido, Almeida (2003, p. 59), ao estabelecer um diálogo com Adorno e Horkheimer referente à obra Dialética do Esclarecimento, sobre as certezas imediatas referentes às culturas corporais contemporâneas, que se autodenominam legítimas para a qualidade de vida, nos fornece um excerto interessante para pensar a situação:

A triste ciência, da qual ofereço algo a meu amigo, refere-se a um domínio que em tempos imemoriais era tido como próprio da Filosofia, mas que desde a transformação desta em método ficou à mercê da desatenção intelectual, da arbitrariedade sentenciosa, e, por fim, caiu em esquecimento: a doutrina da vida reta. Aquilo que “vida” significava outrora para os filósofos passou a fazer parte da esfera privada e, mais tarde ainda, da esfera do mero consumo, que o processo de produção material arrasta consigo como um apêndice sem autonomia e sem substância própria. Quem quer a verdade acerca da vida imediata tem que investigar sua configuração alienada, investigar os poderes objetivos que determinam a existência individual até o mais recôndito nela. O olhar lançado à vida transformou-se em ideologia, que tenta nos iludir escondendo o fato de que não há mais vida. (ADORNO, 1993, p. 7 apud ALMEIDA 2003, p. 59).

Talvez, se pensarmos essa questão da ciência no contexto da lógica do capital, na vertente do mero consumo, para sanar as ilusórias necessidades materiais da vida imediata, essa seja uma opção para a formação nos países em desenvolvimento, como foi apresentado no documento, mas não a melhor alternativa para a saúde da população.

A IV CNS determinou quais deveriam ser os profissionais para exercer essa função auxiliar, pela falta do número de Médicos que consideravam como adequados. Nesse contexto, a enfermagem como categoria auxiliar a medicina apareceu em destaque:

É na falta de Enfermeiras que a escassez de recursos humanos na América Latina assume aspecto mais grave. Na América Central há 3 Enfermeiras por 10.000 habitantes e na América do Sul 2,5 por 10.000. Em outras palavras, há 2 médicos por enfermeira, donde essa afirmativa de que estão muito mal aproveitados os conhecimentos científicos e a experiência de pessoal universitário de dispendiosa formação. Estima-se que apenas 26% das 170.000 Enfermeiras auxiliares existentes nas duas regiões receberam educação formal. Somando-se ainda assim esse total ao das Enfermeiras diplomadas, teremos proporções apenas ligeiramente superiores a 2 Enfermeiras por Médicos na América Central e 1,5 na América do Sul. Em síntese, a falta é enorme e a qualidade deixa a desejar. (BRASIL, 1967, p. 37-38).

A ambiguidade nesse discurso transparece. Em primeiro lugar colocou-se que os recursos humanos não estavam sendo adequadamente utilizados, deixando claro que a formação de Enfermeiras era dispendiosa, e que seu conhecimento científico e experiência profissional não estavam sendo adequadamente utilizados. Contudo, ao dividir as Enfermeiras em diplomados e Enfermeiras Auxiliares, começou a indicar, de fato, qual seria o plano de ação, pois desde 1922 já estava determinado no país que Enfermeiras seriam apenas as profissionais com formação universitária. As outras categorias de enfermagem tinham outra denominação: auxiliar e visitadoras de higiene (conforme será apresentado no capítulo II) com itinerários formativos bem distintos, tornando impossível considerá-los como equivalentes. O trecho abaixo nos auxilia a pensar a situação:

Os programas de saúde necessitam de várias categorias de pessoal auxiliar de nível médio e elementar, para dar continuidade ao trabalho do pessoal de nível superior, sabidamente em número reduzido e de elevado custo operacional (...)

As visitadoras sanitárias são outro aspecto a se enfatizar. Substituem as enfermeiras de saúde pública, que se destinam, então, ao papel de capitão de equipe de visitadoras, que lhe estendem a ação. **Essas visitadoras podem ser preparadas em cursos de 6 meses, a partir de moças com o primeiro ciclo ginásial¹⁷.** (BRASIL, 1967, p. 89- 153).

Talvez, como toda essa discussão estivesse embasada na lógica da economia, se propôs, de fato, a formação de profissional auxiliar para substituir as ações médicas, mas esse profissional não poderia ser muito dispendioso, uma vez que de fato seriam realizadas ações sanitárias para a maioria da população pobre. Assim, dentro da lógica capitalista, não haveria a necessidade de gastos maiores, o que de fato ocorreria se fosse colocada somente a necessidade da formação de mais Enfermeiras. E o fato de indicar que seriam mulheres a exercer essas tarefas, quase indicando o trabalho voluntário, como o cuidado exercido por freiras das Santas Casas de Misericórdia e donas de casa, que poderiam cuidar dos doentes, lavar as feridas, entre outras atividades. Quanto ao qual tipo de formação, o trecho pode se esclarecedor:

A formação do pessoal, na dependência das categorias e necessidades dos programas, será feita através de **ensino sistematizado ou simples treinamento**. Todos os recursos devem ser mobilizados para tal treinamento, não havendo necessidade de implantação de estabelecimentos especiais para esse fim. A mobilização dos serviços de saúde, serviços de saneamento, instituições universitárias, etc., poderá,

¹⁷ Grifo nosso, para enfatizar o tempo reduzido de formação e a escolaridade exigida para essas profissionais.

sem dúvida, fazer frente à atual demanda, desde que se adote o **sistema de treinamento em serviço**¹⁸. (BRASIL, 1967, p. 153- 154).

Pagni (2003), em seu estudo sobre a subjetividade, corpo e a educação na obra Marcuse, ao analisar a tentativa de superação de uma proposta de educação fragmentada na sociedade industrial, sem realizar a transformação radical da sociedade, nos fornece elementos de análise para essa proposta de formação:

(...) a pretensão de transformar a terra numa “gigantesca fábrica de educação popular”, baseada na “universalização dos valores culturais”, no “direito de todo o povo aos bens da cultura”, com o intuito de “melhorar a educação corporal, espiritual e moral do povo”, teriam transformado a ideologia existente em outra. Afinal, essas pretensões de criar uma outra cultura se fundamentariam na crença de que, por si só, a reforma da educação existente equacionaria os problemas sociais e políticos, decorrentes da própria estrutura social burguesa. (PAGNI, 2003, p. 94).

Dessa forma, depreende-se que a IV CNS foi a primeira a discutir os recursos humanos de saúde e a trazer uma visão da importância da enfermagem no contexto de saúde da população; uma enfermagem com caráter auxiliar e/ou substitutiva às ações médicas (pela inadequação do número de profissionais formados), sem autonomia, e *pseudoformada* em serviço, objetivando apenas a geração de lucro em duas vertentes: a formação sem investimento educacional, e o serviço como mão de obra barata, o que acabou influenciando no distanciamento do Enfermeiro do cuidar de forma direta, ao ser determinado em razão das questões também econômicas, que eles deveriam, ser em número reduzido em comparação com as outras categorias profissionais da enfermagem, na medida em que os custos com sua formação eram maiores e, já que suas ações foram delimitadas para a administração das atividades a serem executadas por essas categorias. Inferimos se essa formação em serviço teria sido a base para a determinação que os estágios curriculares dos cursos de enfermagem não deveriam ser remunerados, o que não ocorre com outras profissões que não pertencem à área da saúde.

Segundo Lima (2010, p. 151), no período 1964-1968, o salário médio real dos operários industriais decresceu; com exceção das categorias de pessoal qualificado dos setores industrial e de serviços, a grande maioria dos trabalhadores não qualificados sofreu uma importante redução do seu nível de vida. Assim, a política salarial passou a exercer a mesma função de uma política de confisco salarial,

¹⁸ Grifo nosso, para enfatizar que a concepção sobre a formação.

processo esse que levou à exclusão de parcelas significativas dos assalariados urbanos do consumo de serviços médicos vinculados à prática autônoma, e que contribuiu para tornar menos atrativa economicamente essa forma de prestação de serviço. Por sua vez, o atendimento à saúde pública ficou relegado a segundo plano, ao se verificar a participação decrescente do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União: em 1968, correspondia a 2,21%; em 1972, a 1,40%.

Essa participação decrescente da União representou uma decisão política, já que as ações de saúde pública não estavam voltadas para o atendimento das necessidades coletivas, mas sim para a medicina previdenciária e para a prática hospitalar, curativa, individual, assistencial e especializada; Tal fato assegurou a predominância da empresa privada em detrimento da expansão dos hospitais públicos, articulando o setor saúde com os interesses do capital internacional de fármacos e equipamentos, o que possibilitou o desenvolvimento de um complexo médico-empresarial privado no país.

A V Conferência Nacional de Saúde - *Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização* - ocorreu em 1975 e teve como destaque a constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização. Criou o programa de saúde materno-infantil, o sistema de vigilância epidemiológica, o controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde às populações rurais (UNIVERSIDADE SAUDÁVEL, 2012).

Nesse cenário marcado pela perda de poder aquisitivo da população, pela intensa migração e urbanização desordenada e pelas consequências da relação entre a concentração de renda e a pobreza da população, a conclusão foi a expansão da subnutrição e do número de doenças, endemias e epidemias, ou seja, a configuração de uma crise social e sanitária. Ao mesmo tempo foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o que caracterizou a ampliação da cobertura da medicina previdenciária e a aceleração da política de privatização da assistência médica, resultando um novo padrão no desenvolvimento do complexo médico-empresarial, particularmente daqueles segmentos mais diferenciados nas práticas ambulatoriais de cuidados à saúde (LIMA, 2010, p 163).

Contudo, se por um lado se mantiveram as mesmas características do modelo de assistência médica previdenciária, por outro se expandiu a cobertura por meio da adoção de serviços básicos de saúde, determinados pela conjuntura político-econômica que exigiu uma nova postura em relação às políticas sociais. A

ênfase às medidas coletivas, nesse momento, destinava-se a conter a demanda que não podia mais ser absorvida pela medicina previdenciária, e a contribuir para a absorção de tensões sociais, por meio da incorporação de grupos sociais antes excluídos do cuidado médico. O discurso dominante passou a ser a necessidade de integração da medicina curativa e da saúde pública com a rearticulação entre as diversas esferas de governo e entre o setor público e privado (LIMA, 2010, p 162).

Em 1974, com a criação do sistema previdenciário que saiu do Ministério do Trabalho e passou a fazer parte do Ministério da Previdência e Assistência Social, junto com a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) ocorreu uma remodelação e ampliação dos hospitais privados, instaurando uma crise de financiamento nesse setor, estabelecido no país desde 1960 e que havia crescido em 550% seu número de leitos, recebendo vultosos recursos do setor público em financiamento subsidiados. O país estava passando por um momento de crise econômica, causada pela diminuição do ritmo do crescimento econômico; baixos salários; aumento do desemprego, da pobreza, da mortalidade infantil, da marginalidade e favelas. Com um modelo de saúde incapaz de solucionar os problemas saúde coletivos (endemias, epidemias) e atender a população marginalizada pelo alto custo da medicina curativa, pela diminuição da arrecadação do sistema previdenciário e pelo desvio de verbas para cobrir outros setores, a União deixou de repassar os recursos para a saúde (PAIM et al., 2011, p. 16).

Nesse contexto de criação do Sistema Nacional de Saúde, o que de fato ocorreu com a divisão da medicina curativa, ofertada pelo Ministério da Previdência e a medicina Preventiva, ofertada pelo Ministério da Saúde, foi um recrudescimento do universalismo excludente (pois as ações eram apenas para os trabalhadores com carteira de trabalho assinada, comprovando alguma forma de arrecadação de impostos), não beneficiando a população como um todo, e agora, sem nem mesmo a preocupação de tentar investir em saúde preventiva e na mudança dos indicadores de saúde, embora o discurso oficial fosse o oposto.

A VI Conferência Nacional de Saúde - *Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde*, ocorreu em 1977, quando o país estava passando pelo movimento de abertura política (1974 – 1979). Em 1976 houve a

criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES)¹⁹. Em 1979, com a participação dos movimentos sociais, aconteceu o I Simpósio de Política de Saúde no Congresso, e a criação da Associação Brasileira em Pós-graduação em Saúde Coletiva ABRASCO²⁰ (PAIM et al., 2011, p. 16).

Contudo, em 1976 o governo retomou suas ações baseadas no modelo campanhista, com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); em 1977, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), se sugeriu uma estrutura administrativa própria, com o objetivo de financiar estados e municípios na expansão da cobertura nas ações de saúde. As prioridades e principais desafios de saúde apresentados eram:

1. Predominância da morbidade moderna, com doenças endêmicas urbanas e rurais (esquistossomose, tuberculose, doença de Chagas, gastrintestinais, crônico degenerativas, cardiovasculares, endócrinas e neoplásicas, Infecções Sexualmente Transmissíveis, acidentes de trabalho e trânsito);
2. Doenças infecciosas e parasitárias principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (PAIM et al., 2011, p. 16).

A VII Conferência Nacional de Saúde - *Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos* - ocorreu em 1980, e os principais temas debatidos estavam relacionados à implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde), na época sob a égide dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. O evento também abordou assuntos relacionados aos serviços de saúde nas universidades federais, como a possibilidade de uma contribuição importante para a saúde do país (BRASIL, 1980b, p.12).

O Prev-saúde foi apresentado tendo o objetivo de diminuir as iniquidades em saúde, que eram parcialmente estimuladas pelo Sistema Nacional de Saúde, conforme descrito no relatório da VII CNS:

¹⁹ O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde tem como eixo principal a luta pela democratização da saúde e da sociedade, aglutina profissionais e estudantes. (CEBES, 2012)

²⁰ A ABRASCO foi criada com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em saúde coletiva para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil. (ABRASCO, 2012)

Dessa articulação e da disposição de sua pasta em contribuir para a reversão da situação resultou a proposição do programa PREV-SAÚDE que, devidamente conformado às diretrizes do Ministério da Saúde, representará "o conjunto de serviços dirigidos às pessoas, à comunidade e à melhoria do ambiente, necessário à proteção e promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das doenças e traumatismos mais comuns, e à reabilitação básica de suas consequências". (BRASIL, 1980 b, p.207).

Na década de 1980, o universalismo excluente teve seu recrudescimento a partir da criação do Sistema Nacional Saúde, no qual as ações de saúde cobriam apenas 22% da população; enquanto o país passava por um movimento em prol da democratização, esse mesmo universalismo incitou o surgimento na área da saúde do movimento da Reforma Sanitária, em que foram discutidas mudanças necessárias na área de saúde, e cujo conceito passou a ser entendido também como melhoria das condições de vida da população.

A VIII Conferência Nacional de Saúde - *Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial* ocorreu em 1986 e foi considerada como o grande marco nas histórias das conferências de saúde, pois foi a primeira vez que a população participou de suas discussões (participaram mais de 4.000 delegados). Anteriormente, apenas profissionais das esferas administrativas do governo participavam do evento, o que evidenciava o seu caráter assimétrico de decisão, ao não permitir a participação da população e de todos os segmentos envolvidos com as questões voltadas à saúde. Suas propostas eram, em sua maioria, resultados das preposições do movimento da Reforma Sanitária, e foram consideradas como as diretrizes para a futura criação do SUS, e, contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988 como nas Leis Orgânicas da Saúde (LOAS) nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Foi proposta a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, envolvendo sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2012).

Os resultados dessa CNS propiciaram as bases para que o Sistema Nacional de Saúde fosse substituído pelo Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), fato que ocorreu em 1987 por meio da ampliação do movimento da Reforma Sanitária. Os principais temas discutidos foram: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor. Os políticos assumiram o compromisso de resgatar a dívida social com a saúde - resultado do universalismo excluente das políticas de saúde implantadas nos anos anteriores - com a proposta

de implementação de medidas consensuais de integração, já socialmente aceitas. Dessa forma, o movimento de reorganização setorial caminhou para a descentralização, democratização, gestão colegiada, contenção das políticas privatizantes, e novos canais de participação popular. As principais prioridades e desafios de saúde nesse período eram:

1. Epidemias de cólera e dengue;
2. Doenças cardiovasculares que eram a principal causa de morte, seguidas pelas causas externas e neoplasias;
3. Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização;
4. Aumento das mortes violentas (homicídios/acidentes de trânsito) e relacionadas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). (PAIM et al., 2011, p. 16)

Outro aspecto interessante dessa CNS foram os documentos construídos como suporte social para as mudanças que estavam sendo propostas, por exemplo, a construção social da cidadania; a educação médica; a Reforma Sanitária; a formação do Enfermeiro frente à reforma sanitária; a participação da mulher no setor de saúde; cidadania; direitos sociais e Estado; direito à saúde, cidadania e Estado; emprego em saúde na conjuntura recente – Lições para a Reforma Sanitária; financiamento do setor; o Estado; os serviços públicos; a administração; o poder municipal no rumo do SUS; a participação social em saúde; a reformulação do SUS; a reorganização do SUS; a saúde como direito de todos e dever do Estado; e uma proposta pedagógica para o setor saúde (BRASIL, 2012).

O documento *A formação do Enfermeiro frente à Reforma Sanitária* apresentou alguns pontos que nos permitem analisar os resultados do impacto do Sistema Nacional de Saúde no trabalho e na formação da enfermagem, bem como a pseudoformação ocorrida por meio da implantação dos postulados da IV CNS, que tratou do tema sobre os recursos humanos em saúde:

Os profissionais de nível superior ocupam 30% do total de pessoas ocupadas em atividades de saúde, onde 17% corresponde aos Médicos e 2% aos Enfermeiros. Os 70% restantes constituem-se por pessoal de nível médio e elementar, dentre eles 50% são profissionais de enfermagem. Este contingente é composto por três categorias distintas: Técnico, Auxiliar e Atendentes de Enfermagem. (BRASIL, 1980 a, p. 3).

Ao analisar esses números fica evidente a disparidade das atividades ocupadas pelos profissionais de saúde com formação de nível superior e os com formação de nível médio, principalmente na enfermagem, em que 50% das ocupações eram da categoria profissional formada em nível médio e básico. Nesse aspecto, o trecho a seguir nos auxilia a pensar nessa situação:

Chama a atenção, entretanto, a disparidade na absorção de pessoal de enfermagem no país, entre os hospitais públicos e privados. Nos hospitais públicos, os atendentes somam 44,4% enquanto que nos hospitais privados 72,6%.

A porcentagem de Enfermeiros é maior nos hospitais públicos (12%) do que nos hospitais privados (4,1%), bem como é maior nos públicos a porcentagem de pessoal de nível médio, Técnicos e Auxiliares (43,5%) em relação ao setor privado, onde somam 23,2%. (ALMEIDA, 1980 a, p. 4).

Pela constituição das ocupações na rede pública e privada de saúde do país, o setor privado - em comparação com o setor público - absorveu a maior porcentagem de Atendentes de Enfermagem, e também contratavam um número menor de Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem; parece que no setor privado os interesses dos empresários da área médica hospitalar predominaram, ao absorver um contingente maior de pessoas com uma qualificação básica, o que lhes facultava uma remuneração menor e gerava uma economia na folha de pagamentos, atendendo mais aos interesses da lógica capitalista do que à lógica da qualidade no atendimento das necessidades de saúde da população.

Os aspectos da formação do Enfermeiro também foram abordados no documento:

A formação do Enfermeiro sempre esteve muito voltada para o domínio do conhecimento técnico-científico mas, mesmo assim sendo, este não tem o desenvolvimento tecnológico na área da saúde, devido em parte à dicotomia e distanciamento entre teoria e prática.

Além disso, esta produção de conhecimento [pós-graduação] não tem sido utilizada para direcionar a prática de enfermagem pois, reproduzindo o modelo utilizado pela Escola Médica e pela enfermagem norte-americana, não leva em conta as condições históricas socialmente determinadas da assistência da enfermagem prestada em nossas instituições de saúde. (ALMEIDA, 1980 a, p. 7,9-10).

Nesse ponto, o documento abordou fragilidades importantes do ensino em enfermagem, apontando que a formação tenha sido mais voltada à esfera da instrumentalização para desenvolver aspectos técnicos, portanto existia um grande distanciamento entre a teoria e a prática realizada. Esse modelo de formação não estava sendo suficiente e adequado para atender as necessidades do cuidado em saúde. Outro aspecto importante enfatizado foi a adoção de modelos que

desconsideravam o desenvolvimento histórico-social da profissão no país, ou a simples adoção de um modelo médico, como se ele pudesse dar conta das necessidades de formação em enfermagem; tais modelos não surtiram os efeitos desejados. Mesmo os estudos de pós-graduação em enfermagem continuaram a perpetuar esse modelo incompatível com as ações e necessidades do desenvolvimento da enfermagem.

O documento foi finalizado com uma indicação da ação que poderia modificar esse cenário fragmentado e descontextualizado que se apresentava na formação:

À competência técnica e científica e administrativa, deve-se agregar a competência política, o que permitirá ao aluno o desenvolvimento de uma consciência crítica, facilitando sua ação transformadora na prática sanitária. (ALMEIDA, 1980 a, p. 8).

O documento apontou a necessidade da formação além das esferas técnicas, científicas e administrativas, a de agregar também a formação política para que de fato o profissional pudesse ter uma contribuição dentro do contexto saúde-doença, partindo da compreensão de que a área necessita não só de estruturas de saúde, mas de outros componentes sociais para a sua manutenção (alimentação, lazer, moradia, trabalho, educação). Faltava a compreensão de que a saúde é um direito (ALMEIDA, 1980 a, p. 9).

A IX Conferência Nacional de Saúde - *Municipalização é o caminho* - ocorreu em 1992. O encontro reuniu mais de dois mil delegados, e indicou o caminho da descentralização que seria obtida com a municipalização dos serviços, dando plena autonomia aos municípios, que passaram a ter mais condições de fiscalizar, de exigir, e de tornar o sistema sintonizado com a realidade dos municípios.

A partir dessa Conferência, as administrações que se seguiram no Ministério da Saúde atuaram na mesma direção, formulando soluções e adotando providências para facilitar a gestão municipal, como a criação de comissões intergestores: bipartite em nível estadual, e tripartite em nível federal. Os temas específicos debatidos foram: sociedade, governo e saúde; implantação do SUS e controle social (BRASIL, 2012, S/P).

Embora o SUS já estivesse implantado desde 1990, apenas em 1993 ocorreu a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(INAMPS). Em 1994 foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF). (PAIM et al., 2011, p. 17).

A X Conferência Nacional de Saúde - *Construção de modelo de atenção à saúde* ocorreu em 1996, num momento em que SUS atravessava gravíssima restrição orçamentária. O evento foi marcado pela necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento, em especial dos mecanismos de financiamento, que era o principal empecilho identificado para a consolidação e fortalecimento do SUS. Nessa época, começou a ser discutida a Proposta de Emenda à Constituição 169, que mais tarde se tornaria a Emenda Constitucional 29 para definir as responsabilidades dos três entes federados (aprovada somente no ano 2000, e regulamentada em dezembro de 2011, por meio do Decreto nº. 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº. 8.080/1990²¹). Na época da aprovação e regulamentação dessa emenda significava mais R\$ 4 bilhões para a saúde em 2008, R\$ 5 bilhões em 2009, R\$ 6 bilhões em 2010 e R\$ 9 bilhões em 2011, com a aprovação em 2011, o Ministério da Saúde que vai receber em 2012 R\$ 92, 1 bilhões, R\$ 11,2 bilhões adicionais aos recursos aprovados em 2011(BRASIL, 2012).

Além do financiamento da saúde, com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)²², os principais temas discutidos foram:

²¹ Em 2011 o MS instituiu um comitê gestor para viabilizar o Decreto nº. 7.508/2011, que elaborou o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), esse contrato definiu mais claramente as responsabilidades financeiras; as regras nacionais e estaduais sobre o financiamento; o depósito direto e automático dos fundos de saúde; o Sistema Nacional de Auditoria para verificar a regularidade da aplicação dos recursos; a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) ; a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); o mapa da saúde; o planejamento integrado das ações e serviços de saúde; as regiões de saúde; acrescentou um novo princípio ao SUS – Solidariedade (responsabilidade entre os gestores do SUS pela integralidade da assistência à saúde do cidadão, ante a impossibilidade de um ente em prestar determinadas ações e serviços de saúde ao cidadão e o direito em referenciá-lo a outros serviços da Região de Saúde ou entre Regiões de Saúde) e; a necessidade de valorizar os trabalhadores da saúde, articulando as políticas de gestão do trabalho com as de educação na saúde, visando democratizar as relações de trabalho, desprezar e humanizar o trabalho em saúde, e promover a saúde do trabalhador do SUS. (BRASIL, 2011, p. 5, 8, 10, 12, 24, 25)

²² A CPMF foi uma cobrança que incidiu sobre todas as movimentações bancárias, *exceto nas negociações de ações na Bolsa*, saques de aposentadorias, seguro-desemprego, salários e transferências entre contas-correntes de mesma titularidade. Ela foi aprovada em 1993 e passou a vigorar no ano seguinte com o nome de IPMF (Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira). Nessa época, a alíquota era de 0,25% e sua cobrança durou até dezembro de 1994. Em 1996, o governo voltou a discutir o assunto, com objetivo de direcionar a arrecadação desse tributo para a área da saúde. A partir desse momento, foi criada de fato a CPMF, que passou a vigorar em 1997 com alíquota de 0,2%, em 1999 foi prorrogada até 2002, sendo que a alíquota passou a ser de 0,38%, o objetivo alegado para essa elevação foi de ajudar as contas da Previdência Social. Em 2001 a alíquota caiu para 0,3%, mas, em março do mesmo ano, voltou a ser fixada em 0,38%. Em 2002 foi

saúde, cidadania e políticas públicas; gestão e organização dos serviços de saúde; controle social na saúde; recursos humanos para a saúde e atenção integral à saúde (PAIM et al., 2011, p. 17).

Em 1998, foram implantadas a Norma Operacional Básica do SUS (NOB) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOA), instrumentos que orientaram o processo de implantação do SUS e definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os estados e municípios pudessem assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do sistema. Foram regulamentados os planos de saúde privados, e em 1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)²³; a Lei de medicamentos genéricos²⁴, e, a Lei Arouca – saúde da população indígena como parte do SUS²⁵ (BRASIL, 2012).

A XI Conferência Nacional de Saúde - *Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social* que ocorreu em 2000. Depois do financiamento da saúde, o controle social foi o centro dos debates. O conceito de fortalecimento do controle social do SUS surgiu na época da municipalização da saúde. Os municípios tinham que se habilitar para realizar a fiscalização dos recursos repassados pelos governos estaduais e federais às prefeituras, por meio da criação dos Conselhos Nacionais de Saúde - Lei n. 8.142/90. Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)²⁶,

prorrogada, o que ocorreu novamente em 2004. Em 2007 a prorrogação da cobrança até 2011 perdeu por onze votos (45 favoráveis e 34 contrários), dessa forma a cobrança deixou de ser feita a partir do dia 1º de janeiro de 2008. Nessa época, o governo alegou que o fim da CPMF resultaria numa perda de arrecadação de cerca de R\$ 40 bilhões em 2008. Arrecadação total da CPMF desde a sua criação em 1996 foi de R\$ 201,2 bilhões; R\$ 33,5 bilhões foram desviados da função de financiar o setor da saúde só na última década; R\$ 32,9 bilhões foram gerados com a CPMF apenas em 2006; R\$ 5,7 bilhões da CPMF ficaram retidos no caixa no Tesouro Nacional só em 2006. A quantia equivale ao dobro dos investimentos da pasta da saúde em 2006. (BRASIL, 2012)

²³ A ANVISA é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde, foi criado com o objetivo de proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços. (BRASIL, 2012, S/P)

²⁴ A Lei n. 9.787, de 1999 - Medicamentos Genéricos, teve como objetivos: estimular a concorrência e a variedade de oferta no mercado de remédios; melhorar a qualidade de todos os medicamentos; reduzir os preços e facilitar o acesso da população aos tratamentos. (BRASIL, 2012)

²⁵ A Lei Arouca - nº. 9.836/99 transferiu as ações de saúde indígena para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), e estabeleceu a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, teve a preocupação em explicitar a necessidade de que o modelo de atenção à saúde indígena levasse em consideração a realidade local e as especificidades da cultura indígena. Para implantar a Lei em 2002 foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), como exemplo do resultado das ações da PNASPI podemos citar o índice de mortalidade infantil, que teve uma queda de 40,55%. (BRASIL, 2009, p. 6,8)

²⁶ Vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde, com a função de regular o setor por meio de um conjunto de medidas e ações que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público. (BRASIL, 2012)

e em 2001 a Lei Federal 10.216/2001 que redirecionou o tratamento da saúde mental²⁷ foi aprovada (BRASIL, 2012).

A XII Conferência Nacional de Saúde - *Saúde um direito de todo e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos*, ocorreu em 2003, e contou com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas, que debateram os eixos que orientaram a criação do Plano Nacional de Saúde (PNS). Esta Conferência foi o momento de apontar os novos desafios no processo de consolidação das diretrizes da universalidade, integralidade e equidade que regem o SUS. Os temas debatidos foram: direito à saúde; a seguridade social e a saúde; a intersetorialidade das ações de saúde, as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia e a saúde; o financiamento da saúde; comunicação e informação em saúde (BRASIL, 2012).

Em 2003 foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)²⁸, e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA)²⁹; em 2006, foi implantado o Pacto

²⁷ A Lei Federal 10.216/2001 conhecida como Lei Paulo Delgado, foi promulgada após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi fruto de uma emenda do Projeto de Lei original, que desconsiderou algumas prerrogativas do grupo de profissionais que estavam envolvidos com a Luta Antimanicomial, desde a década de 1970. A Lei trouxe alterações importantes que redirecionou o amparo em saúde mental, esse movimento ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica (alusão a Reforma Sanitária), ocorreu o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária; dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, no entanto, não estabeleceu as estruturas claras para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, impôs um novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica, pois mesmo antes de sua aprovação, suas consequências já eram visíveis por meio de diferentes ações, tais como a criação dos Serviços Residências Terapêuticas (SRTs), e de programas como “De volta pra casa”. (MESQUITA;NOVELLINO;CAVALCANTI,, 2010, p. 5,6)

²⁸ A Política Nacional de Urgência e Emergência foi lançada em 2003, com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. Desde a publicação da portaria que a instituiu, o objetivo foi de integrar a atenção às urgências. Ao discar o número 192, o cidadão estará ligando para uma central de regulação que conta com profissionais de saúde treinados para dar orientações de primeiros socorros por telefone, estes profissionais definem o tipo de atendimento, ambulância e equipe adequados. O SAMU atende pacientes na residência, no local de trabalho, na via pública. A equipe presta atendimento no menor tempo possível já no local, salvando vidas e diminuindo sequelas. O programa oferece o direcionamento para o serviço mais próximo e adequado, assim a equipe que está na ambulância ganha tempo o que é crucial em emergências. (BRASIL, 2012)

²⁹ O objetivo das UPAs é diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nas UPAs, ou unidades básicas de saúde, sejam encaminhados para as unidades hospitalares. Elas funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, Infarto e Acidente Vascular Encefálico. Inovam ao oferecer estrutura simplificada, com Raio X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório e leitos de observação, as localidades que contam com as UPAs, 97% dos casos são solucionados na própria unidade, quando o usuário chega às unidades, à equipe presta o socorro, controla o problema e detalha o diagnóstico, analisam se é necessário encaminhar a um hospital ou mantê-lo em observação por 24h. (BRASIL, 2012)

pela Saúde³⁰; a Política Nacional de Atenção Básica e de Promoção a Saúde (PNAB)³¹, e a Política Nacional da Saúde Bucal – Brasil Soridente³² (PAIM et al., 2011, p. 17).

A XIII Conferência Nacional de Saúde - *Políticas de Estado e Desenvolvimento* - ocorreu em 2008. Além de avaliar os 20 anos de criação do SUS, o evento teve o desafio de propor uma inversão da prioridade da saúde, do tratamento da doença para a prevenção (BRASIL, 2012). Continuar investindo em hospital ou começar a investir nas pessoas para que elas não precisem do hospital?

Nessa conferência, a saúde como qualidade de vida, como conceito mais amplo, como prevenção e como promoção efetiva, e como intersetorialidade foi enfocada por meio dos temas centrais para debate: desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI - Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na

³⁰ Foi assinado em 26/01/2006 pelos 03 entes Federados e publicado em 23/02/2006 a Portaria GM/MS nº. 399/06 divide-se em três componentes: a) Pacto Pela Vida - Define compromissos entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população; b) Pacto em Defesa do SUS - Prevê ações concretas e articuladas pelos 03 níveis federativos no sentido de reforçar o SUS como política de Estado, e o Pacto de Gestão - os gestores do SUS são os representantes de cada esfera do governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde (esfera nacional - Ministro da Saúde/ Ministério da Saúde; esfera estadual - Secretário de Estado da Saúde/ Secretaria Estadual de Saúde; esfera municipal - Secretário Municipal de Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde). (BRASIL, 2012)

³¹ A Política Nacional de Atenção Básica e de Promoção a Saúde (PNAB) foi implantada pela Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007, p. 9, 12).

³² O Brasil Soridente é uma política do governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1998 indicaram que 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista, e de acordo com o primeiro levantamento nacional de saúde bucal, de março de 2004 do Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista; 20% da população brasileira já perdeu todos os dentes; 45% dos brasileiros não têm acesso regular a escova de dente. (BRASIL, 2012).

segurança social e o pacto pela saúde, e a participação da sociedade no direito humano à saúde (BRASIL, 2012).

Em 2008 foram instalados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)³³ e em 2010 foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RASs)³⁴ (PAIM et al., 2011, p. 17).

A XIV Conferência Nacional de Saúde - *Todos usam o SUS. SUS na Segurança Social. Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro* ocorreu em 2011, reunindo 2.937 delegados e 491 convidados, representantes de 4.375 Conferências Municipais e 27 Conferências Estaduais; as Conferências estaduais e municipais antecedem a Conferência Nacional e são realizadas em todo o país, tratam dos mesmos temas já previstos para a etapa nacional, e servem para discutir e aprovar as propostas prévias que contribuam com as políticas de saúde que serão levadas, posteriormente, para discussão mais ampla durante a etapa nacional (BRASIL, 2012).

As diretrizes discutidas foram em defesa do SUS – pelo direito à saúde e à segurança social; gestão participativa e controle social sobre o estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS; vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS; o Sistema Único de Saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde;

³³ Foi criado por meio da Portaria GM nº. 154, de 24 de Janeiro de 2008, visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária. Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatria; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família, e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade. (BRASIL, 2012)

³⁴ A RAS foi instituída pela Portaria Nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Sua operacionalização se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e um por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. Organizam-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde (BRASIL, 2012).

gestão pública para a saúde pública; por uma política nacional que valorize os trabalhadores de saúde; em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços; ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família; por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde; ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral; por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis; construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS; consolidar e ampliar as políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência química; integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador; resarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses (as) usuários (as) (BRASIL, 2012).

Segundo Paim et al (2011, p. 17), as prioridades e principais desafios da saúde são:

1. Redução da mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de HIV/AIDS, aumento da prevalência de dengue, leishmaniose e malária;
2. Aumento da expectativa de vida – homens (69,6 anos), mulheres (76,7 anos), constituindo a pirâmide invertida (diminuição do número de nascimentos e aumento da expectativa de vida).

Nas conferências internacionais e nacionais de saúde, sempre esteve presente a consonância do que seria necessário para obter e manter o padrão apresentado como adequado em saúde. Nessa perspectiva, a OPAS iniciou em 2007 uma série de eventos para discussão das Metas Regionais de Recursos Humanos – Orientação para a educação inicial de enfermagem nas Américas até 2020, com um documento para debate que apresentava as doze estratégias iniciais para a formação (TEIXEIRA, 2012, informação verbal)³⁵.

³⁵ Conferência proferida no dia 30/08/2012 pela professora Elizabeth Teixeira (Diretora de Educação da ABEn Nacional – Universidade do Estado do Pará - UEPA), no 13 SENADEn – SEMINÁRIO

Em março de 2012, a OPAS realizou um evento em Quito no Equador com a participação de diversas escolas e associações (o Brasil esteve representado pela Associação Brasileira de Enfermagem) para alinhar a proposta de formação. Elegeram como documentos primordiais de referência para fundamentar sua proposta: Os oito objetivos do milênio³⁶ e a Renovação da Atenção Primária em Saúde (APS) nas Américas³⁷. O resultado dessas discussões foi apresentado na Carta de Quito – Sete Desafios e Orientações Estratégicas para a Educação em Enfermagem até 2020 (esse título teve a intenção de fazer uma alusão aos sete saberes de Morin³⁸ e Alma Ata com a Saúde para todos no ano 2000):

1. Promover a adoção de uma política integral de educação em enfermagem, baseada em valores e em prioridades de saúde;
2. Orientar a educação em enfermagem para assegurar uma provisão, manutenção e desenvolvimento adequado de pessoal de enfermagem;
3. Orientar o desenvolvimento do currículo para prioridades de saúde, e para a Atenção Primária Renovada, e assegurar competências essenciais a uma organização flexível;
4. Produzir inovação nas metodologias educativas, assegurando um ensino centrado no humano, e aprendizagem complexa, crítica, múltipla e integrada;
5. Procurar o aproveitamento integral dos recursos educativos de enfermagem, por meio do desenvolvimento de estratégias de rede;
6. Estabelecer um sistema de melhoria contínua da qualidade educativa;
7. Assegurar programas de atualização e educação permanente de pessoal de enfermagem, de acordo com as prioridades dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2012, informação verbal).

NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM - Educação em Enfermagem até 2020: desafios e orientações para contribuir com a renovação da Atenção Básica à Saúde.

³⁶ A OMS no ano 2000 ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que no Brasil são chamados de 8 Jeitos de Mudar o Mundo (1 - erradicar a extrema pobreza e a fome; 2 - universalizar a educação primária; 3 - promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 - reduzir a mortalidade na infância; 5 - melhorar a saúde materna; 6 - combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7 - garantir a sustentabilidade ambiental; 8 - estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento), que devem ser atingidos por todos os países até 2015, 198 nações comprometeram-se em cumprir esses objetivos. (IPEA, 2010, p. 7. 10)

³⁸ Em 1999, a UNESCO solicitou ao filósofo francês Edgar Morin, a sistematização de um conjunto de reflexões que servissem como ponto de partida para se repensar a educação no século XXI. Os sete saberes enunciados foram: as cegueiras do conhecimento – o erro e a ilusão; os princípios do conhecimento pertinente; ensinar a condição humana; ensinar a identidade terrena; enfrentar as incertezas; ensinar a compreensão; a ética do gênero humano (BRASIL, 2012).

Não podemos esquecer que a formação do profissional de saúde está atrelada à dimensão do trabalho, mais especificamente às instituições de saúde em que suas ações serão diretamente desenvolvidas.

1.3 Panorama de Trabalho do Profissional de Saúde

A partir da compreensão do perfil epidemiológico do processo saúde-doença, faz-se relevante delinear as condições de trabalho do profissional de saúde, na medida em que suas ações não ocorrem livremente, apenas com o respaldo científico que a formação pode lhe facultar. As atividades desenvolvidas estarão inseridas em instituições com práticas sociais pré-determinadas, que definem e delimitam seu trabalho, interferindo diretamente na qualidade da assistência prestada e na qualidade de vida desse profissional. Com isso, esta seção pretende abordar o panorama de trabalho da enfermagem.

Ao considerar que o profissional de enfermagem apresenta algumas dicotomias em sua formação, evidenciadas pela questão de gênero (masculino e feminino), classe social (proletariado e burguesia), e divisão social do trabalho (trabalho manual e trabalho intelectual). O trabalho com todas essas dicotomias pode ficar desprovido de alguns significados, e reduzir-se simplesmente a um meio para prover a sobrevivência, o que pode resultar na perda de parte de seu valor intrínseco, ao considerarmos o trabalho na perspectiva da formação humana integral, para a consecução da vida em sociedade.

Nessa perspectiva, Almeida (2003, p. 8), ao analisar Adorno e Horkheimer (1985), no excuso da Dialética do esclarecimento intitulado *A indústria cultural: o esclarecimento como mistificação das massas*, salienta que:

Alguns processos característicos da sociedade moderna que construíram e intensificaram a reificação quase por completo da Cultura em geral, processos esses que levaram à “coisificação” da cultura a rumos extraordinários:

a) o desenrolar do progresso tecnológico – que intensificou a divisão social do trabalho e sujeitou ainda mais os indivíduos a regimes trabalhistas isentos de qualquer caráter formativo, mitemizando-os como “apêndice das máquinas” e conferindo aos produtos uma autonomia falsa em relação aos seus produtores.

Dessa forma, o trabalho em uma sociedade capitalista não pode ser compreendido como a última verdade a definir a dimensão humana, na medida em que é determinado muito antes pelas condições econômicas de produção, e não

somente por um discurso particular. O sistema de produção social pode estipular o valor e os critérios normativos para a realização do trabalho. Enguita (1989 p. 265), nos traz elementos para análise do trabalho dentro dessa vertente capitalista:

Podemos, então, expressar uma definição do trabalho produtivo – sob o capitalismo, do ponto de vista capitalista - de diferentes maneiras: como trabalho que produz mais-valia para o capitalista; como trabalho que produz capital; como trabalho que se troca por capital; como trabalho assalariado para o capital; como trabalho que se troca por dinheiro em função de capital.

O trabalho da enfermagem ao ser revestido de um sentido econômico, na produção de mais valia do capital, pode entrar em contradição com o perfil epidemiológico do processo saúde-doença, ao considerar que a pobreza traz iniquidades relevantes para a saúde. Como poderá ser retirada a mais valia que gera o lucro para o capitalista dentro desse processo? Sabemos que a pobreza reduz a vida, e a riqueza pode conceder mais alguns anos de vida a quem dela desfruta. Victora et al. (2011, p. 44) relatam que:

Apesar de todo progresso, a mortalidade de crianças menores de cinco anos ainda é sete vezes maior que em países com os menores coeficientes, e a prevalência de déficit de altura é três vezes maior que a encontrada em populações bem nutridas, indicando a necessidade de novos avanços.

Nesse sentido é interessante também analisar as taxas de mortalidade materna. De acordo com Martins (2012), anualmente cerca de 1.800 brasileiras morrem antes, durante ou poucos dias após o parto, em 2009, foram 1.872 óbitos maternos declarados, a taxa de mortalidade materna foi de 67/100 mil nascidos vivos na região Norte; 73/100 mil nascidos vivos na região Nordeste; 62/100 mil nascidos vivos na região na Sudeste; 55/100 mil nascidos vivos na região Sul; e 62/100 mil nascidos vivos na região Centro-Oeste. Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), se a mortalidade materna de uma região é muito alta, é porque ela é subdesenvolvida, pois evidencia que se não há assistência digna à mulher no pré-natal e no parto, que em 85% a 90% dos casos deveriam ser partos normais. Numa mesma região, há índices totalmente opostos, por exemplo, no município de Araucária (melhor Índice de Desenvolvimento Humano - IDH³⁹ do

³⁹ O IDH é uma medida resumida do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde, seu objetivo é oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub Ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, pretende ser uma medida geral e sintética que, apesar de ampliar a perspectiva sobre o desenvolvimento humano, não abrange

Paraná), a mortalidade é materna comparável aos países desenvolvidos, como Estados Unidos, Japão, Dinamarca, França, Alemanha e Inglaterra, onde ocorrem menos de 10 mortes maternas para cada 100 mil nascimentos. Contudo no município de Doutor Ulisses (menor IDH do Paraná), há 500 óbitos maternos para 100 mil bebês nascidos vivos, com índices comparáveis a algumas regiões da África.

Assim o processo saúde-doença pode perder sua centralidade nos serviços de saúde, na medida em que emerge uma lógica consumista, para a produção e reprodução do capital. Podemos pensar, então, que saúde simplesmente se compra, remetendo-a à esfera do consumo da sociedade capitalista, e não mais como um *direito*, um serviço social que o Estado tem como *Dever* ofertar. Apoiamo-nos novamente em Enguita para tentar compreender essa situação contraditória do profissional de saúde, perante o capital:

(...) o próprio Marx trata às vezes do trabalho produtivo assalariado em sua relação com o capital que emprega. Nestes casos, conclui invariavelmente que é produtivo, como por exemplo, quando escreve no *O Capital*: “Só é produtivo o trabalhador que produz *mais valia* para o capitalista ou que serve para a *autovalorização do capital*.”

(...) “Há casos em que a produção não pode se separar do ato mesmo de criação.” É o que acontece com todos os executantes, artistas, professores, médicos, padres, etc. Nestes casos, a produção capitalista tem também uma margem muito reduzida e não pode acontecer mais do que em certos ramos. (ENGUITA, 1989, p. 267).

Ao considerar os impactos que a emergência da sociedade de consumo capitalista pode trazer ao trabalho em saúde, tornando o profissional de saúde produtivo para realizar a reprodução do capital, na medida em que a sobrevivência dos indivíduos que trabalham é retirada desse trabalho, o sentido do trabalho em saúde pode ser alterado, em contraposição à lógica do capital e à própria definição de sua identidade profissional. Com a divisão do trabalho visando a mais-valia, a percepção do trabalho pelo profissional da saúde tende a ficar deslocada do perfil epidemiológico do processo saúde-doença, ao *ter* que se conformar com as ambiguidades e as injustiças sociais, que são reproduzidas dentro do contexto cotidiano de seu trabalho, nas instituições de saúde. Essa lógica não produz somente lucro, mas o profissional de saúde pode se tornar também objeto para o

lucro, destituindo-o de sua subjetividade, ao deslocar a centralidade de seu trabalho como sua força identitária, em vista da lógica do custo-benefício.

A universalização proposta pelo SUS aumentou o acesso da população aos serviços de saúde, juntamente com a descentralização. Em seu artigo 4º, a lei 8080/90 estabeleceu que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público - o SUS, em que todo o atendimento público passou a fazer parte de um único sistema, regulamentado pela legislação aprovada. A municipalização foi a palavra de ordem nesse processo, com o objetivo apresentado pelos gestores do SUS de atender com racionalidade e efetividade as condições de adoecimento da população, centralizando as ações epidemiológicas o mais próximo possível de seu foco.

Contudo, os arranjos que a municipalização trouxe talvez não tenham auxiliado a manter a saúde próxima do indivíduo, como eram suas premissas. Paim *et al.* (2011, p. 25-27) descrevem que:

O Brasil tem 6.384 hospitais, dos quais 69,1% são privados. Apenas 35,4% dos leitos hospitalares se encontram no setor público; 38,7% dos leitos do setor privado são disponibilizados para o SUS por meio de contratos. A oferta de leitos hospitalares financiados pelo setor público não é suficiente. Em 1993, a densidade de leitos hospitalares no Brasil era de 3,3 leitos por 1.000 habitantes, indicador que caiu para 1,9 por 1.000 habitantes em 2009, bem mais baixo que o encontrado nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, com exceção do México (1,7 por 1.000 habitantes em 2007).

As taxas de internação são consistentemente mais altas entre pessoas com seguros de saúde privados (cerca de oito internações por 100 pessoas) do que entre pessoas sem planos privados. O Ministério da Saúde restringiu as despesas hospitalares por Estado, limitando o pagamento de internações segundo o tamanho da população, fato que poderia explicar parcialmente a redução no acesso ao cuidado hospitalar e a subutilização da assistência hospitalar por pessoas que dependem de serviços financiados com recursos públicos.

Naquele momento de transição política (regime militar/regime democrático) - marcado pelo aumento da população que passou a ter acesso aos serviços de saúde públicos - foi apresentada a justificativa pelos gestores do SUS de que os municípios não dispunham das condições necessárias para dar resposta a essa demanda, mas pelos dados descritos acima, em que o acesso aos leitos hospitalares é maior para quem possui seguro privado de saúde, em comparação com os usuários do SUS. O que ocorreu de fato foi que a população das classes desfavorecidas social e economicamente, não tiveram suas necessidades de saúde

adequadamente atendidas, mesmo com os acordos realizados entre o Estado e a iniciativa privada, continuou o favorecimento em saúde das classes social e economicamente privilegiadas.

Importante trazer para análise da situação, que o número de leitos teve uma importante redução com a Reforma Psiquiátrica, e a implantação da Estratégia Saúde da Família. A figura abaixo ilustra essa situação:

Figura 3 – Estabelecimentos de Saúde no Brasil – 2002 a 2009. São Paulo, 2011.

Tipo	Estabelecimentos de saúde									
	PAMS 2002			PAMS 2005			PAMS 2009			
	Brasil	ESP	SP	Brasil	ESP	SP	Brasil	ESP	SP	
Com internação	7.397	962	177	7.155 (-3,27%)	936 (-2,70%)	160 (-9,60%)	6.875 (-3,91%)	958 (2,35%)	157 (-1,88%)	
Sem internação	46.428	6.385	1.210	55.328 (19,17%)	7.489 (17,29%)	1.197 (-1,07%)	67.901 (22,72%)	9.997 (33,49%)	1.950 (62,91%)	
ADT	11.518	2.037	382	14.521 (26,07%)	2.514 (23,42%)	402 (5,24%)	19.224 (32,39)	3.260 (29,67%)	434 (7,96%)	
Total	65.343	9.384	1.769	77.004 (17,85%)	10.939 (16,57%)	1.759 (-0,57%)	94.070 (22,16%)	14.215 (29,95%)	2.541 (44,46%)	

Fonte: (PERILLO; AMORIM, 2011, p. 31).

Os valores da variação do número de estabelecimentos de saúde no Brasil, no Estado de São Paulo (ESP) e na cidade de São Paulo (SP), entre parêntesis assinalam a variação percentual na categoria (com internação, sem internação, Apoio ao Diagnóstico e Terapia - ADT), evidenciam que ocorreu uma diminuição no número de leitos e aumento dos estabelecimentos de saúde sem internação.

Segundo Possas (1998, p. 20) a OMS considera como taxa satisfatória a proporção de um Médico para cada mil habitantes e aconselha que cada município, dependendo de sua população, disponha de pelo menos um hospital para pequenas cirurgias e tratamentos de emergência, pois uma sociedade na qual os indivíduos tenham facilidade para consultar Médicos, e em caso de necessidade, usufruir com

rapidez dos serviços hospitalares, inclusive internações, revela um bom nível de atendimento e de saúde.

O estudo realizado por Mota (2010, p. 142) indicou que o número de Médicos/1.000 habitantes se manteve constante no período no Brasil (1996: 1,3; 2004:1, 6). A média mundial de leitos hospitalares é de 2,6 por mil habitantes, no Brasil, observou-se uma queda do número de leitos hospitalares SUS/1.000 habitantes (1996: 3,2; 2004: 2,4), que foi inversamente proporcional ao aumento do Produto Interno Bruto (PIB). Um dos principais indicadores da qualidade de assistência à saúde é o número de consultas médicas por habitante por ano, no período analisado, apesar do aumento do PIB per capita, o número de consultas médicas realizadas pelo SUS/1.000 habitantes praticamente se manteve constante - 1996: 2,2; 2004: 2,4.

Acresce-se aos dados estatísticos descritos acima, que o número de leitos hospitalares apresentou um grande desequilíbrio regional em sua distribuição, com a melhor relação de número de Médicos, Enfermeiros, leitos e hospitais concentrados na região Sudeste (especialmente nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro), de acordo com o Censo de 2010 a região Sudeste continua sendo a mais populosa do país, totalizando mais de 80 milhões de cidadãos (LUZ, 2010).

De acordo com o Censo 2010, o Brasil possui 190.732.694 habitantes, demonstrando que, em uma década, a população cresceu 12,3%. Nesta mesma crescente está a área da enfermagem, que hoje contabiliza 1.480.653 profissionais. Contudo, esse valor ainda está abaixo da expectativa da OMS que preconiza a relação de 2 Enfermeiros por mil habitantes, e a relação no país é de 1,43 por mil habitantes. Curiosa é essa situação brasileira, pois apesar da enfermagem fazer parte da categoria mais numerosa dentro das instituições de saúde, e o Enfermeiro ser o profissional responsável por todo o planejamento da assistência de enfermagem prestada durante todo o atendimento, o coeficiente ainda não está adequado, de acordo com o que é preconizado pela OMS, mesmo com o crescente aumento do número de profissionais formados nos últimos anos.

Dentro desse contexto, é interessante salientar que a participação da iniciativa privada já tinha sido incluída na Constituição Federal - art. 199: “é livre à iniciativa privada a assistência à saúde”, a qual se formalizaria mediante a celebração de contrato ou convênio, mesmo que com caráter complementar. Tal participação seria submetida a um processo de controle estatal, dentro das normas

técnicas e administrativas, segundo os princípios e diretrizes do SUS, para o que foi criada a Agência Nacional de Saúde (ANS).

Inicialmente, estava implícita na Lei Orgânica da Saúde - 8080/90, a ideia de que o serviço de saúde é essencialmente público, pois é um direito fundamental dos cidadãos e a iniciativa privada deveria ser aceita apenas como complemento a esse sistema. No entanto, esse importante dispositivo legal, ao longo dos anos foi sendo flexibilizado, principalmente durante a década liberalizante de 1990, que se seguiu a aprovação do SUS. Novamente, nos apoiamos em Enguita para compreender a inserção do capital em áreas consideradas até então de bem-estar social, que estavam sob a égide do Estado:

(...) o capital pode introduzir-se como capital produtivo em novas esferas onde, ao irromper pela primeira vez, a concorrência não o força ainda a adotar uma composição orgânica elevada e, portanto, permite-lhe obter altas taxas de mais-valia. (Estas novas esferas podem ser, indistintamente, novos territórios onde não existiam o modo de produção capitalista, novos setores da produção que antes não existiam de forma alguma, ou velhos setores que antes não eram explorados pelo capital, apresentando assim a vantagem de irem ao encontro de necessidades sociais a serem satisfeitas – exemplo destes “velhos” setores podem ser os ainda submetidos à pequena produção mercantil, os que cobre o Estado assistencial ou as necessidades que satisfaz o trabalho doméstico). (ENGUITA, 1989, p. 273)

Ao longo da década de 1990, ocorreu em vários setores da economia brasileira, inclusive no setor saúde, uma espécie de desestruturação das instituições do Estado de bem-estar social, para poder se introduzir nelas o capital, sobretudo no setor de serviços. O governo federal iniciou o movimento de transferência para os municípios brasileiros da responsabilidade pela gestão da atenção básica à saúde. Os municípios por sua vez celebraram convênios com a iniciativa privada para que as empresas realizassem as ações de atenção básica à saúde, amparada pela Lei 8.080/90 - artigo 20 - “os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Dessa forma, o capital produtivo teve a sua inserção em novas esferas até então consideradas de bem estar social, que não eram por ele exploradas, pois estavam sob a responsabilidade do Estado. A participação, pensada inicialmente como complementar da iniciativa privada no SUS, se alterou. Atualmente, é muito forte a participação do setor privado na prestação de serviços públicos à população, uma vez que o Estado acabou dando preferência à organização de serviços

privados, com o repasse de recursos públicos mediante a sua contratação. Paim *et al.* (2011, p. 24) apresentam dados que nos auxiliam a pensar como ocorreu essa organização dos serviços privados, com a verba pública para atender a população que depende exclusivamente do SUS:

A prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo.

O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é desigual.

Nesse aspecto, Bahia (2008, p. 134) complementa que:

Constata-se o predomínio privado, quer como forma de propriedade, quer na destinação do serviço/equipamento, em diversas áreas assistenciais, inclusive nas prioritárias para o Ministério da Saúde, como na detecção precoce de neoplasia (em 2005, apenas 15% dos mamógrafos eram públicos e cerca de 50% dos demais aparelhos destinavam-se exclusivamente ao atendimento não universal).

As Parcerias Público-Privadas (PPPs), surgidas na década de 1990, têm gerado uma enormidade de problemas no interior dos equipamentos institucionais de saúde. O conceito confuso de saúde como um serviço facultou convivência diária de uma diversidade ampla de outros problemas de origem social, que alteraram intensamente a capacidade dos serviços de saúde em cumprir com o seu papel de instrumentos a serviço da vida individual e coletiva. Na lógica do capital, os recursos públicos de saúde podem ater-se a fins eminentemente mercantis, sem ênfase ao compromisso social, embora o discurso seja o oposto. Nessa medida, os profissionais de saúde podem não contar com uma política de valorização de seu trabalho, na medida em que compõem simplesmente a força produtiva do capital.

Dentro desse cenário de fragilidade da capacidade produtiva do trabalhador, facilmente pode ser reproduzido o modelo médico hegemonic, no qual dirigentes, empresários, trabalhadores de saúde, população e mídia continuam reproduzindo tal paradigma, ao reduzir o sistema de saúde a um conjunto de estabelecimentos de assistência médico-hospitalar, centrados no diagnóstico e na terapêutica alopática, adaptando-os ao modelo capitalista de produção e consumo. Enguita (1989, p. 273) traz outros elementos que permitem explicar os agravantes dessa situação, em especial para os trabalhadores de enfermagem:

(...) é preciso acrescentar que o aumento da composição orgânica do capital e da produtividade do trabalho tende a gerar, paradoxalmente, a formação de um exército de reserva industrial, de um excedente de mão de obra que força a queda do preço da força de trabalho, dos salários.

As PPPs na área da saúde representam uma simbiose do Estado com o mercado, estão imbuídas de interesses que vão ao encontro do mercado capitalista de consumo, contudo também significam um avanço nos serviços de saúde ao colocar a necessidade de se ofertar melhor qualidade dos serviços públicos à população. Algumas críticas têm sido colocadas a essas PPPs no tocante ao trabalhador da saúde, em especial à enfermagem: num primeiro momento parece que existe um avanço na qualidade de materiais e equipamentos, bem como a melhoria de salários, contudo os profissionais vivenciam precarização dos contratos de trabalho, jornadas excessivas de trabalho, normas e rotinas de trabalho que remetem a um processo de *taylorização* da força produtiva do trabalhador que, quando exaurida, é facilmente substituída, já que existe um exército de reserva gerado pelo desemprego na sociedade capitalista de consumo.

Nessa perspectiva, observa-se que ainda não existe uma clara definição sobre as competências para a formação do Enfermeiro (mesmo com as diretrizes curriculares em vigor), as quais são essenciais para conciliar o plano curricular dos cursos às necessidades e objetivos de formação. No ensino, de maneira geral, as escolas encontram dificuldades na incorporação das propostas para incrementar as mudanças na formação dos profissionais, estabelecidas pelas DCNs, principalmente aquelas relativas à aquisição, desenvolvimento e avaliação das competências e das habilidades, dos conteúdos essenciais, das práticas/estágios e das atividades complementares (COLENCI; BERTI, 2012, p. 159).

Entretanto, o mercado de trabalho apresenta exigências crescentes de produtividade e de qualidade que tornam cada vez mais generalizada a implantação de modelos de formação e de gestão da força de trabalho baseados em competências profissionais. Na concepção de Deluiz (2001, p.5) vale ressaltar que:

Além da flexibilidade técnico-instrumental, é necessária a flexibilidade intelectual, tendo em vista as necessidades de melhoria contínua dos processos de produção de bens e serviços. Consequentemente, o trabalho não-qualificado, fragmentado, repetitivo e rotineiro é substituído por novas formas de organização, por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia. Este tipo de trabalho reveste-se da imprevisibilidade das situações, nas quais o trabalhador tem que fazer escolhas e opções todo o tempo, ampliando-se as operações mentais e cognitivas envolvidas nas atividades.

Entretanto, há situações que mostram, segundo Fernandes et al. (2005, p. 443), que o ensino de graduação tem dificuldades para adequar-se às exigências do mercado de trabalho, tais como: o ensino focar-se em conteúdos ideais, que não encontram correspondência na prática assistencial, ou a exigência do cumprimento do saber técnico, de forma até rígida, durante a graduação e que nem sempre é possível de ser seguido na vida profissional, além da escola preparar o Enfermeiro para prestar assistência e o mercado esperar dele a gerência.

Nessa perspectiva, Barros (2004, p. 120) realizou um amplo estudo sobre a empregabilidade de diversas categorias profissionais da saúde, sendo consideradas aquelas relacionadas na Resolução n.º 287, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde: Assistente Social, Biólogo, Biomédico, Educador Físico, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Médico Veterinário, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional e Técnico em Radiologia, que possuem representação nacional. Além dessas categorias profissionais, no estudo de Barros (2004, p. 128) foram pesquisadas as seguintes ocupações: Bacteriologista; Ortoptista/Ótico; Operador de Equipamento Médicos e Odontológicos; Auxiliar de Enfermagem; Parteira; Instrumentador Cirúrgico; Auxiliar de Laboratório de Análises. As mulheres representaram cerca de 73% dos empregos. Apenas em quatro categorias existiu uma maior participação masculina – Médico 60%, Médico Veterinário 75%, Ortoptista/Ótico 69%, e Operador de Equipamento Médicos e Odontológicos 56%. A idade média desses profissionais estava em torno de 38 anos, variando de 34 a 42 anos (provavelmente devido a um grau elevado de profissões regulamentadas); participação maior do setor público, e aumento dos anos de escolarização. O salário médio para o conjunto das categorias estava em torno de 6,5 salários mínimos, sendo que o menor salário foi o do Ortoptista/Ótico (3,8 salários mínimos), e o da enfermagem (3,9 salários mínimos – nível médio), e o maior salário foi o dos Médicos (12 salários mínimos).

Segundo Barros (2004, p. 125, 132), as profissões e as ocupações relacionadas à área da saúde somavam 930.189 vínculos formais de emprego em 2000. Estima que 5,6 milhões de pessoas estejam ocupadas em atividades direta e indiretamente relacionadas à saúde. Nesse cenário, os Auxiliares de Enfermagem somavam 52,7%, os Enfermeiros 7,5%, e os Médicos 16,4%. Entretanto, o número de pessoas graduadas cresceu mais que a oferta de empregos, com exceção para a medicina, cujo crescimento de apenas 2%, enquanto a enfermagem teve

crescimento de 23%. Somando as categorias profissionais da enfermagem (Auxiliar de Enfermagem e Enfermeiro) com vínculos formais de emprego, temos um total de 60,3%. Ao analisar apenas esse dado poderíamos pensar numa suposta estabilidade de trabalho para esses profissionais. No entanto, no mesmo período analisado ocorreu um crescimento de pessoas graduadas na enfermagem, sem correspondente aumento nos postos de trabalho, o que supõe um aumento na precariedade das condições de trabalho a que estão sujeito os trabalhadores dessa área. Nesse cenário, a enfermagem pode estar sujeitar à flexibilidade dos contratos, como única alternativa de se manter empregada.

Nessa perspectiva, para atender a composição orgânica do capital, existe um exército de reserva de trabalhadores de enfermagem, em todas as categorias, que por sua baixa remuneração se expõe a jornadas excessivas de trabalho, com a maioria dos vínculos formais na iniciativa privada, e que, geralmente, exerce sua contratação pelas normas da CLT, e se rege pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu uma jornada de 44 horas semanais. Podemos questionar sobre que tipo de jornada de trabalho esse profissional está sujeito. Em geral são 44 horas semanais, o que difere da jornada dos trabalhadores do serviço público que, cumprem, em média, jornadas de 30 a 36 horas semanais, ainda que seja comum o trabalhador de enfermagem ter mais de um vínculo empregatício.

Acrescido ao fato de não haver estabilidade na iniciativa privada se comparada ao serviço público, a CLT determinou que os trabalhadores de turnos ininterruptos tenham uma jornada de 6 horas diárias, o que causa um impacto financeiro maior no setor hospitalar, uma vez que necessitam de profissionais da enfermagem 24 horas diárias. Mesmo cumprindo os acordos coletivos da categoria, com o trabalhador realizando plantões alternados com dias de folgas (a enfermagem geralmente exerce sua jornada de trabalho nos esquemas de 6/1, em um turno de trabalho de 7 horas, com um dia de descanso na semana, geralmente o horário pode ser das 7h às 13h e das 13h às 19h; 12/36, em um turno de 12 horas de trabalho nos períodos diurno/noturno, com 36 horas de descanso, acrescido de uma ou duas folgas mensais; ou turno de 8 horas diárias, durante o dia, com folgas nos finais de semana), a intensidade do trabalho não é evitada; unindo-se essas jornadas à prática comum na enfermagem do exercício da atividade profissional em mais de uma instituição (no tempo que seria destinado ao descanso da jornada de trabalho), o que inclui os finais de semana e plantões noturnos, para compensar os

baixos salários. Além das jornadas de trabalho, os profissionais de saúde, ainda, não podem deixar o plantão descoberto se o seu substituto faltar, devendo dobrar o turno de trabalho, o que acarreta ainda mais sobrecarga de trabalho, e o consequente comprometimento da assistência prestada, por estar realizando uma atividade de forma ininterrupta por muitas horas seguidas (BARROS, 2004, p. 168).

A tabela a seguir nos auxilia a pensar a situação:

Tabela 3 - vínculos de emprego nas ocupações de enfermagem, segundo divisão de atividades econômicas em 31/12/08. São Paulo, 2011.

Faixa de horas contratadas	Enfermeiros (2)			Técnicos e auxiliares de enfermagem (3)			Total das ocupações (4)		
	Empregos	Part. no total	Média de horas contratadas	Empregos	Part. no total	Média de horas contratadas	Empregos	Part. no total	Média de horas contratadas
ATE 12 HS	1.078	0,89%	9	3.065	0,56%	9	4.143	0,62%	9
13 A 15 HS	44	0,04%	14	103	0,02%	14	147	0,02%	14
16 A 20 HS	3.190	2,64%	20	2.043	0,37%	20	5.233	0,78%	20
21 A 30 HS	24.829	20,58%	29	90.493	16,45%	30	115.322	17,19%	30
31 A 40 HS	64.883	53,79%	38	305.037	55,43%	38	369.920	55,14%	38
41 A 44 HS	26.617	22,06%	44	149.503	27,17%	44	176.120	26,25%	44
Total	120.641	100,00%	37	550.244	100,00%	38	670.885	100,00%	38

Fonte: RAIS 2009

Nota: (1) soma das divisões CNAE 84 - Administração pública, defesa e seguridade social, 86 - atividades de atenção à saúde humana e 87 - atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares;

(2) CBO FAMÍLIA 2235;

(3) CBO FAMÍLIA 3222;

(4) SOMA DO (2) E (3).

Obs.: não foi considerado os ignorados no cálculo das horas média contratadas.

Elaboração: DIEESE

Fonte: (PERILLO; AMORIM, 2011, p. 89).

Percebe-se que a jornada de trabalho realizada pelo Enfermeiro está concentrada com predomínio na faixa de 31 a 44 horas (75, 85%); soma-se a esse fato, a fragilidade dos contratos de trabalhos das cooperativas de profissionais de

saúde, que se tornaram comuns a partir da década de 1990, que destituem o trabalhador de direitos, mas mantém seus deveres.

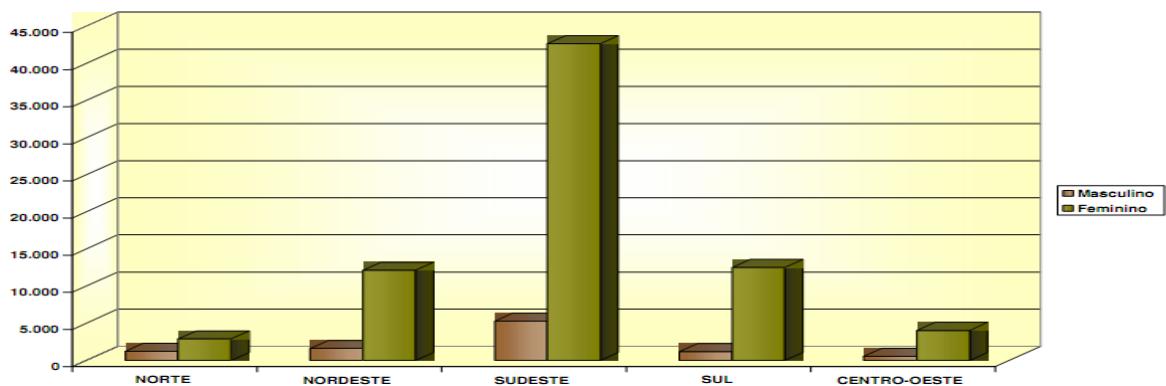
Por outro lado, o mercado de trabalho no Brasil para Enfermeiros mostra ofertas de empregos elevadas, em 2012, principalmente na área pública, tanto por meio de concursos quanto por programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Qualitativamente, esse mercado é bastante heterogêneo em termo de práticas (individual/coletiva, hospitalar/ ambulatorial, público/privado), presentes na sua organização. Assim, para compreender o mercado de trabalho do Enfermeiro, e sua empregabilidade, enfrentamos restrições de informações dos segmentos informal e autônomo⁴⁰.

As informações disponibilizadas pela RAIS apresentam limitações por se referirem apenas ao mercado formal. Segundo as estimativas com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o número total de pessoas ocupadas em atividades relacionadas à saúde chega a 5,6 milhões, enquanto na RAIS 2000 este quantitativo é de 2.591.176 empregados, considerado todo o macro setor. Tal comparação, mesmo observadas restrições metodológicas, pode dar indicativos de um expressivo contingente não alcançado por esse registro do Ministério do Trabalho. Outra questão a ser colocada refere-se aos registros do setor público, que, muitas vezes não especificam a ocupação e englobam vários tipos de emprego sob a denominação de funcionário público (GIRARDI; CARVALHO, 2002, p. 17).

Mesmo reconhecendo as limitações, a RAIS é uma importante fonte de informação para orientar estudos sobre mercado de trabalho. De acordo com esse registro, o Brasil ostenta 84.159 de vínculos de Enfermeiros, sendo que destes, 56,9% estão na região Sudeste, conforme demonstra o gráfico 4:

⁴⁰ A possibilidade de análise se dá a partir de dados do mercado formal, mais especificamente, os dados disponibilizados pela pesquisa da Assistência Médico-Sanitária - AMS/IBGE, com última edição em 2009 (p. 46), que alcança os postos de trabalho de todos os estabelecimentos que prestam assistência à saúde no país, e pelos dados disponíveis nos registros administrativos do Ministério do Trabalho - Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED). A RAIS, de caráter censitário e de periodicidade anual, abrange todo o universo do mercado formal (pessoas ocupadas com carteira assinada, estatutários, avulsos e temporários). Já o CAGED abrange o mercado formal celetista e tem periodicidade mensal (RORHS - Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006, p. 32).

Gráfico 4 - Vínculos ativos de enfermeiros por região segundo gênero. Brasil, 2003.



Fonte: RORHS - Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2008, p. 20.

A distribuição dos Enfermeiros é maior na região Sudeste, especialmente em São Paulo, porque nessa região se concentram as maiores oportunidades de emprego, conforme os dados da figura a seguir:

Figura 4 – Estabelecimentos de Saúde no Brasil por região – 2002 a 2009. São Paulo, 2011.

Regiões e unidades da federação	Estabelecimentos de saúde		
	2002	2005	2009
Brasil	65.342	77.004 (17,85%)	94.070 (22,16%)
Sudeste	24.412	28.371 (16,22%)	35.351 (24,60%)
São Paulo	9.384	10.939 (16,57%)	14.215 (29,95%)

Fonte: (PERILLO; AMORIM, 2011, p. 29).

Os vínculos de Enfermeiro como servidor público representam 44,7% e os trabalhadores vinculados à pessoa jurídica 54%. Se em 2000, no setor saúde como um todo, 73% dos vínculos eram femininos, entre os Enfermeiros, em 2003, esse percentual sobe para 88,3% (RORHS, 2008, p. 20).

Enquanto o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) contabilizava, em 2009, 178.546 Enfermeiros (161.032 mulheres - 90,2%), sendo que 73.088 desses

profissionais estavam no estado de São Paulo, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 82,01% dos Enfermeiros são mulheres (PERILLO; AMORIM, 2011, p. 14). O profissional de Enfermagem compõe a maior categoria em números dentre as 14 profissões da área, representando 54% dos trabalhadores da saúde (1.480.653 milhões, sendo o maior contingente de profissionais da Enfermagem, 758.519 trabalhadores). O Estado de São Paulo concentra 376.135 profissionais: 73.088 são Enfermeiros, 303.047 são Técnicos, Auxiliares e Atendentes de Enfermagem (LUZ, 2010). Essas informações estão representadas conforme os dados da figura a seguir:

Figura 5 - Comparativo dos profissionais de enfermagem – IBGE- CORENS, no ano de 2009. São Paulo, 2011.

Cargo	Brasil			Estado de São Paulo			Variação
	IBGE	Corens	Variação	IBGE	Corens	Variação	
Aux. enfermagem	317.420	556.779	+75,41%	110.595	207.305	+87,45%	
Téc. enfermagem	330.928	629.224	+90,14%	54.717	93.075	+70,10%	
Enfermeiro	163.099	271.809	+66,65%	41.140	73.088	+77,66%	
Total	811.447	1.457.812	+79,66%	206.452	373.468	+80,90%	

Fonte: (PERILLO; AMORIM, 2011, p. 20)

Os dados apresentados, por Girardi e Carvalho (2002, p. 21) corroboram a tese de que políticas expansionistas de atenção à saúde, como a ESF, podem além de influenciar positivamente na expansão de postos de trabalho dos Enfermeiros, alterar especificamente as modalidades de contratação destes profissionais no serviço público, em especial na atenção básica de saúde com formas mais flexíveis e precárias de vínculo.

Em síntese, a nova dinâmica observada no mercado de trabalho em geral pode, em parte, ser percebida na configuração do trabalho do Enfermeiro neste novo campo que se ampliou a partir da década de 1990 com a ESF, principalmente nas formas assalariadas sem formalização ou mecanismos de proteção. (RORHS, 2008, p. 20).

Por outro lado, o ensino em enfermagem é influenciado pelas políticas públicas de saúde vigentes. Assim, o direcionamento para a saúde pública é

atualmente consoante com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que priorizam a atenção básica e a promoção da saúde.

Nesse aspecto verifica-se, sobretudo, que no estado de São Paulo a municipalização da saúde transformou os municípios nos maiores empregadores para os Enfermeiros, onde o fenômeno da desospitalização e o envelhecimento da população têm como consequência a prestação de cuidados domiciliares, um nicho de trabalho considerável por ser o Enfermeiro, cada vez mais, um profissional liberal (SCHERER; SCHERER e CARVALHO, 2006, p. 287).

Observa-se que, com as constantes mudanças sociais e tecnológicas, os profissionais Enfermeiros necessitam investir no autodesenvolvimento, desde a graduação. O mercado de trabalho da atualidade espera um profissional com qualidades diferenciadas, que saiba agir, tomar decisões e usar a criatividade para solucionar problemas. Nesse aspecto, as instituições formadoras são significativas na caracterização de um profissional, já que o reconhecimento e as oportunidades profissionais serão determinadas pelo grau de competência no desempenho demonstrado. Por isso diferentes valores entre o mundo de trabalho e o mundo da escola são fontes geradoras de grande preocupação para o Enfermeiro recém-graduado (CARRIJO et al., 2007, p. 357).

Carrijo et al. (2007, p. 357) ainda destacam que as dificuldades dos Enfermeiros no início da carreira estão, em geral, mais relacionadas ao mercado de trabalho do que ao órgão formador, devido às incongruências entre seus anseios e as propostas feitas por esse mercado. Talvez isso aconteça por sentirem insegurança ao enfrentar realidades não vivenciadas, ou possivelmente pouco elaboradas durante a formação, sem contar com a diversidade cultural e tecnológica dos postos que se encontram.

Em contrapartida, o trabalho hospitalar requer uma equipe de trabalhadores com formações e graus de qualificação diversificados, para a realização de trabalho em conjunto, que só terá resultado satisfatório mediante um bom desempenho individual. Corroborando com a ideia de Carrijo et al. (2007, p. 361), o Enfermeiro que busca oportunidades profissionais, desejando diferenciar-se, necessita estar atento aos diversos componentes que envolvem a sua empregabilidade, a qual se concretiza pela formação da rede de conhecimentos que tem os elos da formação profissional, do processo de educação continuada e da visão sempre atualizada do mercado de trabalho.

Todavia, o trabalho nessa perspectiva converte o próprio trabalhador em mercadoria. Em consequência, podemos ter a desumanização do homem pelo seu trabalho, que bloqueia sua possibilidade de desenvolvimento da sua identidade subjetiva, quando esse trabalho é totalmente imposto tornando-o uma peça simples dentro de um grande mecanismo anônimo. Assim, o capital se especializa em outras formas para se reproduzir:

Entre as formas de diminuir os preços de custo, que são muitos (por exemplo, diminuir os salários, ou prolongar a jornada de trabalho enquanto aqueles se mantém fixos, conseguir matérias-primas mais baratas, como que se barateia a parte circulante do capital constante, etc., etc.), sem dúvida a principal é aumentar a força produtiva do trabalho, o que passa principalmente pelo aperfeiçoamento dos meios de produção. (ENGUITA, 1989, p. 277).

Nessa vertente, as PPPs podem amparar um discurso que acaba por encobrir as formas de produção capitalista, discurso esse geralmente ancorado nos pilares econômicos da eficácia, eficiência e efetividade, propagando a considerada supremacia do setor privado em comparação com o setor público. Contudo, contraditoriamente, elas se constituem em um contrato de parceria financiadas pelas verbas oriundas do setor público. Por sua vez, a escola especializa esse trabalhador para atender as demandas dessa organização do trabalho, cujo excesso de especialização de tarefas pode acarretar na dificuldade de formação de um senso de solidariedade e cooperação, que pode levar à alienação do trabalho, ocultando as desigualdades sociais, pois uma educação que abrisse demais os horizontes do trabalhador fatalmente levaria a uma crítica das reais condições de trabalho, e poderia apontar a sua *insustentabilidade*.

A formação do profissional de enfermagem requer um aprofundamento conceitual, com vistas a superar as dicotomias que lhe são constitutivas, que comprehenda o trabalho capitalista como categoria-chave da negação da subjetividade humana, capaz de organizar as experiências individuais para negar e decidir sua forma de ação em âmbito coletivo, assim como o valor e o sentido do trabalho na constituição de sua identidade. Essa maneira de entender a formação poderia propiciar o início de uma discussão entre as finalidades das práticas sociais de saúde em todas as suas dimensões (econômicas, ideológicas, políticas e, sobretudo, sociais), e os meios de trabalho e suas atividades, e ainda a análise das relações técnicas e sociais do trabalho em saúde como via de aproximação do cuidado.

Segundo o estudo: "Trabalho e Saúde", desenvolvido pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) em 2011, contrariando o que vem ocorrendo em outros setores do mercado de trabalho, em dez anos houve ampliação das jornadas dos profissionais de saúde, chegando a um acréscimo de três horas, por exemplo, dentre os empregados da rede pública da região metropolitana do Recife. Em Belo Horizonte, também na rede pública, houve aumento de duas horas, e no Distrito Federal, de uma. O levantamento apontou ser elevada a quantidade de trabalhadores da área de saúde que, com o objetivo de compensar a perda do poder aquisitivo do salário, trabalham além da jornada legal de 44 horas semanais; esses profissionais correspondem a mais de 20% em todas as regiões analisadas. Apesar do crescimento na jornada de trabalho, de 1998 a 2008, os trabalhadores do setor de saúde viram suas remunerações diminuírem. Em São Paulo, por exemplo, em 2011, os profissionais da área ganhavam, em média, R\$ 9,2 por hora; dez anos antes, esse valor era de R\$ 13,7, uma diferença de 32,9% negativa. (UOL, 2012).

De todas as regiões metropolitanas pesquisadas pelo DIEESE, somente Belo Horizonte registrou alta no rendimento dos profissionais no período analisado, saindo de R\$ 8,9 para R\$ 9 por hora. Na maioria das regiões, a queda dos rendimentos na saúde refletiu a retração dos salários em estabelecimentos privados, que registraram reduções entre 32%, em São Paulo, e 4,5%, em Recife. Na esfera pública, por outro lado, houve queda do rendimento de hora apenas em duas regiões: Recife (-23,3%) e em Belo Horizonte (-3,4%). Comparando os dois setores, tais trajetórias provocaram significativas disparidades, sobretudo em São Paulo, onde os assalariados da esfera pública ganhavam, em 2008, o correspondente a 68,6% do salário pago no setor privado (UOL, 2012).

A própria natureza do trabalho em saúde traz riscos à saúde do trabalhador pela exposição a que estão sujeitos a: agentes biológicos (vírus, fungos e bactérias), físicos (radiações ionizantes), químicos, mecânicos (acidentes por quedas), ergonômicos e psicossociais. A legislação trabalhista e os sindicatos, como forma de *amenizar* essa situação (como se isso fosse possível), instituem a concessão de adicionais de insalubridade e periculosidade, que não diminuem os riscos, mas acrescem valor mínimo aos salários dos profissionais que estão expostos a condições insalubres.

Os benefícios (alimentação, adicional noturno, pagamento de horas extras, vale-transporte) que as instituições costumam conceder, na verdade são direitos constitucionais, e não benefícios, como é invariavelmente propagado pelos empregadores. Quanto a plano de saúde, a situação é peculiar, embora o exercício laboral seja na área de saúde, essa situação apresenta-se extremamente frágil. Muitas instituições não fornecem esse serviço ao trabalhador por já ser um direito constitucional, na medida em que todos têm direito ao SUS, que é universal. Essa medida em si já revela um contrassenso, pois o profissional de saúde não tem garantido o seu direito de saúde pelo empregador, o que o remete a recorrer a outras instituições quando houver qualquer agravio em sua saúde.

Entendemos que a situação de duplo vínculo empregatício, baixa remuneração, condições insalubres de trabalho, e, sobretudo, o trabalho precarizado podem dificultar a organização da enfermagem enquanto categoria, levando-a à mera adaptação à situação existente, como forma de sobrevivência. A enfermagem é uma categoria profissional com histórico de submissão desde os primórdios.

Ao dividir as categorias em dois sindicatos, o dos Enfermeiros e o dos Técnicos e Auxiliares em Enfermagem, para exemplificação dessa situação apresentamos o que ocorre no Estado de São Paulo, onde existe um sindicato apenas para Enfermeiros - Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo (SEESP), e o Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de São Paulo (SINSAUDESP), como se as condições de precarização do trabalho fossem diferentes para essas três categorias, como se não desenvolvessem atividades nas mesmas instituições de saúde. Entretanto, essa situação pode diminuir o poder de negociação da enfermagem, frente ao gestor.

1.4 As Influências do Neoliberalismo no SUS e O Mal Estar na Saúde Coletiva

Sigmund Freud ao testemunhar a 1^a Guerra Mundial, o desalento frente aos inúmeros conflitos no movimento psicanalítico, o processo de exclusão civil dos judeus, o sofrimento pessoal com o câncer que o mataria dez anos depois, e muito provavelmente a sensação de insegurança expressa no rearmamento alemão e na quebra da Bolsa de Nova York, fizeram aprofundar o seu conhecido pessimismo frente à Humanidade. Esse estado de espírito gerou um famoso ensaio em 1929 e publicado no ano seguinte - *O Mal-Estar na Civilização*. A partir do enquadramento

teórico psicanalítico, Freud declarou a impossibilidade da felicidade permanente em cada ser humano e entre os seres humanos. Entretanto, colocou a importância da busca da felicidade, mesmo que transitória e imperfeita, sugerindo alguns caminhos para essa busca.

Embora não seja objetivo direto desse estudo, mas talvez esteja subjacente vários questionamentos da pesquisa, a leitura do livro *O mal-estar na civilização*, incitou alguns questionamentos sobre o medo e a sensação de mal-estar vivenciadas pelos profissionais de saúde, ao desenvolver suas atividades de trabalho, por essa razão nomeei essa seção - As Influências do Neoliberalismo no SUS e *O Mal Estar na Saúde Coletiva*, o que leva a pensar sobre o objeto e, sobretudo, sobre o objetivo do trabalho na saúde. Parece que não existem distâncias, limites precisos entre eles. Sobre o quê é desenvolvido o trabalho do profissional contemporâneo de saúde? Será que é somente gente, doenças, riscos? O que mais está envolvido? O que remete diretamente a outra questão: Qual o motivo do trabalho em saúde? Produzir saúde. Seria isso viável? Que tipo de formação é essa, que pode manter uma visão tão superficial? Não são todos seres humanos passíveis das mesmas mazelas?

Pagni (2003) em seu estudo sobre a obra de Marcuse - *Eros e Civilização*, traz contribuições que nos auxilia a pensar sobre as questões levantadas anteriormente, sobre o Mal Estar, ao colocar a concepção da educação sob a cultura afirmativa, na recordação da morte, como elemento que amplia o sentimento de culpa acumulado historicamente e o medo da humanidade de libertar-se da subjugação e da repressão, reiterando a indiferença à dor e ao sofrimento daqueles que ainda morrem na miséria, na agonia, mesmo havendo condições materiais, científicas e técnicas para supri-las. Salienta que:

Desse modo, essa concepção de educação não poderia ser responsável, objetivamente, por modificar essas condições de vida existentes, nem por superar esse sentimento de culpa acumulado, recordando a morte e o sofrimento que ela provoca, ainda hoje, nem mesmo libertar a humanidade do medo, instaurados pela subjugação e pela repressão vigentes na civilização, mas somente reiterá-los, justamente por ser um reflexo dessa civilização e por ser inspirada numa Filosofia que renuncia à própria vida. (PAGNI, 2003, p. 109)

Talvez muitas das disputas e controvérsias - pano de fundo nos cenários institucionais em que são exercidas as atividades de saúde - obedecem a desacordos sobre essas questões levantadas. Será que existe profissão capaz de dar conta da complexidade do trabalho em saúde por si só? Afinal, temos um

modelo atual de formação, onde há ilhas de conhecimento quase que hermeticamente fechadas, revestidas de uma exacerbada especialização dos conhecimentos e com domínios tecnológicos estreitos.

O trabalho em saúde pode trazer desgaste e ser considerado em uma vertente subjetiva, pela necessidade intensa e constante de colocar em funcionamento defesas psíquicas, que são ativadas pelo contato permanente com a dor e o sofrimento humano, em especial no contexto brasileiro pela inserção em territórios marcados pela pobreza extrema, violência urbana, e a eterna batalha humana contra a morte. Como processar aquilo que se recebe, junto com diversas demandas ou cobranças? Será que existe um lugar e um tempo hábil para refletir frente a situações adversas? Como suportar o Mal-Estar na Saúde Pública sem o transformar em sofrimento? Adotando mecanismos defensivos de diferenciação aos usuários dos serviços de saúde?

Os estudos de Pagni nos fornece elementos para pensar a situação:

Marcuse [*Eros e civilização*] fornece algumas indicações para se pensar numa *educação estética* que, embora não fosse a única responsável pelo despertar de uma consciência política, poderia auxiliar a constituição de uma outra subjetividade e de um outro sujeito a desempenhar a ação histórica necessária à transformação radical da sociedade existente.

(...) Esse indivíduo precisaria reconhecer, conscientemente, as dificuldades instauradas na luta pela existência, ensaiando as ações que a propiciariam e que promoveriam a vida, destituída de toda renúncia e violência existentes. Desse modo, para tornar-se efetivamente sujeito, essa experiência estética deveria propiciar ao indivíduo tornar-se consciente dessas dificuldades e da práxis histórica necessária para superar o existente e aprimorá-lo no sentido de suprimir a miséria e o sofrimento humano e de construir uma ordem social, onde todos possam desfrutar da plena felicidade, coordenando suas próprias ações e estratégias para alcançar esse propósito, por assim dizer, eminentemente político. (PAGNI, 2003, p. 110 - 111)

De alguma maneira, essas questões e as diferentes visões de saúde, que permearam o desenvolvimento histórico do SUS, e até as lutas pela Reforma Sanitária possam ser melhor analisadas com a descrição do mercado de saúde. Por esse motivo, essa seção tratará das mudanças ocorridas no capitalismo mundial com a emergência daquilo que pode ser reconhecido como a doutrina neoliberal e suas metas principais de liberalização, desregulamentação e privatização; do ajuste neoliberal que passou a ocorrer na área da saúde, a partir dos anos de 1980, e do papel dos organismos internacionais, com destaque para o Banco Mundial, junto

aos países, e particularmente junto à Organização Mundial de Saúde, e a influência dessas ações no SUS.

Como principais condutores dos interesses sociais do capitalismo mundial, os organismos internacionais, o Fundo Monetário Internacional (FMI)⁴¹ e o Banco Mundial (BM)⁴² foram responsáveis por aprofundar e consolidar o processo de mundialização do capital, e difundir noções e estratégias visando à construção dessa nova sociabilidade capitalista (LIMA, 2010, p.296).

O BM, assim como o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)⁴³ passaram a desempenhar uma crescente influência e protagonismo na área da saúde. O papel de liderança que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNESCO detinham até então no monitoramento, avaliação e definição de políticas nessa área, foi sendo esvaziado pelo BM, mais rico e consequentemente com maior poder de pressão sobre a Organização das Nações Unidas (ONU) e seus estados membros. O Banco foi assumindo o papel de principal liderança do planejamento das reformas dos sistemas de saúde nos países dependentes, em particular nos países latino-americanos (LIMA, 2010, p.297).

⁴¹ O FMI foi criado em 1945, com sede em Washington, seu objetivo foi estabelecer a cooperação econômica em escala global, para garantir estabilidade financeira, favorecer as relações comerciais internacionais, implantar medidas para geração de emprego e desenvolvimento sustentável e buscar formas de reduzir a pobreza. Cada país possui uma cota de participação no fundo, estabelecida preliminarmente, o destaque é para os países desenvolvidos, que são os maiores cotistas; por essa razão, são eles que gerenciam o organismo. Os empréstimos são concedidos aos países com problemas financeiros, para isso é preciso cumprir as metas estipuladas, nelas estão previstas a implantação por parte do devedor, de ajuste orçamentário, cortes nos gastos públicos, monitoramento da taxa cambial, barrar o consumo excessivo com a diminuição salarial, dentre outros. (FREITAS, 2012)

⁴² O Banco Mundial (World Bank) ou BIRD (Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento), foi fundado em 1º de julho de 1944, com sede em Washington, é uma agência das Nações Unidas. Originalmente, foi criado para ajudar os países que foram destruídos na Segunda Guerra Mundial, na atualidade aproximadamente 150 países membros participam na composição do capital do banco. O valor de cota e o direito de voto são determinados a partir do nível de participação no mercado mundial, tendo como principal acionista os Estados Unidos, o Ihe concede o poder de voto em todas as decisões. Fornece financiamentos para governos, que devem ser destinados, essencialmente, para infraestrutura de transporte, geração de energia, saneamento, além de contribuir em medidas de desenvolvimento econômico e social. Além dos governos, empresas de grande porte podem adquirir empréstimos, desde que apresentem a viabilidade da implantação do projeto, e o país de origem da empresa garantir o pagamento dos recursos financiados. (FREITAS, 2012)

⁴³ O BID foi criado em 1959, possui acionistas de 48 países membros, entre eles 26 membros mutuários da América Latina e Caribe com participação majoritária, para apoiar iniciativas na redução da pobreza e desigualdade nos países da América Latina e Caribe, com objetivo de trazer desenvolvimento sustentável. Além de empréstimos, oferece doações, assistência técnica e realiza pesquisas. (BID, 2012)

Para o FMI, os gastos públicos e o protecionismo dos países seriam os principais responsáveis pela recessão e crise no pagamento da dívida externa; a expansão do controle estatal sem incremento correspondente de eficiência, a proliferação de empresas públicas em substituição às vantagens da iniciativa privada e a incapacidade de criar um clima econômico que estimulasse o espírito da empresa capitalista explicariam o desencorajamento de grandes investimentos externos. Dessa forma, a incompetência e a ineficiência dos Estados nacionais passaram a ser vistas como prova inegável da necessidade de se eliminar a influência do poder político dos países para a condução das suas políticas econômicas, e para o ingresso nos mercados capitalistas numa fase superior de autorregulação universal. Assim, a liberalização e a desregulamentação dos mercados nacionais, juntamente com a privatização das instituições públicas, inclusive a segurança social, tornaram-se as principais orientações políticas emanadas por esses organismos internacionais (LIMA, 2010, p.263, 264).

Essas agências internacionais estavam moldando novas tendências hegemônicas para servir a lógica do capital, contudo sua construção desconsiderava as desigualdades das relações sociais. Roggero e Laruccia (2009, p. 7) trazem subsídios para analisar essa situação - "Se é verdade que o consumo subordina o espírito objetivo desta época, o atual movimento do capital impele a um processo de homogeneização da cultura".

Nessa perspectiva, os autores citados acima (ao trabalhar um objeto distinto dessa pesquisa, mas sob o prima dessa análise, o diálogo se torna possível), dialogam com Harvey (2004) para atualizar as observações de Adorno quanto ao movimento do capital, e de Marcuse quanto ao caráter da cultura que o afirma:

Chamando a atenção para o fato de que há cerca de 20 anos, a palavra globalização se tornou chave na organização dos nossos pensamentos, revelando consequências e contradições relativas às mudanças na sua dinâmica, todas interligadas e descrevendo um panorama complexo de relações em âmbito mundial: (1) as corporações internacionais estão cada vez mais poderosas; (2) tem ocorrido uma feminização do mercado de trabalho vinculado a uma dispersão geográfica e cultural que dificulta a organização dos trabalhadores, tornando claro que o controle do trabalho é questão vital para a globalização; (3) tem havido um aumento nos fluxos migratórios; (4) a urbanização tornou-se hiperurbanização, afetando a organização espacial da população mundial; (5) as operações do Estado têm sido disciplinadas pelo capital monetário e financeiro, de forma jamais vista, e contradiatoriamente, têm apelado ao nacionalismo populista como forma de contra-ataque à globalização; (6) há um novo conjunto de problemas ambientais globais, e finalmente, (7). há o problema da manutenção da diversidade cultural. (ROGGERO; LARUCCIA, 2009, p. 7,8).

Esse movimento de homogeneização da cultura administrado por instituições internacionais teve sua inserção no campo da saúde, na década de 1980, quando surgiu a proposta de *Managed Competition* ou competição administrada⁴⁴, e a organização da grande empresa médica corporativa ou da indústria hospitalar de alta capitalização, um fenômeno que parece estar na base da formação dos serviços privados de saúde. Foi um processo capitaneado pela entrada do capital financeiro no setor, na forma de seguros de saúde, com base na criação das Organizações de Atenção Gerenciada ou *Managed Care Organizations* (MCOs), o que provocou a instalação da disputa pelos recursos econômicos entre o capital financeiro e o capital do chamado complexo médico-industrial, e um movimento de centralização e concentração das empresas médicas, associado à ampliação e diversificação das suas operações para outras áreas. Concomitantemente ocorreu a entrada do capital financeiro na administração dos fundos mútuos e de pensão (LIMA, 2010, p.265).

A assistência médica gerenciada se caracteriza por um sistema voltado fundamentalmente para o controle da utilização dos serviços de saúde para conter os custos da assistência por meio de medidas reguladoras da relação Médico-paciente. Do lado dos Médicos, os limites dados pela interferência indireta na autonomia das decisões clínicas através de incentivos e/ou normas negociadas que os induzem a prescreverem apenas os serviços necessários; do lado dos usuários dos serviços de saúde, a regulação ocorreu por meio da restrição das opções do profissional e/ou serviço, com incentivos ou condicionantes destinados a induzir o segurado a utilizar os médicos/serviços contratados pelo plano ou selecionados como preferenciais (LIMA, 2010, p.271).

Além das cadeias de hospitais, o novo complexo médico-industrial começou a diversificar a sua atuação para gerar renda e capital adicional e, simultaneamente, reorganizou sua estrutura empresarial em torno de dois modelos. No primeiro, o

⁴⁴ O termo foi cunhado em 1977 e reatualizado em 1989, como uma proposta de reforma do sistema de saúde norte-americano visando à criação de um sistema nacional de seguro-saúde para promover a universalização do acesso aos serviços de saúde a toda a população, com a participação mista pública e privada. Teve influência importante em praticamente todas as propostas de reforma sanitária dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que passaram a advogar a introdução nos sistemas públicos de mecanismos concorrenceis que imitam o jogo do mercado. (LIMA, 2010, p.265)

hospital se converteu em uma empresa mãe, geralmente chamada de *holding* do grupo, com muitas subsidiárias ou filiais sob seu controle. No segundo, estabeleceu uma empresa mantenedora, dona do hospital e de outras subsidiárias. Com base nessa articulação, percebe-se que o capital dominou o trabalho e criou nele condições reais para um novo modo de produção, gerando a base material de uma nova formação social. Em ambos os modelos, o que se buscava era a renovação e a expansão das atividades com finalidade de atingir o lucro, que abrangiam clínicas de atenção externa, centros de diálise, empresas de atenção domiciliar, serviços de laboratório, serviços odontológicos, serviços de enfermagem, fisioterapia, reabilitação cardíaca, medicina desportiva e outros. Mas, além de serviços próprios de atenção à saúde, esse movimento de expansão abrangia outros setores como cadeia de restaurantes, farmácias, serviços óticos, aparelhos de surdez e outros, além do acesso ao mercado de ações (LIMA, 2010, p.272).

Os hospitais que permaneceram como não lucrativos (condição para usufruir da isenção de impostos governamentais), começaram a criar também subsidiárias lucrativas e/ou se tornaram uma colmeia de atividades mercantis, com a externalização de determinadas atividades do interior do hospital, como, por exemplo, o laboratório, que se tornou uma empresa autônoma e passou a prestar serviços para outros hospitais, também passou a contratar empresas independentes para suas operações por meio da terceirização, como a realização de serviços radiológicos e de patologia, pela contratação de um grupo de médicos, organizados como empresa profissional para prestar assistência a determinado grupo de usuários, ou operar a unidade emergência (LIMA, 2010, p.273).

O discurso liberal conservador começou a argumentar a favor da privatização do público e a defender a aceitação pragmática da realidade das mudanças econômicas, o diagnóstico neoliberal se apropriou de diversas críticas e problemas concretos na área da saúde (insatisfação dos usuários, alto custo da assistência, gastos com saúde superiores aos valores da economia em geral etc.), para, em razão deles, defender outro tipo de intervenção estatal no setor.

Esse diagnóstico esteve presente na base de uma ampla agenda de reforma dos serviços de saúde *pós-welfare*⁴⁵ nos países capitalistas centrais, logo depois

⁴⁵ Para Wieczynski (2012, S/P), o Welfare State surgiu nos países europeus devido à expansão do capitalismo após a Revolução Industrial e o Movimento de um Estado Nacional visando a democracia. Seu início efetivo deu-se com a superação dos absolutismos e a emergência das

difundida nos países dependentes pelo Banco Mundial (BM), cujos elementos centrais foram: mudança da ênfase na produção direta de serviços pelo Estado, para a provisão de um ambiente regulatório apropriado; o Estado não seria o único provedor de serviços e o financiamento não deveria necessariamente provir de impostos gerais, porém retendo um importante papel regulador do desempenho do setor e do processo decisório; focalização da ação do Estado para grupos sociais específicos (populações com níveis absolutos de pobreza, deficientes, aposentados etc.), e a introdução de mecanismos de mercado para obter melhor relação entre a demanda e a oferta por meio dos custos; mudanças na estrutura gerencial do setor público com a introdução de conceitos de gerenciamento e contabilidade do setor privado, o que incluía a revisão do desempenho dos funcionários públicos, a restrição e redimensionamento do emprego público, o estímulo à flexibilização (leia-se privatização), entre outros fatores; e a substituição da escolha política pela opção do consumidor, tanto nos processos usuais de representação política quanto na distribuição dos serviços (LIMA, 2010, p.1266).

Assim, o controle do *déficit* público e do gasto sanitário esteve subjacente a todas as iniciativas de reformas vinculadas às exigências macroeconômicas, incorporando as premissas de menos presença do Estado, que podem ser compreendidas como: privatização e a falta de regulação. Os eixos em torno dos quais se articularam essas propostas foram a restrição da autonomia profissional; a reestruturação do *mix* público/privado; e a descentralização para o setor privado. Esse foi um fenômeno que apontou algumas tendências da medicina norte-americana (que sempre serviram como exemplo de um sistema de saúde inadequado, pela restrição da sua cobertura de atendimento às populações desfavorecidas economicamente), e que se verificariam logo depois nos países latino-americanos. Entre essas tendências, as que se sobressaíram foram: indefinição dos limites entre atividades lucrativas e não lucrativas; transferência dos serviços públicos para o controle administrativo ou para a propriedade de

democracias de massa. Foi uma transformação do próprio Estado a partir das suas estruturas, funções e legitimidade, como resposta à demanda por serviços de segurança sócio-econômica. Contudo, Andersen (1991, S/P) afirmou que uma definição comum nos manuais é a de que o *welfare state* envolve a responsabilidade estatal no sentido de garantir o bem-estar básico dos cidadãos. Esta definição passa ao largo da questão de saber se as políticas sociais são emancipadoras ou não; se ajudam a legitimização do sistema ou não; se contradizem ou ajudam o mercado; e o que realmente significa "básico"?

corporações privadas; e a maior regulação da assistência médica não tanto pelo setor público, mas pelo próprio setor privado (LIMA, 2010, p.266, 273).

A oposição ao controle público desatou forças empresariais interessadas na revisão da utilização e dos gastos de capital pelas instituições de saúde, o próprio desenvolvimento das empresas estava exigindo necessariamente a relativa perda da autonomia dos médicos em razão de maior regulação sobre o ritmo e as rotinas de trabalho, e requerendo certo nível de desempenho medido pela renda gerada ou pelo número de usuários atendidos por hora. Além disso, sob a administração corporativa, a tendência era haver um escrutínio minucioso dos erros por causa da responsabilidade que poderia recair sobre a empresa por má prática, estando em primeiro lugar a reputação e a imagem da empresa perante seus consumidores (LIMA, 2010, p. 274).

Segundo Roggero e Laruccia (2009, p. 3) *apud* Adorno (1986, p.67), a dominação atinge a totalidade dos membros da sociedade – “nenhum pastor e um rebanho”. Estamos todos submetidos à formação burguesa, que permeia tanto a formação do trabalhador como a do senhor e nela reside, ao mesmo tempo, o mote do aprisionamento e a fagulha libertadora, nesse modelo de sociedade.

Todos os homens (trabalhadores, gerentes e proprietários), convertem-se em apêndices da lógica do capital. Até mesmo suas necessidades mais íntimas perdem a espontaneidade, em função das normas e regras da produção e distribuição de mercadorias. As necessidades parecem encontrar cada vez maiores possibilidades de realização por meio do progresso, apesar de produzidas pelas leis do lucro; um progresso que se encontra enredado nas relações de produção e perde de vista seu objetivo primeiro, que seria o de possibilitar a sobrevivência e a preservação do homem. Ao contrário, as necessidades de distribuição de mercadorias e as regras de produção, sua qualidade técnica é avaliada em função de sua utilização como meio de controle, de dominação social, de destruição da possibilidade de constituição do sujeito (ROGGERO; LARUCCIA, 2009, p. 3).

Com esse raciocínio, Roggero & Laruccia (2009, p. 4,5) afirmam que essa lógica invade todos os setores, ampliando as necessidades, bem como as formas de sua satisfação, dado que são atendidas apenas indiretamente através do valor de troca. No entanto, o sistema exerce um fascínio cada vez maior sobre os homens, oferecendo possibilidades de consumo também cada vez maiores, como uma espécie de cooptação, fazendo avançar o fenômeno da integração, da adaptação à

cultura capitalista, que torna imperativo o valor de troca entre os próprios homens, que se convertem em mercadorias, em prol da satisfação de necessidades desenvolvidas para a manutenção da própria lógica do capital:

Ao tender à aparência, a necessidade contamina os bens com o seu caráter de aparência. Necessidades objetivamente corretas ou falsas poderiam muito bem ser distinguidas, por menos que se tivesse o direito de derivar disso uma regulamentação burocrática, onde quer que seja. Para o bem e para mal, nas necessidades sempre está presente a sociedade como um todo; elas podem ser, para as pesquisas de mercado, a coisa mais próxima, mas no mundo administrado, elas não são em si o primeiro. (ADORNO, 1986, p. 71 apud ROGGERO & LARUCCIA (2009, p. 4,5)

No contexto de liberalização das atividades da saúde, certas enfermidades foram redefinidas e os protocolos clínicos e a medicina baseada em evidência se transformaram em regras a seguir e palavras a invocar, para não ficarem fora do consenso científico hegemônico. Os comitês de *especialistas* redefiniram na segunda metade dos anos 1990 o conceito de saúde e enfermidade de diversas patologias e riscos, o que aumentou consideravelmente a medicalização, sem a mudança em conjunto nos estilos de vida considerados fatores de riscos, para essas mesmas patologias: o nível de glicose para determinar se uma pessoa era diabética passou de >140mg/dl para >126 mg/dl; a pressão arterial alta de >160/ >100 mmHg para >140/>90 mmHg; a definição de hipercolesterolemia de >240 mg/dl para >200 mg/dl; e o sobrepeso medido como índice de massa corporal de >27 kg/m² para >25 kg/m². Essas mudanças na prevalência destas quatro condições permitiram, só nos EUA, o aumento das seguintes doenças: Diabetes Mellitus 14%; Hipertensão Arterial Sistêmica 35%; Hipercolesterolemia 86%; e Sobrepeso 42% (LIMA, 2010, p. 276).

Almeida (2003, p. 57), apresenta que certas políticas feitas do e, para o corpo, políticas essas que o constrói sem ética e, também o subjuga a uma lógica instrumental, o manipula sem razão e sem perdão, comercializado-o e reconstruindo-o, quase que exclusivamente, em favor das necessidades do mercado global.

Juntamente com essa redefinição de enfermidades e riscos, esses comitês definiram novas enfermidades ou a ampliação de diagnósticos já estabelecidos para incluir mais pessoas: a disfunção da ereção e a consequente promoção de medicamentos como o Viagra; a disfunção sexual feminina e o desejo sexual hipoativo associado à promoção de diferentes medicamentos incluindo o Viagra *off-label*; a desordem pré-menstrual disfórico, acompanhado da promoção de uso de

antidepressivos. No caso da desordem bipolar, a clássica definição de enfermidade maníaco-depressiva se agregou à desordem bipolar não específica e à ciclotimia para elas serem medicadas com antipsicóticos. Em relação ao *déficit* de atenção e à hiperatividade, a indústria farmacêutica promoveu, por meio de revistas de divulgação e programas de televisão, o aumento do papel dos pais e mães no diagnóstico das crianças, induzindo assim o uso de psicoestimulantes. Todos esses processos começaram a ser instituídos nos EUA durante a década de 1980, se expandiram e se consolidaram nos anos 1990, e teve implicações fundamentais tanto para o conjunto de países capitalistas centrais como também para os países latino-americanos (LIMA, 2010, p. 281).

Almeida (2003, p. 57 – 58), apoiando-se em Adorno e Horkheimer para (re)pensar os caminhos percorridos pelo corpo no decorrer da história, as maneiras como este foi/é tratado e manipulado e a relação com a produção de subjetividades danificadas e formações culturais empobrecidas e distorcidas, coloca que:

(...) uma determinada *noção de corpo* produzida, manipulada e disseminada pela racionalidade científica vigente, em geral, e pelas representações e expectativas da ciência biomédica, em particular. Por sua vez, as ingerências científico-racionais se unem a forças econômicas e passam a determinar os caminhos a serem percorridos pelo corpo, transsubstanciando-o naquilo que ele não é: um corpo unicamente biológico, tecnológico, mecânico, restrito.

A racionalidade científica, unidas às forças do capital passaram a dominar e subjugar o corpo, baseado no modelo flexineriano, modelo que é amparado no controle de riscos, o que pressupôs a mudança de um modelo clínico que opera por procedimentos médicos de base flexeneriana, considerado responsável pelo padrão de incorporação tecnológica de alto custo. Nessa medida, propôs um maior controle dos custos hospitalares, de maneira geral, e do ato médico em particular, consequentemente tendendo a diminuir a autonomia médica, tornando-se assim um dos principais focos de tensão entre as seguradoras do ramo saúde e os prestadores privados de saúde. Na prática, portanto, permaneceu o modelo clínico baseado em procedimentos médicos e a liberdade de atuação do setor privado de serviços de saúde em termos de oferta de serviços e seus múltiplos *lobbies*, constituindo dessa forma a *medicalização*⁴⁶ na saúde. Conforme ILLICH (1975, p. 9):

⁴⁶ O conceito de *medicalização* foi publicitado em 1975 pelo filósofo e teólogo austríaco Ivan Illich, diz respeito à super utilização de dispositivos da medicina institucionalizada no âmbito da sociedade industrial, que resultaria em iatrogênese clínica, iatrogênese social e em iatrogênese estrutural. (ILLICH, 1975)

"La medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud. La dependencia respecto a los profesionales que atienden la salud influye en todas las relaciones sociales. En los países ricos la colonización médica ha alcanzado proporciones morbosas: en los países pobres está rápidamente ocurriendo lo mismo. Hay que reconocer sin embargo el carácter político de este proceso, al que denominaré la 'medicalización de la vida'" [...] "Un sistema de asistencia a la salud, basado en médicos y otros profesionales, que ha rebasado límites tolerables resulta patógeno[...]."

Dessa forma, a lógica do capital transforma a livre competição individual de cunho liberal em competição monopolista entre grandes empresas. Assim, o *futuro do indivíduo depende cada vez menos da sua própria prudência e cada vez mais das disputas nacionais e internacionais, o que faz a individualidade perder a base econômica* (HORKHEIMER, 2002, p. 142).

Outro conceito que também começou a ser difundido foi o de governabilidade ou governança, que foi entendido como a capacidade de sintonizar e articular as ações do *Estado necessário*, com os organismos de uma sociedade civil ativa, pressupondo capacidades administrativas ou reguladoras. Considerando também as capacidades de renovar e reordenar uma nova *cultura cívica* e de dirigir a sociedade civil com base em certas diretrizes, tais como: desenvolver ações em parceria com o Estado, incentivar a auto organização por grupo de interesses, potencializar as comunidades na resolução dos seus problemas, e promover um pacto social para a solução pacífica dos conflitos. Esses pressupostos orientaram os princípios e as estratégias políticas da Terceira Via, visando a criação de uma nova sociabilidade capitalista para o século XXI. Sendo seus princípios mais importantes: a reinvenção da sociedade civil, a reforma da aparelhagem estatal e o individualismo como valor moral radical (LIMA, 2010, p. 276).

A Terceira Via apresentou a recriação da sociedade civil como um imperativo ético e político, uma vez que o mundo atual não é controlado rigidamente pelo poder do homem; ao contrário, é um mundo de incertezas que gera constantes alterações na política. Desse ponto de vista, a reinvenção significa abrir espaço para a restauração das solidariedades danificadas e para a promoção da coesão cívica ou coesão social, o que supõe a disseminação de posturas mais harmônicas, flexíveis, dialógicas e cooperativas que permitam enfrentar o mundo das incertezas e a mudança de paradigmas na filosofia, na ciência, na política e na ética. A sociedade civil ativa seria, dessa forma, o lugar da ajuda mútua, da solidariedade, da

colaboração e da harmonização das classes sociais. Tudo por meio de novos organismos sociais dissociados da velha ideia da filantropia ou dos antagonismos típicos do mundo das polaridades, cujos exemplos seriam as experiências organizativas que despontaram por fora das relações de produção como raça, etnia, gênero e outros (LIMA, 2010, p. 283).

No plano econômico, os objetivos foram os de manter a inflação baixa, limitar os empréstimos governamentais e utilizar medidas de incentivo fiscal para fomentar o crescimento e elevar o nível do emprego. Para a Terceira Via, uma economia forte pressupunha uma sociedade forte, mas isso não significaria o retorno ao intervencionismo estatal, nem o planejamento de grande porte, minuciosamente definido, coercitivo e totalizador nos campos social, político, econômico e cultural. A capacidade de planejar deveria estar a serviço da eficiência, do envolvimento das organizações na solução de seus próprios problemas em parceria com o Estado e do desenvolvimento da iniciativa privada como forma de incentivar a livre concorrência.

A defesa das parcerias, público-privadas, foi um traço distintivo da Terceira Via, destinada tanto ao incentivo da eficiência e agilidade do mercado ou das empresas para a cobertura de diversas ações em obras e serviços quanto ao envolvimento das assim chamadas Organizações Não Governamentais (ONGs) na provisão de bens sociais. Além disso, o Estado deveria desenvolver uma grande capacidade de regular, por meio de leis modernas, as atividades que representarem riscos para a sociedade, como as atividades de saúde (LIMA, 2010, p. 281).

As consequências desse pacote de reformas e suas metas integradas de liberalização, desregulamentação e privatização provocaram, em muitos países, ao contrário do que se prometia, a estagnação de seus mercados internos, aliada ao crescimento intenso da própria dívida externa e também ao desequilíbrio da balança de pagamentos. Tudo isso acompanhado da diminuição dos investimentos sociais e do salário real, além do aumento do desemprego, com o agravamento das desigualdades já existentes de distribuição de renda e o surgimento de novas exclusões sociais (LIMA, 2010, p. 299).

Com base na análise dos indicadores sociais das duas últimas décadas do século XX para a América Latina, o retrocesso social produzido pelas políticas de ajuste estrutural ocorreu em dois sentidos. O primeiro se referiu ao risco de desaparecimento e/ou perda dos poucos avanços sociais obtidos na região em

termos da proteção social que os países ofereciam. O segundo esteve ligado ao surgimento de um quadro social, demográfico e epidemiológico que, por um lado, incorporou características típicas da contemporaneidade, como a desregulamentação do mercado de trabalho, desemprego, envelhecimento da população, doenças e agravos, nos países desenvolvidos, e por outro, não só manteve as características sociais e doenças típicas do atraso, como intensificou antigos problemas: precarização do trabalho, piora da infraestrutura pública, retorno de endemias e doenças que já estavam sob controle (como a tuberculose), aumento do número de mortes por causas evitáveis etc. Entre os indicadores do aumento das desigualdades na região, verificou-se a acentuada disparidade entre o rendimento dos 40% mais pobres, menos da metade da renda média mensal e o rendimento dos 10% mais ricos mais de quatro vezes essa média, aliado ao aumento do percentual da população vivendo em extrema pobreza. Esse grupo foi o que mais cresceu entre os pobres, representando 50% deles, definidos no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como aqueles cuja renda familiar é equivalente a ¼ do salário mínimo, insuficiente para comprar uma cesta básica de alimentos (LIMA, 2010, p. 301).

Concomitantemente, houve a redução significativa dos salários reais em todos os países e o aumento do percentual de assalariados em situação de nova pobreza, com o agravamento da situação dos estratos de renda mais baixa. Aumentou-se uma deterioração da remuneração e da qualidade de vida dos estratos médios urbanos, inclusive dos assalariados do setor público. Agregaram-se a esses dados, a ampliação das diferenças de acesso a bens e serviços como habitação, educação e saúde; o desemprego aberto; o aumento da informatização e inserção em serviços precários; a redução da proporção de trabalhadores vinculados aos sistemas previdenciários; o desajuste crescente entre as remunerações dos jovens e seus níveis educacionais, como parte do resultado entre a crescente diferença entre a qualificação obtida e as possibilidades de empregos compatíveis; e o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, com marcante discriminação salarial em relação aos assalariados do sexo masculino (LIMA, 2010, p. 301).

Esse enfoque voltado para os países apoiados pelos programas de ajustes e reformas estruturais foi elaborado com base em várias influências, mas destacou-se

o Consenso de Washington⁴⁷ após as experiências desastrosas das políticas de ajustes estruturais nos anos 1980, em diversos países latino-americanos, o discurso sobre a pobreza foi submetido ao imperativo da construção do Estado efetivo, da necessidade de revigoramento das instituições públicas, da focalização das políticas sociais, da mobilização da sociedade civil, da participação do povo, da descentralização, da separação entre financiamento e provisão dos serviços na área social. (LIMA, 2010, p. 303).

Foi a partir das discussões sobre as experiências exitosas e as lições aprendidas com os experimentos neoliberais, entre elas o grave custo social dos ajustes e as tensões sociais e políticas daí decorrentes, que foi compreendida a governabilidade, assim como a aproximação do BM às ideias da Terceira Via para a reforma do Estado e o retorno do discurso referente ao combate à pobreza sob o lema da *educação para todos* e *saúde para todos*, desde o final dos anos 1980 e do *novo universalismo* no final dos anos 1990 (LIMA, 2010, p. 303).

O uso do termo *novo universalismo* emergiu, no mesmo momento em que o termo *saúde global* começou a disputar espaço com o termo *saúde internacional*, e envolveu resistências e disputas no interior da OMS que atravessaram os anos de 1980 e 1990, que foram resolvidas a favor do ideário neoliberal. No entanto, parece que houve uma estreita relação entre o *novo universalismo* e a *saúde global*; enquanto o *novo universalismo* teve por base a definição do que é bem público e bem privado em saúde, a *saúde global* expressou a perspectiva das forças de mercado de submeter à área de saúde aos objetivos do lucro (LIMA, 2010, p. 303, 315).

A *saúde global* manifestou duas dimensões principais, a primeira levou em consideração as necessidades de saúde da população de todo o planeta, acima dos

⁴⁷ O Consenso de Washington foi desenvolvido na segunda metade dos anos 1980 por um grupo de cientistas políticos norte-americanos, que ajudaram a construir o que John Williamson (economista norteamericano) denominou de: programa de convergência ou homogeneização das políticas econômicas para os países latino-americanos, os mais endividados na época, desenhado pelas burocracias internacionais e nacionais reunidas em Washington. O Consenso consistiu em um estudo comparativo sobre as dificuldades e as condições políticas de implementação dos ajustes econômicos, combinou políticas macroeconômicas por meio da austeridade fiscal e da disciplina monetária, com reformas de natureza microeconômica via desoneração do capital para aumentar a competitividade no mercado internacional, aberto e desregulado, e o desmonte radical do modelo de industrialização dos países através de reformas estruturais: desregulação dos mercados financeiros e do trabalho; privatização das empresas e dos serviços públicos; abertura comercial; e a garantia do direito de propriedade dos estrangeiros, sobretudo nas zonas de fronteira tecnológica e de novos serviços. (LIMA, 2010, p. 302)

interesses de nações em particular, como em casos de epidemias e pandemias, tais como a AIDS, os vírus Ébola e a *Influenza A* (H1N1), ou mesmo as denúncias do movimento ambientalista sobre a degradação ambiental mundial e o aquecimento global. A segunda serviu aos interesses das forças do mercado ou das corporações transnacionais na área de saúde. No primeiro caso, o uso estava ligado à necessidade da criação de informações e sistemas de vigilância eficientes para reforçar o monitoramento e o alerta global sobre a circulação de doenças e sobre o meio ambiente. No segundo, referendava a privatização dos serviços de saúde, com o controle dos fundos de pensões pelo capital financeiro, e a expansão dos seguros de saúde privados como alternativa à seguridade social pública, legitimando os propósitos da mercantilização da saúde em todo lugar onde poderia gerar lucros (LIMA, 2010, p. 303, 315).

No entanto, da mesma forma que o relatório BM-1997 e o Informe OMS-2000 se propuseram como instrumentos que orientavam o Estado nos diversos países a redefinir suas responsabilidades no setor da saúde, baseando-se em provas científicas e não em ideologias (sem terem um tom impositivo nem prescritivo, como ocorreu no Informe BM-1993 - *as ações de saúde que devem ser incluídas no novo universalismo*). Os argumentos desses documentos foram opostos: “não pretende oferecer um modelo para construir ou reconstruir um sistema de saúde”, pois “o mundo está experimentando muitas variantes e não está claro qual é a melhor maneira de proceder”. Entretanto, toda a análise foi atravessada por uma lógica linear, histórica, a título de tornar os sistemas de saúde mais equitativos e acessíveis. Explicou as reformas pela necessidade de maior eficiência em razão dos custos, dogma característico do pensamento neoliberal, fazendo desaparecer as lutas pela conquista de direitos sociais e particularmente pelo acesso universal à saúde. (LIMA, 2010, p. 316)

As justificativas a favor da privatização da atenção à saúde, e consequentemente, da transferência do financiamento e/ou da prestação de serviços clínicos para o setor privado estavam baseadas na situação inconteste e imutável de que o Estado dispunha de poucos recursos para a saúde, ocultando, que isso ocorreu exatamente pela manutenção das políticas de ajuste fiscal e de reforma estrutural (LIMA, 2010, p. 332)

As influências desse neoliberalismo no Brasil começaram a ter relevância a partir de 1988, com a constatação do fracasso dos planos de estabilização

monetária de Maílson da Nóbrega, então ministro da fazenda do Governo Sarney, que iniciou a renegociação da dívida externa acompanhada de algumas reformas liberalizantes. Tal feito aproximou o país do programa recomendado pelo FMI e o BM, e que convergiram, nos anos 1990 para um amplo *consenso neoliberal* favorável à implementação do programa completo de estabilização, ajuste e reformas institucionais desses organismos. Os governos posteriores continuaram com a implantação no país do programa recomendado pelo FMI e o BM, que podem ser divididos em períodos distintos, a primeira conjuntura compreendeu os períodos do governo Collor (1990-1992); o governo Itamar Franco (1993-1994), e os dois mandatos do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC - 1995-2002), e os dois mandatos do governo Lula da Silva - 2003/2010. (LIMA, 2010, p. 301, 336)

Com essas mudanças, as Organizações Não Governamentais (ONGs) começaram a ter maior visibilidade na cena política, com uma crescente profissionalização que as habilitaria mais adiante para um novo tipo de privatização na área de serviços na saúde, como setor público não estatal. Num contexto de deterioração das condições de vida da população, que ampliou a demanda por serviços públicos, a filantropia se desdobrou nos anos de 1990 numa cidadania da urgência e da miséria, contribuindo para segmentar o movimento social e converter as organizações populares em instâncias de inclusão cidadã sob intensa atuação governamental e direção empresarial. Mais que filantropia, essa nova forma de atuação se efetivou de maneira mais organizada com o governo FHC, e foi um instrumento de formação de um novo padrão de sociabilidade ancorado pelo Estado. (LIMA, 2010, p. 339)

O governo Collor, assim como seus sucessores, não cumpriu o dispositivo constitucional de designar 30% do orçamento da seguridade social para a área de saúde; de 1990 a 1992, os recursos reduziram-se quase à metade, passando de US\$ 8,494 bilhões para US\$ 5,413 bilhões, respectivamente. O golpe final veio em 1993 no governo Itamar Franco, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) retirou, com o apoio do então ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, a participação da contribuição previdenciária da base de cálculo do financiamento do SUS, em decorrência do aumento do desemprego e consequente redução das contribuições compulsórias para fazer frente às despesas previdenciárias. Isso diminuiu substancialmente os recursos destinados ao pagamento dos procedimentos realizados pelo INAMPS, desde 1990 sob a

administração do Ministério da Saúde (MS). Além disso, a Secretaria da Receita Federal também não repassava os recursos da Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) em razão da redução da disponibilidade geral de recursos orçamentários e dos compromissos assumidos com o FMI e o BM em termos de ajuste fiscal e contenção de gastos na área social. (LIMA, 2010, p. 341)

Daí em diante, se verificou a diminuição, o contingenciamento e a utilização dos recursos da seguridade, especificamente da área de saúde para outros fins. Ao mesmo tempo, passou a ocorrer o *sanitarismo de resultados*, a ênfase em políticas governamentais capazes de oferecer, num período recessivo e marcado pela ideologia neoliberal, "uma medicina simplificada para pobres e descamisados, excluídos do consumo médico, e ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto". (LIMA, 2010, p. 341)

As relações público-privado no interior do SUS também se reconfiguraram, concomitantemente ao processo de subfinanciamento e deterioração dos serviços públicos de saúde, inclusive dos hospitais privados credenciados. Observou-se um relativo deslocamento a favor da contratação dos hospitais filantrópicos. A assistência médica suplementar também foi reestruturando as suas ações empresariais, ao mesmo tempo em que o Estado elaborou políticas públicas de apoio ao setor, que acabaram competindo com as instituições públicas, particularmente, as políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais, que ao substituírem as relações diretas entre a Previdência Social e as empresas empregadoras, subsidiaram indiretamente as empresas médicas e, consequentemente, contribuíram para o aprofundamento e cristalização da segmentação do sistema e dos provedores de serviços segundo o *status socioeconômico* das demandas (LIMA, 2010, p. 342).

Por determinação da Constituição Federal (CF) e da Lei Orgânica da Saúde, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos passaram a ser privilegiadas, em detrimento dos hospitais privados contratados, uma tendência que já vinha sendo operacionalizada desde os anos 1980 e se acentuou ao longo dos anos 1990. Entretanto, tanto o bloqueio dos hospitais (privados, filantrópicos e universitários) como o consentimento dos gestores públicos de não mudar a natureza dos contratos, como previa a CF, estavam na base da reatualização do padrão de compra de serviços e procedimentos que se pretendia superar, o que ajudou a

transformar os hospitais filantrópicos e universitários em vendedores de serviços para o SUS, assim como os hospitais privados contratados. Desse modo, os filantrópicos foram não só os principais beneficiários das políticas de desprivatização nos períodos pré-SUS (1976-1988) e SUS (1988-2005), como também conservaram a sua autonomia, expressa na seleção de usuários adequados à oferta de procedimentos mais caros, e os interesses políticos envolvidos na relação de compra e venda de serviços de saúde que engendrariam um perfil ora público, ora privado desses hospitais que não existiam no período pré-SUS (LIMA, 2010, p. 342).

A descentralização dos serviços de saúde para os municípios brasileiros, a partir de 1993, e depois com sua aceleração em 1996, contribuiu para a manutenção desse antigo padrão de privatização baseado na compra e venda de procedimentos de saúde existentes na atualidade. O contexto de asfixia financeira do SUS, de desvio de recursos da seguridade social, e da descentralização que repassava mais responsabilidades do que recursos financeiros para os municípios, associada às metas de ajuste fiscal, conformou um quadro de baixa funcionalidade do setor público e de difícil superação da racionalidade do mercado. Se até 1993 o *lobby* do setor privado era realizado fundamentalmente sobre o Executivo Federal, ainda sob a vigência do INAMPS (extinto pela Lei nº 8.689, de 27/7/1993) ele se deslocou e ampliou as suas demandas para as esferas municipais e estaduais com a aprovação das NOBs 1993 e 1996, contemporâneas da proposta de Organizações Sociais do governo FHC (LIMA, 2010, p. 342).

Essas instâncias governamentais assumiram progressivamente o papel de compradores de serviços privados, inclusive complementando os valores da tabela do SUS, utilizada como referência para pagamento de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais, principalmente para os procedimentos de maior custo. Da mesma forma, embora ilegalmente, algumas localidades instituíram taxas complementares (*leia-se: co-pagamento*) tanto na rede pública como em hospitais conveniados ao SUS. Assim, foram se estabelecendo redes políticas e econômicas locais que articulariam os gestores públicos de ambas as instâncias com as instituições filantrópicas, as empresas privadas de saúde, e direta ou indiretamente, com as empresas que comercializavam os planos de saúde. Aos poucos se constituiu um ambiente muito desfavorável às teses universalistas iniciais do SUS, e ficou cada vez mais difícil reverter os padrões herdados da

previdência social, tais como a importância dos prestadores privados de serviços de saúde e a segmentação das demandas (LIMA, 2010, p. 343).

Em relação às políticas governamentais de apoio às instituições privadas, além da isenção tributária que é conferida às instituições filantrópicas (ISS, COFINS, PIS/PASEP, IRPJ e CSLL)⁴⁸, em 1993, poucos meses antes da extinção do INAMPS, os hospitais contratados foram contemplados com a Lei nº 8.620 de 5/1/1993, que permitiu o parcelamento dos seus débitos relativos às contribuições do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). As políticas governamentais de apoio à privatização também ampliaram o financiamento das empresas médicas de planos e seguros de saúde por meio de duas medidas; em 1991 a legislação permitiu o abatimento integral das despesas com planos e seguros de saúde no Imposto de Renda de Pessoas Físicas (IRPF), reafirmado posteriormente pela Lei nº 9.250 de 26/12/1995, no governo FHC. Da mesma forma em 1994 o Decreto nº 1.041 de 11/1/1994, confirmado depois pela Lei nº 9.249 de 26/12/1995, permitiu a dedução integral dos valores destinados ao pagamento de planos ou seguros de saúde no Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas (IRPJ), tanto para os empregados como para os dirigentes, ao considerar essas despesas como custos operacionais das empresas empregadoras (LIMA, 2010, p. 344).

Nesse processo, começou a predominar na pauta dos fóruns de discussão e na elaboração de políticas de saúde a ideia da saúde pública como suplementar à ação do mercado privado de saúde, e *não o contrário*; bem como a saúde passou a ser reinterpretada pelas entidades médicas e sindicais como assistência médica individual provida pelo mercado, e ações coletivas sobre o ambiente e os destituídos de renda, a cargo do Estado, da mesma forma que já ocorria antes da implantação do SUS. (LIMA, 2010, p. 345).

O Banco Mundial fez a defesa da participação das instituições privadas na prestação dos serviços de saúde, com duras críticas à preferência dada pela Constituição Brasileira às instituições filantrópicas e às sem fins lucrativos, também

⁴⁸ Especificamente para os hospitais filantrópicos, a legislação abrangeu três modalidades de apoio, ao longo dos anos 1990: flexibilização dos percentuais obrigatórios de ocupação dos leitos para o atendimento universal, a qual condicionava a concessão do certificado de filantropia; abertura de linhas de crédito; aporte adicional de recursos para o financiamento dos débitos com o governo e fornecedores. (LIMA, 2010, p. 344)

advogou a ideia de que os hospitais privados deveriam competir em pé de igualdade com essas instituições e propôs uma ampla discussão sobre os planos de saúde e regimes privados de prestação de serviços de saúde no Brasil, com análise detalhada dos custos e possíveis lucros que se poderia auferir. (LIMA, 2010, p. 345, 350).

Visando a ampla reforma, o BM sugeriu a flexibilização do SUS; a redefinição do papel dos estados na gestão do SUS; o estabelecimento de um pacote de benefícios padrão; a limitação do acesso à atenção terciária; o controle da oferta de serviços públicos em razão dos custos; a adoção de formas de copagamento; a ênfase no controle de resultados; o favorecimento à iniciativa privada; o incentivo à concorrência na prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente os estabelecimentos públicos e privados; e o papel regulador do Estado, com o deslocamento de atribuições para entidades de classe e organizações públicas de direito privado (LIMA, 2010, p. 345, 350).

Nesse movimento, os hospitais privados de melhor nível tecnológico passaram a reduzir a oferta de leitos, ou deixar de ofertá-los para o setor público com a alegação de que a tabela SUS não era suficiente para cobrir os custos de utilização do serviço, redirecionando o seu atendimento para usuários com maior capacidade de pagamento, criando planos específicos e/ou negociando diretamente com as seguradoras de saúde. Os próprios hospitais filantrópicos e empresas médicas de menor porte começaram a comercializar planos de saúde com valores mais acessíveis para o segmento de baixa renda, dirigidos principalmente a usuários individuais nas cidades interioranas. Outras empresas de medicina de grupo se especializaram em determinadas clientelas, como mulheres e crianças residentes nos centros urbanos. Enfim, uma miríade de possibilidades que foram alterando a cobertura de planos e seguros-saúde com a incorporação de segmentos antes excluídos, o que criou convergências de interesses entre provedores privados, empresas médicas e seguradoras do ramo saúde (LIMA, 2010, p. 351).

Na prática, esse processo foi cristalizando uma característica já presente no sistema de saúde brasileiro nas décadas anteriores, a duplicidade dos prestadores de serviços no atendimento à demanda do SUS e das empresas de planos e seguros de saúde. Essa duplicidade se expressou na existência de duas portas de entrada nos hospitais, uma para os usuários do SUS, e outra para os usuários dos planos privados, bem como no duplo vínculo apenas dos médicos no setor público e

privado, recebiam de ambos os empregadores pela mesma jornada. Além do fluxo de usuários dos planos de saúde no interior do SUS, na medida em que os contratos não contemplavam ou dificultavam coberturas para determinados procedimentos remunerados pelo SUS (LIMA, 2010, p. 353).

Dentro desse processo, como o setor privado percebeu que não dava para destituir o SUS, algumas lutas acabaram se somando a seu favor, por exemplo, a Federação Brasileira de Hospitais, que antes era anti-SUS, lutou pela regulamentação da Emenda 29, assim como toda a área das Santas Casas de Misericórdia e de filantrópicas, uma vez que se o SUS não tivesse dinheiro para pagar a tabela e os procedimentos, eles também não teriam. Nesse processo, deixaram de lutar pela destruição do SUS e passaram a trabalhar, por seu enfraquecimento, mas não sua eliminação, porque não era interessante do ponto de vista do mercado. O SUS continua sendo um financiador também de parte desse setor privado, todos eles tornaram-se complementares ao SUS. Os bons serviços se descredenciam, alegando que o SUS pagava pouco, mas uma grande parte ainda precisa do SUS para sobreviver. Hoje, a bancada parlamentar de saúde é a maior frente do Congresso, com representações de todos os partidos (LIMA, 2010, p. 351, 354).

Dessa forma, o Estado legitimou a presença do setor privado na saúde pública, e ainda *subsidiado pelo contribuinte*, o trecho abaixo nos auxilia a pensar a questão:

Deste modo o Estado abandona o papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente dos serviços sociais como educação e saúde, que são essenciais para o desenvolvimento, na medida em que envolvem investimento em capital humano, para a democracia, na medida em que promovem cidadãos, e para uma distribuição de renda mais justa, que o mercado é incapaz de garantir, dada a oferta muito superior à demanda de mão-de-obra não-especializada. Como promotor desses serviços o Estado continuará a subsidiá-los, buscando, ao mesmo tempo, o controle social direto e a participação da sociedade. (BRASIL, 1995, p. 18).

Existe a modalidade de serviços não-exclusivos, que está implicada diretamente com as novas formas de privatização no setor saúde, e consequentemente com o próprio desenvolvimento da *burguesia de serviços de saúde* e suas demandas de formação para o trabalho, também denominados de serviços sociais competitivos, que se refere aos setores em que o Estado atua em

parceria com organizações da sociedade civil, tais como as de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde.

Nesse caso, a forma de propriedade a pública foi apontada como melhor do que a estatal, já que as instituições não exercem o poder de Estado e nem são propriedade privada; como oferecem serviços que envolvem direitos humanos fundamentais, como educação e saúde, o Estado participa subsidiando, mas por serem competitivos, a melhor forma de administração escolhida foi a gerencial.

O Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado apresentou outros argumentos em favor das parcerias público-privadas:

A propriedade pública não-estatal torna mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de administração dos diversos segmentos envolvidos, ao mesmo tempo em que favorece a parceria entre sociedade e Estado. As organizações nesse setor gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado. Em compensação seus dirigentes são chamados a assumir uma responsabilidade maior, em conjunto com a sociedade, na gestão da instituição. (BRASIL, 1995, p. 55).

Esse conjunto de propostas serviu de base para a parceria Estado-Sociedade Civil e para o denominado Programa Nacional de Publicização. No primeiro caso, o Programa Comunidade Solidária em 1995, inaugurou uma atividade significativa de obtenção de consenso para o projeto de sociabilidade neoliberal da Terceira Via, mediante o envolvimento de pessoas e ONGs em atividades políticas e culturais as mais diversificadas. No segundo caso, a publicização justificou um amplo programa de privatização e terceirização das instituições públicas, particularmente no setor saúde, tanto no nível federal como nos estaduais e municipais, com o argumento de que a gestão ou a gerência de unidades hospitalares do Estado, por não ser uma atividade exclusiva, podia ser transferida à iniciativa privada sem fins lucrativos. A questão nova nesse processo foi, que diferentemente de outros contratos de serviços realizados com a iniciativa privada, a qual entrava na relação com o serviço público oferecendo os seus recursos físicos e humanos para prestar os serviços contratados, o contratante (instituições públicas) cedeu ao contratado (instituições privadas) parte ou a totalidade de seus próprios recursos (físicos, humanos e materiais), configurando assim novas formas de articulação público-privada no setor saúde (LIMA, 2010, p. 351, 372).

A publicização aprovada oficialmente no legislativo federal com a Lei nº 9.637, de 15/5/1998, ou Lei das Organizações Sociais (OS), consubstanciou os

interesses das empresas privadas de saúde; com esse dispositivo legal a flexibilização do SUS foi posta em execução, ao permitir a mudança da natureza jurídica das instituições públicas de direito público para direito privado, a instituição pública, ao ser extinta, foi substituída na forma de Fundação ou Associação Civil. As Organizações Sociais como cooperativas de Médicos, associação de Médicos, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, entidades civis de prestação de serviços médicos etc., foram qualificadas livremente pelo ministro do órgão supervisor ou regulador do setor de atividade correspondente. Não foi prevista licitação de concorrentes, o que teoricamente caberia ao modelo de *competição administrada*, nem se previam garantias reais para a execução dos serviços, abrindo espaços para favorecimentos de toda espécie a depender da influência política dos concorrentes (LIMA, 2010, p. 351, 372).

Para ser habilitada como OS, a instituição teoricamente deveria ser sem fins lucrativos e cumprir determinados requisitos formais e se submeter a um contrato de gestão, que especificava o programa de trabalho proposto pela OS, com as metas a serem atingidas, os prazos de execução, os critérios de avaliação de desempenho e os indicadores de qualidade e produtividade. Declarada como entidade de interesse social e utilidade pública, se tornou parceira do Poder Público. Nessa condição pode receber verbas públicas, tem a permissão para usar o patrimônio público (concessão de bem imóvel, bens móveis e equipamentos), e o erário público pode ceder os servidores públicos com ônus. O poder público concedeu autonomia para contratar funcionários sem concurso público, autorizou a obtenção de recursos de fontes extraorçamentárias como, por exemplo, a venda de serviços e celebração de convênios com planos privados de saúde e seguros saúde, e a fazer compras sem licitação. Além disso, o fundo público de saúde pode ser administrado por uma fundação que contratasse diversos prestadores para a execução dos serviços previstos no contrato de gestão ou ser administrado diretamente por uma Associação Civil, sem restrição da aplicação dos recursos no mercado financeiro (LIMA, 2010, p. 351, 373).

Assim, privilegiou-se mais a quantidade do que a qualidade da assistência, que nessa nova forma jurídica funcionou como justificativa ideológica para a privatização. A qualidade foi de outra natureza, tratava-se da consolidação do setor privado de serviços de saúde, e, particularmente, os grupos médicos organizados em cooperativas que puderam ter acesso ao fundo público de saúde por meio de um

contrato global ou por produção, além de contar com as outras benesses previstas na legislação, inclusive a aplicação do fundo público no mercado financeiro (LIMA, 2010, p. 374).

Nesse sentido para Roggero & Laruccia (2009, p. 5):

Cada vez mais, nas sociedades do capitalismo avançado: “A existência social não gera, de modo imediato, consciência social.” (ADORNO, 1986, p.66). A existência social, na sociedade administrada, impede a percepção das contradições que são geradas no processo de produção da vida material e espiritual pela constante força de integração à visão de mundo burguesa, que se atualiza permanentemente.

A crença de que o desenvolvimento das forças produtivas melhoraria as condições de vida se revela ilusória, ainda que se defenda a ligação automática entre expansão da produção material, distribuição e consumo como aparência necessária. Isso tem significado a consolidação da ideologia da produtividade, em um contexto em que as contradições se tornam cada vez mais agudas, por que a superprodução não realizou o suprimento das necessidades básicas e continua a gerar sofrimento.

Em São Paulo, com a aprovação da Lei Municipal nº 11.866/1995, o então prefeito Paulo Maluf criou o Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo (PAS), em 1996 foi transferindo todas as unidades hospitalares e UBS para cooperativas médicas, que assumiram a direção, a execução e a prestação de serviços públicos de saúde à população. Em 1999 com o PAS abalado por denúncias de corrupção, a administração do prefeito Celso Pitta transformou as cooperativas em quatro módulos e muda o nome para SIMS (Sistema Integrado Municipal de Saúde), as UBS voltam para a gestão municipal e, sob a gestão da prefeita Marta Suplicy no ano 2001 o plano foi extinto. (LIMA, 2010, p. 374).

Em 1995 o estado de Tocantins, pela Lei Estadual nº 762 de 26/6/1995, foi autorizado a celebrar convênio com os municípios, entidades filantrópicas e associações sem fins lucrativos com o objetivo de promover a descentralização das Ações de Serviço de Saúde, conforme as diretrizes do SUS. Em 1997, o Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro também foi autorizado por lei estadual a mudar a forma de gestão dos hospitais públicos, mas prevendo licitação dos concorrentes. Nesse mesmo ano, o estado da Bahia instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, vedando a cessão de servidores da administração pública direta, autárquica e fundacional às OS, mas autorizando a contratação de servidores por elas. Da mesma forma, em 1997, o estado de

Roraima instituiu o Plano de Assistência Integral à Saúde (PAIS) com o objetivo de instituir um novo modelo de gestão da saúde pública, uma forma empresarial de gerir os serviços estaduais, por meio da Cooperativa dos Profissionais de Saúde de Nível Superior (LIMA, 2010, p. 374).

A implantação das Organizações Sociais foi apenas uma das modalidades de privatização dos serviços públicos. Concomitantemente a essa iniciativa foram criadas entidades de direito privado, paralelas aos hospitais, como as Fundações Privadas de Apoio, com ampla autonomia para captação e gerenciamento de recursos financeiros. Ocorreu a terceirização da gerência de unidades hospitalares públicas com a transferência da gerência dos hospitais estatais para entes privados lucrativos ou não lucrativos; a terceirização das atividades assistenciais e/ou serviços especializados do hospital, substituindo o servidor público por prestadores privados organizados em cooperativas de profissionais de saúde; as terceirizações nas áreas de limpeza, manutenção, segurança e em setores como os de hemoterapia e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; e a terceirização da mão de obra por meio de cooperativas, fundações e ONGs, como na ESF, muitas terceirizações usurpando os direitos trabalhistas e sociais. Por último, houve a implantação de consórcios intermunicipais organizados na forma de pessoa jurídica de caráter privado (LIMA, 2010, p. 375).

Essa lógica do capitalismo difundiu uma cultura aparentemente interessada no indivíduo e na construção de uma sociedade democrática que tenta harmonizar as contradições e que, na verdade, alastrá a desigualdade e a exclusão. Nesse contexto, os organismos internacionais e os grandes monopólios empresariais exigem que o Estado corte as chamadas políticas sociais, diminua os direitos conquistados pelos trabalhadores ligados às leis trabalhistas e abra progressivamente as fronteiras nacionais, que devem se tornar mais flexíveis para os países hierarquicamente mais poderosos.

Esse processo associado à contratação do setor privado filantrópico, e os subsídios fiscais para o mercado de planos e seguros privados de saúde, foram configurando o que podemos denominar de *universalização do privado no interior do SUS*. Em 1998, o mercado de planos e seguros-saúde já abrangia 25% da população ou 37 milhões de usuários, dos quais aproximadamente 5 milhões de servidores públicos: civis e militares, com uma arrecadação estimada de cerca R\$

16,03 bilhões, equivalente ao orçamento do MS, à época, de R\$ 17,5 bilhões (LIMA, 2010, p. 375).

A proporção do setor suplementar na saúde cresceu para 26% em 2008 e, em 2009, gerou rendimentos de R\$ 63 bilhões (cerca de US\$ 27 bilhões). Os planos privados de atenção odontológica também cresceram consideravelmente. Esse mercado se concentra na região Sudeste, onde estão instaladas 61,5% das empresas e são realizados 65,5% de todos os contratos. Além disso, das 1.017 empresas existentes, apenas 8,2% dominam o mercado, pois oferecem planos e seguros de saúde para 80,3% dos clientes. (PAIM et al., 2011, p. 20)

A colaboração da mídia foi sutil e paulatinamente legitimando a privatização na saúde sob a argumentação de que o Estado era ineficiente, gastava mal os recursos e era corrupto, enquanto o mercado era eficiente, premiava o bom desempenho, privilegiava a qualidade do serviço, e a competição era saudável porque valorizava a relação custo-benefício. Nesse contexto, a esfera pública de responsabilidade estatal foi se convertendo em bem público não estatal, ou bem de mercado, que as pessoas deveriam adquirir; ao mesmo tempo as instituições públicas foram incorporando a lógica privada e transformando a racionalidade gerencial em elemento fundamental para sair da crise (LIMA, 2010, p. 376).

Roggero & Laruccia (2009, p. 8) oferecem recursos para analisar a atuação da mídia:

[...] entre outros fatores, é inegável a manipulação da mídia, impingindo uma cultura moldada, assim como é evidente a manipulação de poder e superioridade de algumas especificidades culturais em relação a outras. A indústria cultural (livro, imprensa, disco, rádio, televisão, cinema, novos produtos e suportes audiovisuais, fotografia, reprodução de obra de arte, publicidade), transforma o ato cultural em mercadoria, e assim, dissolve os traços de autenticidade, de acordo com o pensamento de Adorno e Horkheimer (1997), já que a cultura tradicional é forçada a moldar-se aos padrões mínimos de exposição à mídia.

Para Roggero & Laruccia (2009, p. 8), Adorno & Horkheimer (1997) cunharam o termo Indústria Cultural, que substitui a expressão cultura de massa, pela ampliação do significado e elementos que a compõem. Consideram que a racionalidade técnica se tornou a racionalidade da própria dominação, como caráter compulsivo da sociedade alienada de si mesma. A indústria cultural se caracterizaria por harmonização, esquematização, desempenho e preocupação com o detalhe técnico, repetição, distração e alienação das massas:

A diferenciação técnica e social e a extrema especialização [...] conferem a tudo um ar de semelhança [...]. Até mesmo as manifestações estéticas de tendências políticas opostas entoam o mesmo louvor do ritmo de aço. [...] Os edifícios monumentais e luminosos que se levantam por toda parte são os sinais exteriores do engenhoso planejamento das corporações internacionais [...]. (HORKHEIMER; ADORNO, 1997, p. 112 apud ROGGERO & LARUCCIA , 2009, p. 8).

As manifestações estéticas apontadas por Adorno & Horkheimer, podem ser evidenciadas em relação aos diferentes tipos de instituições de saúde (laboratórios, hospitais, clínicas, etc.), no luxuoso padrão da hotelaria hospitalar, que se tornou comum nesses locais, diferenciando as instituições na busca por usuários que podem arcar com o alto custo agregado as ações de saúde, com a oferta desse tipo de serviço.

Os mesmos autores supõem que grande parte dos indivíduos viva essa contradição no mundo contemporâneo: a consciência se apresenta impedida de emergir, enquanto a alienação se espalha pelas perspectivas de uma vida simulada pela *práxis* que predomina na cultura que se desenvolveu e se afirmou sob a lógica do capital, e ainda que os elementos que permitem a autorreflexão estejam presentes nessa mesma totalidade, não parecem suficientemente fortes para produzir a superação da *práxis* alienada e alienante (ROGGERO; LARUCCIA, 2009, p. 9).

A Estratégia Saúde da Família, em que pesem os impactos positivos em alguns municípios, está longe de transformar-se no modelo assistencial baseado no hospital; parece funcionar mais como um programa em razão do alto grau de normatização operado pelo MS, além de estar marcada pela instabilidade da força de trabalho devido às formas de contratação precárias e por ser executada de maneira paralela à própria rede de Atenção Básica. Nos municípios de pequeno e médio porte, a rede tende a cobrir o conjunto da população, e dependendo das forças políticas, contribui para a reorganização do sistema e funciona como porta de entrada. Nos municípios de grande porte ou nas metrópoles, a tendência predominante é focalizar suas ações na população de baixa renda, residentes em favelas e áreas periféricas, preservando assim os interesses mercantis no setor saúde. Parece ter se estruturado ao longo do tempo como um modelo de atenção primária à saúde que a aproximou muito mais da ideia do *novo universalismo* (LIMA, 2010, p. 381).

Concomitantemente a esse processo ocorreu uma reestruturação produtiva do setor saúde, que foi contemporânea à difusão do paradigma de acumulação flexível e a consequente incorporação de novas tecnologias de informação e de comunicação no Brasil. Um estudo empírico realizado na segunda metade dos anos 1990 em dois hospitais, um público localizado na região Sul, vinculado ao SUS, e outro privado na região Sudeste, sem fins lucrativos apontou que no hospital público foi observada a presença de serviços terceirizados no seu interior, tais como os serviços de laboratório e vigilância e, em unidades como o centro de atendimento a pacientes oncológicos e o hemocentro. Verificou-se a dupla porta de entrada configurada pela manutenção, ainda que minoritária, de leitos privados para atendimento de usuários particulares ou convênios. Neste caso, enquanto os Médicos efetivos (assalariados do SUS, que eventualmente poderiam ser credenciados para atendimento aos usuários particulares), e os Médicos contratados (autônomos) recebiam pelos atendimentos ou procedimentos realizados diretamente ao usuário, ou pelos diversos tipos de convênios privados (planos de saúde, seguros-saúde e Unimed), os profissionais de enfermagem, nutrição e outros entravam como contrapartida do hospital, só recebiam o salário do Estado e atendiam tanto aos usuários internados na modalidade particular como os usuários do SUS (LIMA, 2010, p. 381, 382).

A instituição privada de saúde se aproximou da estrutura empresarial capitalista porque foi pressionada pela concorrência para se modernizar e reduzir custos, de modo a ganhar mais pontos na disputa pela pequena fatia do mercado que podia consumir serviços caros. O critério central que orientava as decisões sobre a oferta de serviços, a estrutura da empresa e a política da força de trabalho foi o lucro. Desse modo, o hospital optou em cada momento, pela alternativa que proporcionava o melhor retorno financeiro sem que a busca do lucro aparecesse, claramente, como seu principal objetivo, porque isso resultaria em perda das vantagens concedidas pelo Estado, além de não ter um bom impacto junto à sociedade. A instituição privada pesquisada era um hospital *sem fins-lucrativos*, declarada de utilidade pública federal e estadual, caracterização que lhe permitia usufruir das prerrogativas constitucionais de isenção de impostos e de contribuição da parte patronal para a seguridade social; e ainda podia receber recursos do SUS, mas funcionava fundamentalmente segundo a lógica privada (LIMA, 2010, p. 383).

Entretanto, apesar da difusão das estratégias de qualidade pelo conjunto da cadeia produtiva, no que dizia respeito à utilização da força de trabalho empregada verificou-se uma grande assimetria nos ambientes produtivos, a convivência do trabalho flexível com o trabalho taylorista-fordista de produção. Na ponta virtuosa, que empregava os novos conceitos de produção para o trabalho flexível, diminuíam os postos de trabalho, e na ponta precária, há o trabalho mal pago, desqualificado, repetitivo, parcelado, organizado muitas vezes na forma de linha de montagem, e com a expansão da subcontratação, ou da superexploração da força de trabalho. Aqueles que conseguiam uma vaga foram submetidos ao aumento do ritmo de trabalho, à intensificação do controle, perda de benefícios, diminuição dos níveis salariais, precarização no emprego e elevação da incidência das doenças profissionais (LIMA, 2010, p. 383).

A sociedade capitalista perpetua o medo e impede a sua elaboração, como defendem Horkheimer; Adorno (1997, P. 112 apud Roggero;Laruccia (2009, P. 8). No trabalho, não basta fazer as coisas certas, pois da mesma forma que as pessoas têm de se manterem atualizadas, assim, empregáveis. Os executivos, mesmo que representem uma imagem mais camuflada da agonia, podem sofrer tanto quanto os trabalhadores menos qualificados, pois estão submetidos ao próprio poder que supostamente controlam. O trabalhador tem medo de perder o emprego ou de não consegui-lo; os empregados têm medo de perder as conquistas trabalhistas; o proprietário tem medo de investir seu capital de maneira errada; os executivos têm medo de serem rebaixados ou considerados apenas como uma força de trabalho cara para as empresas; e os representantes dos países têm medo das oscilações da Bolsa.

No estudo, desenvolvido por Pires (1998) apud Lima (2010, p. 384), foi verificado que a quase totalidade dos atendimentos eram privada, com pagamento direto pelos serviços, por meio de seguros-saúde, através de pagamento por empresas, mas vinculava-se ao Ministério da Saúde, no que dizia respeito à fiscalização e prestação de contas, fazendo parte do sistema de vigilância epidemiológica e recebendo do SUS em torno de 98% dos tratamentos de diálise peritoneal e hemodiálise. Segundo membros da direção do hospital, esses tratamentos eram pagos pelo SUS porque eram muito caros, de longo prazo e porque não eram pagos pelos convênios de saúde. O pagamento do SUS não era suficiente para a manutenção dos serviços, sendo esse o único setor deficitário do

hospital. No entanto, ele foi mantido porque, considerando-se o conjunto dos outros serviços que ele gerava (como internações, cirurgias, transplantes, etc., que eram pagos pelos usuários, diretamente ou através de convênios), o serviço acabava se autopagando. A área física, o material e os equipamentos eram propriedade do hospital, sendo remunerado diretamente pelos usuários e/ou convênios, pelas atividades desenvolvidas por todos os profissionais de saúde, pela utilização do espaço físico, pelos serviços oferecidos e pelos equipamentos e unidades especiais utilizados (LIMA, 2010, p. 384).

O atendimento médico nas unidades básicas – clínica médica e clínico-cirúrgica – era realizado por grupos médicos terceirizados, que prestavam serviço e recebiam do hospital pelo atendimento feito. O grupo poderia ser uma empresa do tipo capitalista ou uma cooperativa, e cada serviço tinha um contrato específico. Alguns serviços eram totalmente terceirizados, como o Centro de Diagnóstico por Imagem (radiologia, ultrassonografia e tomografia computadorizada), o Instituto de Radiodiagnóstico (rádio-oncologia), o Serviço de Neurofisiologia Clínica (eletroencefalografia, polissonografia) e o Serviço de *Check-Up*. Esses serviços mantinham com o hospital uma característica semelhante ao das terceirizações do setor industrial onde a terceirizada tem uma relação privilegiada com a empresa-mãe, mas tem autonomia para atender as demandas do mercado (LIMA, 2010, p. 384).

Enquanto a maioria dos profissionais de saúde e o pessoal técnico-administrativo e de apoio eram assalariados pelo hospital, 97,58% dos Médicos eram credenciados e 2,42% eram contratados pela CLT (trabalhavam principalmente na Unidade de Terapia Intensiva). Para o hospital, os Médicos credenciados eram vistos como clientes que utilizavam a sua estrutura e captavam usuários. Esperava-se que eles fossem tecnicamente capazes para captar usuários com bom poder aquisitivo, e que realizassem um atendimento de qualidade para que o hospital mantivesse o seu padrão para cobrar bem pelos serviços prestados. Todos os outros funcionários trabalham para atender dois tipos de clientes: os Médicos e os usuários (LIMA, 2010, p. 384).

O sistema capitalista, mesmo tendo sofrido transformações, ainda continua baseado no modelo industrial. Observa-se que a sociedade contemporânea é fundamentada no modelo industrial, e até mesmo as esferas da cultura, da subjetividade humana e do Estado são baseadas na produção e no consumo e,

portanto, no trabalho. A centralidade no trabalho não significa centralidade do emprego formal ou do sistema salarial, mas da propriedade privada, da lógica do lucro e do sistema produtor de mercadorias.

No hospital privado estudado, a opção para reduzir os custos não se deu por meio de uma estratégia de redução da força de trabalho em geral, nem de redução da força de trabalho qualificada, em particular. Muito ao contrário, para racionalizar a produção e maximizar os lucros, o hospital passou a investir pesadamente não só na terceirização, mas também em equipamentos de tecnologia avançada e na informatização dos setores, como forma de conseguir maior rendimento do trabalho; assim como na qualificação dos trabalhadores, com o objetivo de aumentar a resolubilidade das ações assistenciais. Representavam fundamentalmente estratégias empresariais de capacitação para disputar no mercado a fatia de usuários especiais, que poderiam pagar o alto valor dos custos envolvidos na produção desse cuidado. Nesse sentido, buscava se antecipar a concorrência mantendo, em quantidade suficiente e em condições de uso, os melhores equipamentos e tecnologia disponíveis no mercado, visando apresentar-se como referência em determinados procedimentos e com uma equipe qualificada (LIMA, 2010, p. 384).

O estudo descrito evidenciou que, no setor saúde o que se assistiu foi a edição de novas políticas de apoio e/ou tratamento fiscal diferenciado para as instituições privadas de saúde. Em 2004, sob pressão da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSa)⁴⁹ e da Frente Parlamentar da Saúde (FPS)⁵⁰, o governo federal retrocedeu no aumento da alíquota do COFINS de 7,6%, mantendo-a no patamar anterior de 3,0% para as instituições privadas de

⁴⁹ A CNSa - Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, criada em 1994, é uma entidade sindical de terceiro grau, o mais elevado existente na legislação sindical. Com sede no Distrito Federal, congrega atualmente 8 federações (FENAESS, FEHOSUL, FEHERJ, FEHOSPAR, FEHOESC, FEHOESG, FEBASE e FEHOESP) e 90 sindicatos de saúde, e representa todos os estabelecimentos de serviços de saúde (hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios de análises clínicas e patologia clínica, serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia, operadoras de planos de saúde, entre outros estabelecimentos do gênero). Tem como principal objetivo zelar pelos direitos e interesses do segmento de saúde junto aos órgãos governamentais e políticos do país. Compete à entidade defender os interesses coletivos ou individuais da categoria no que se refere a questões judiciais, administrativas e trabalhistas. Pertence exclusivamente à CNS a representatividade constitucional e legal de todos os estabelecimentos de serviços de saúde no Brasil. (CNSa, 2012).

⁵⁰ A FPS reúne 237 deputados e 23 senadores de todos os partidos políticos; foi criada em 1993 na Câmara dos Deputados e é uma das mais representativas e poderosa do Congresso Nacional. (FIOCRUZ, 2012).

saúde, hospitais, pronto-socorro, clínica médica, odontológica, de fisioterapia e fonoaudiologia, laboratórios de anatomia patológica, de análises clínicas, clínicas de diálise, raio X, radiodiagnóstico e radioterapia, quimioterapia e banco de sangue. (LIMA, 2010, p. 422).

Em 2006, criou-se uma fonte permanente de recursos para atender ao problema das dívidas com a Previdência Social, Fundo de Garantia e Receita Federal, e dos estabelecimentos privados filantrópicos com o governo: a Timemania, do total arrecadado desse concurso de prognóstico, 3% dos recursos foram para o Fundo Nacional de Saúde visando atender, exclusivamente, as Santas Casas de Misericórdia, as entidades hospitalares sem fins lucrativos e as entidades de saúde de reabilitação física de portadores de deficiência (LIMA, 2010, p. 422).

Outra modalidade de financiamento que continuaram a operar exclusivamente para as Santas Casas de Misericórdia e hospitais privados filantrópicos foi o Caixa Hospitais. Criado em 1998, esse programa governamental estimulou a formação de um circuito mais amplo, no qual as relações entre o público e o privado (Secretarias de Saúde e Hospitais Filantrópicos) confluíram para o sistema financeiro. Nessa modalidade de financiamento, os hospitais antecipavam os valores a receber do Ministério da Saúde (MS) pelos serviços ambulatoriais e internações hospitalares a realizar, obtendo financiamento com prestações fixas em 12, 24 ou 30 meses; um financiamento lastreado com recursos do MS, com a anuência das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Em 2007, a Caixa Econômica Federal (CEF) realizou 398 empréstimos no total de R\$ 551 milhões, o que impulsionou o crescimento da carteira de crédito da CEF para pessoas jurídicas e estimulou outros bancos, como Banco do Brasil, Banco Industrial, Banco Mercantil do Brasil, Nossa Caixa e Banrisul, a oferecerem programas de empréstimo semelhantes (LIMA, 2010, p. 422).

No final de 2008, com apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do MS, o Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES) lançou o Programa de Financiamento da Acreditação⁵¹ para os hospitais privados do país, por meio do

⁵¹ O Processo de Acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, e principalmente de educação permanente dos seus profissionais, entendido como uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético. Desde 1997, o Ministério da Saúde vem investindo em palestras de sensibilização, na criação e consensualização de padrões e níveis de qualidade, e na sistematização de mecanismos que garantam a credibilidade de todo o processo de maneira sustentável. (BRASIL, 2002, p. 11, 17).

Cartão BNDES. Como parte da política da ANS de fortalecimento dessas instituições, essa linha de crédito ofereceu taxas diferenciadas para os hospitais privados se prepararem para o processo de Acreditação Hospitalar. Aqueles que aderiram ao programa tiveram acesso a dois cartões (Mastercard e Visa) em três instituições financeiras diferentes: Banco do Brasil, CEF e Bradesco. Cada um desses bancos ofereceu um limite de R\$ 250 milhões em financiamento, o que permitiu um crédito total de até R\$ 750 milhões. Segundo a CNSa a instituição de saúde interessada em se acreditar poderia pagar os empréstimos em até 36 vezes, com taxa de juros fixas, sem custos de contratação ou anuidade e sem necessidade de seguro ou de garantias reais (LIMA, 2010, p. 422).

Em 2009, foi aprovada a nova Lei das Filantrópicas, Lei n. 12.101, de 27/11/2009, que ao mesmo tempo tornou mais rigorosa a concessão do certificado de filantropia e flexibilizou o percentual obrigatório de ocupação dos leitos para atendimento ao SUS. Segundo o dispositivo legal, para ser considerada benficiante e fazer jus à certificação, a instituição de saúde deverá comprovar o cumprimento de metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere celebrado com o gestor local do SUS e ofertar a prestação de serviços no percentual mínimo de 60% do atendimento, considerando o somatório das internações realizadas e dos atendimentos ambulatoriais prestados. (LIMA, 2010, p. 423).

Entretanto, o hospital filantrópico considerado de excelência pode, alternativamente, para dar cumprimento a essa determinação, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando termo de ajuste com o Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde e; desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. Outra mudança introduzida pela lei foi que os pedidos de concessão ou renovação da certificação, que, até então, eram solicitados ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e passaram a ser atribuição dos Ministérios ligados às atividades da instituição (LIMA, 2010, p. 423).

Essa política de flexibilização e diferenciação dos hospitais filantrópicos já estava sendo implementada desde 2002 através da criação da categoria *hospitais estratégicos*, essa forma de tratar determinados hospitais filantrópicos redefiniu de maneira radical a natureza da filantropia na saúde e subverteu as regras de subordinação público-privada. Esse conceito não apenas admitiu hospitais

categorizados como os melhores do setor privado como objeto de proteção fiscal, como também os credenciou e incentivou a liderar pesquisas e programas de capacitação e gestão de interesse público (LIMA, 2010, p. 424).

O Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, lançado em junho de 2009, radicalizou o processo de subordinação do público ao privado com o objetivo de mudar o modelo de gestão dos hospitais federais do estado, baseado numa administração atrelada a metas, resultados e qualidade, tal como ocorre nas instituições privadas, o que certamente possibilita avanços, mas o problema apontado nessa solução é a radicalização da lógica do lucro. O MS firmou termo de ajuste com seis hospitais privado-filantrópicos do país, reconhecidos por sua excelência nacional e internacional em termos de produção de conhecimentos especializados e experiências de gestão: Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP), Hospital do Coração (SP), Hospital Israelita Albert Einstein (SP), Hospital Samaritano (SP), Hospital Sírio-Libanês (SP) e o Hospital Moinho dos Ventos (RS), agora denominados *hospitais de excelência a serviço do SUS*, fazem parte do Comitê Executivo para a criação e organização da Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro (LIMA, 2010, p. 424).

Os *hospitais de excelência a serviço do SUS* selecionados pelo MS são todos associados à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), que foi criada durante o Brasil Top Hospital – 1º Fórum Nacional de Hospitais Privados, realizado em Brasília em 2001. Ela reúne hospitais privado-filantrópico e privado-privado considerados de excelência ou *top* de linha no Brasil. Ao todo, são trinta e nove empresas, estando a maioria situada na região Sudeste, principalmente no Estado de São Paulo. O que indica que a característica distintiva do setor privado de saúde é a sua organização em torno de um complexo assistencial em saúde, agregam em torno de si uma rede de serviços próprios e terceirizados, com atuação e especialização na área de alta complexidade, responsável pelos crescentes custos da atenção médico-hospitalar decorrente da incorporação de tecnologias de última geração, cujos procedimentos realizados têm uma remuneração mais elevada do que outros remunerados pelo SUS (LIMA, 2010, p. 429).

Esses hospitais-empresa se definem como empresas de alta complexidade tanto em termo de procedimentos como de tecnologias utilizadas, nas áreas de cardiologia, neurologia, pediatria, ortopedia, oncologia, gastroenterologia, urologia e nefrologia entre outros. Dentre os procedimentos e cirurgias de alta complexidade

oferecem: cirurgia cardíaca e neurológica, transplantes cardíaco, hepático, rim e medula óssea, procedimentos minimamente invasivos como: videocirurgia cardíaca, laparoscopia e artroscopia realizados com endoscópios de última geração, e atendimento a usuários politraumatizados (LIMA, 2010, p. 429).

Dentre os trinta e nove hospitais-empresa, 40,0% são privado-filantrópicos e 60,0% privado-privado, alguns fazem parte de *holding* que tem empreendimentos na área de *agrobusiness*, outros são vinculados a associações benéficas que desenvolvem diversas ações na área assistencial, inclusive proprietárias de outros hospitais, alguns estão organizados em rede como a Rede D'Or no Rio de Janeiro e a Rede Vita no Paraná e Rio de Janeiro. É comum reunirem em torno de si diversas empresas coligadas próprias ou terceirizadas na área de centros diagnósticos (laboratórios de análises clínicas e de diagnóstico por imagem), banco de sangue, fisioterapia, *home care*, transporte aéreo, lavanderia hospitalar e escolas, esse tipo de arranjo, de diversas estrutura é perfeitamente possível na lógica capitalista. (LIMA, 2010, p. 431).

O projeto arquitetônico arrojado e o padrão da hotelaria hospitalar são equivalentes aos melhores hotéis existentes, sendo considerado um diferencial em relação ao conjunto dos hospitais privados e uma forma de agregar valor ao empreendimento, alguns incorporam à sua estrutura empresarial um minisshopping com farmácia, livraria, lojas, bancos, praça de alimentação e heliponto; oferecem internet sem fio acessível em todo o hospital, inclusive nos quartos, serviços de gastronomia, estética, manicure, floricultura e correio; existe investimento importante na informatização dos processos administrativos, na integração via rede dos diversos setores da área assistencial e alguns hospitais preferem a adoção do prontuário eletrônico (LIMA, 2010, p. 431).

Em quase todos os hospitais existem ações de responsabilidade social, que são muito diversificadas, abrangendo atividades que vão desde parcerias com o Instituto Airton Senna e instituições benéficas, até ações diretas dirigidas aos funcionários e comunidades como: palestras; campanhas e feira da saúde; coleta seletiva e gerenciamento de resíduos; patrocínios de eventos esportivos e culturais, programas de voluntariado no interior do hospital; programas de saúde familiar comunitária e rastreamento de câncer de mama; atendimento clínico e cirúrgico a crianças carentes; cursos de capacitação para a empregabilidade; Projetos Menor

Aprendiz, Geração de Renda Escola Profissionalizante entre outras. (LIMA, 2010, p. 431).

Todas as empresas passam por processos periódicos de Acreditação através da Organização Nacional de Acreditação (ONA)⁵². No plano internacional, algumas empresas são acreditadas por instituições como a *Joint Commission International* (JCI)⁵³, *Telemedicine for the Mobile Society* (Temos)⁵⁴, *Vermont Oxford*⁵⁵, *Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (Niaho)⁵⁶ e

⁵² O processo de acreditação é voluntário e periódico realizado por Instituições Areditadoras Credenciadas (IAC's) pela ONA, tendo como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação. São elas: o Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços em Saúde (IPASS), a Fundação Carlos Alberto Vanzolini (FCAV), o Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde (IAHCS), a Det Norske Veritas (DNV), o Instituto Qualisa de Gestão (IQG), a Germanischer Lloyd Certification South America (GL), a British Standards Institution (BSI) e o Sistema Nacional de Acreditação Ltda (DICQ). Dependendo da avaliação as empresas podem ser classificadas em três níveis diferentes: nível 1 – acreditada (certificado com validade de 2 anos); nível 2 – acreditada pleno (certificado com validade de 2 anos) e; nível 3 – acreditada com excelência (certificado com validade de 3 anos). O serviço de acreditação abrange Farmácias, Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e Pronto Atendimento, Serviços de Assistência Domiciliar, Serviços de Hemoterapia, Serviços de Laboratórios, Serviços de Lavanderia Hospitalar, Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva, Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear, e Serviços Hospitalares. Nos serviços hospitalares que se concentram o maior número de ações, com 33 instituições acreditadas, 51 instituições acreditadas pleno e 42 instituições acreditadas com excelência, no total de 126 empresas certificadas, indicando assim que nem todos os hospitais-empresa acreditados existentes no país estão associados à ANAHP (LIMA, 2010, p. 432).

⁵³ Criada em 1994 pela The Joint Commission, a JCI tem presença em mais de 90 países, trabalha com organizações de cuidados de saúde, governos e defensores internacionais na promoção de padrões rigorosos de cuidados e oferta de soluções para atingir o máximo de desempenho. Seus especialistas ajudam as organizações a ajudarem a si mesmas de três maneiras: acreditação, educação e assistência técnica (JCI, 2012).

⁵⁴ A Telemedicina para a Sociedade Móvel (TEMOS) é uma rede global de hospitais para pessoas que utilizam a telemedicina através de *links* de satélite e terrestres para a troca de dados de usuários, consulta médica e educação em telemedicina. O Instituto de Medicina Aeroespacial, no Hospital Universitário de Aachen, na Alemanha, é o centro de referência mundial da TEMOS e líder do projeto. A ESA (Agência Espacial Européia) é uma organização intergovernamental com a missão de fornecer e promover a exploração do espaço de pesquisa, ciência e tecnologia e aplicações espaciais. O Ramo sul-americano da TEMOS é liderada pelo Brasil e atualmente está estabelecido na cidade de Porto Alegre (PUCRS, 2012).

⁵⁵O Vermont Oxford Network iniciado em 1988 (fazem parte mais de 700 unidades), é um grupo voluntário de colaboração de profissionais de saúde comprometidos com a melhoria da eficácia e eficiência dos cuidados para recém-nascidos e suas famílias por meio de um programa coordenado de projetos de pesquisa, educação e de melhoria da qualidade. Em apoio a estas atividades, a rede mantém um banco de dados clínicos de informações sobre recém-nascidos de muito baixo peso, que inclui pesquisas e resultados de ensaios clínicos randomizados. O objetivo da pesquisa de resultados da rede é identificar e explicar as variações na prática clínica para responder questões práticas de grande importância para os profissionais e famílias. A melhoria da qualidade é um grande foco da Rede, os membros recebem relatórios confidenciais trimestrais e anuais, com base no banco de dados da rede, para documentar seu desempenho e comparar as práticas e resultados de sua unidade com os de outras unidades dentro da rede (PUBMEB, 2012).

*Accreditation Canada*⁵⁷. A busca pela certificação parece ser uma tendência visando agregar valor ao empreendimento e abrir novos nichos de mercado. Isso pressupõe uma reestruturação hospitalar que abrange a reorganização da assistência, com a padronização de procedimentos de enfermagem; adoção de protocolos clínicos e prontuário eletrônico; informatização e a organização em rede dos serviços assistenciais; incorporação de pessoal com escolaridade mais elevada. Abrange a reorganização do espaço hospitalar, em termos de hotelaria e fluxo de pessoas, da administração corporativa de produtos e processos, a terceirização de serviços e a adoção de novas práticas como *day clinic* e *home care* (LIMA, 2010, p. 431).

No entanto, a grande preocupação com a Acreditação Hospitalar dessas empresas parece estar ligada não só com o fato de serem reconhecidas como entre os melhores hospitais no âmbito nacional e/ou internacional, e em termos de

⁵⁶ A DNV Internacional de Acreditação foi construída sobre os padrões de Integração Nacional de Acreditação das Organizações de Saúde (NIAHO), com adaptações apropriadas para locais, requisitos legais e funcionais. Essa Acreditação possui impacto global, tendo sido aplicada em hospitais do Brasil, Itália e China, fornece uma referência de qualidade de atendimento que pode ser confiável por usuários em todo o mundo. O núcleo da DNV Acreditação Hospitalar nos Estados Unidos e internacionalmente é o NIAHO, com padrões de plataforma criados pela DNV em 2008, para os hospitais norte-americanos. A acreditação não é uma inspeção, mas um catalisador para a qualidade e segurança do paciente, a NIAHO integra requisitos com base nas condições americanas internacionalmente reconhecidas: ISO 9001, ISO 14001 e ISO 27001, e os padrões internacionais de atendimento. Essa abordagem ajuda as organizações de saúde a atingirem a máxima eficácia e eficiência, com melhores clínicas de desempenho, com resultados financeiros de processos e operacionais (DNV, 2012).

⁵⁶ A DNV Internacional de Acreditação foi construída sobre os padrões de Integração Nacional de Acreditação das Organizações de Saúde (NIAHO), com adaptações apropriadas para locais, requisitos legais e funcionais. Essa Acreditação possui impacto global, tendo sido aplicada em hospitais do Brasil, Itália e China, fornece uma referência de qualidade de atendimento que pode ser confiável por usuários em todo o mundo. O núcleo da DNV Acreditação Hospitalar nos Estados Unidos e internacionalmente é o NIAHO, com padrões de plataforma criados pela DNV em 2008, para os hospitais norte-americanos. A acreditação não é uma inspeção, mas um catalisador para a qualidade e segurança do paciente, a NIAHO integra requisitos com base nas condições americanas internacionalmente reconhecidas: ISO 9001, ISO 14001 e ISO 27001, e os padrões internacionais de atendimento. Essa abordagem ajuda as organizações de saúde a atingirem a máxima eficácia e eficiência, com melhores clínicas de desempenho, com resultados financeiros de processos e operacionais (DNV, 2012).

⁵⁷ A metodologia internacional de excelência - QMentum International, orienta e monitora os padrões de alta performance em qualidade e segurança. Utiliza critérios internacionais com validação mundial. No Brasil, a Accreditation Canadá desenhou uma Joint Venture com o IQG para implantação e manutenção desta metodologia internacional. A Acreditação Canadense abre caminho às instituições de saúde brasileiras para buscar seu posicionamento em par de igualdade com as melhores instituições internacionais e cria oportunidades únicas de troca de benchmarking. As inovações da metodologia QMentum International está na utilização de novas ferramentas de avaliação para o fechamento do juízo de valor. Toda a metodologia está alinhada aos princípios da Governança Clínica, o que possibilita o acompanhamento dos indicadores de desempenho e resultados através de uma plataforma customizada. Orientações de especialistas internacionais dão suporte a metodologia e garantem um processo contínuo de melhorias e introdução de inovações (IQG, 2012).

organização e qualidade de atendimento, mas também com a possibilidade de ser credenciada para prestar atendimento a estrangeiros. Uma forma de atendimento que pode ser permanente aos domiciliados no país e/ou eventual, e aos que estejam em trânsito e que necessitem de socorro, ou do que vem sendo denominado de *turismo da saúde*. Uma modalidade de prestação de serviços que tem se desenvolvido no país, visando atender usuários que vem especialmente se submeter a determinados procedimentos e cirurgias, no qual os custos são reconhecidamente mais acessíveis do que em seus países de origem (LIMA, 2010, p. 431).

A multiconvenialidade com diversos planos e seguros de saúde nacionais é outra característica de todos os hospitais-empresa, dirigindo-se preferencialmente ou quase exclusivamente aos segmentos de melhor renda, portadores de planos executivos que permitem acesso a quartos individuais e às tecnologias de ponta. (LIMA, 2010, p. 433).

As áreas de pesquisa e ensino, a constituição de Comissão de Ética em Pesquisa e Serviço de Telemedicina também estão presentes. O desenvolvimento da pesquisa clínica e/ou experimental está concentrada principalmente em São Paulo nos seguintes hospitais: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Sírio-Libanês, e em Porto Alegre no Hospital Moinho dos Ventos. Envolvem estudos em diversas áreas do conhecimento como: oncologia, cardiologia, neurociências, medicina de urgência, hipertensão, diabetes, obesidade, genoma humano, células tronco e terapia celular. Entretanto, considerando o conjunto dos trinta e nove hospitais-empresa, o levantamento indica que o hospital não precisa necessariamente realizar pesquisas diretamente, mas constituir Comitê de Ética em Pesquisa visando potencializar a realização destas no seu interior, o que pode agregar *status* e servir para a atualização dos seus quadros profissionais. Contudo, da forma como isso vem ocorrendo, parece ser complicado e o que futuramente poderá significar para os usuários dos serviços de saúde. (LIMA, 2010, p. 433).

O ensino é uma característica extremamente variável, mas todos os hospitais realizam cursos de nível básico e/ou superior, em suas diversas modalidades, seja como forma de manter a atualização em termos tecnológicos e de procedimentos terapêuticos, seja para a formação de quadros profissionais. Nessa área, a maioria dos hospitais desenvolvem cursos de atualização e aperfeiçoamento através dos Centros de Estudos ou Centros/Institutos de Ensino e Pesquisa, outros

desenvolvem também programas de residência médica e cursos de Pós-Graduação *latu sensu*. O Grupo Nossa Senhora de Lourdes e o Hospital Israelita Albert Einstein, ambos em São Paulo, são proprietários de Escola Técnica de Saúde que oferece cursos técnicos em diversas áreas, inclusive Enfermagem; o Hospital Moinho de Ventos, em Porto Alegre, e o Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, mantém Escola de Enfermagem. Além da Escola Técnica, o Hospital Israelita Albert Einstein tem curso de graduação e Pós-graduação em Enfermagem e o Hospital Pró-Cardíaco, no Rio de Janeiro, mantém o Programa *Trainee* para Enfermeiro, Fisioterapeuta e Nutricionista recém graduados, o único que tem Universidade Corporativa em Saúde é o Hospital Filantrópico Mãe de Deus, em Porto Alegre.

Existe uma proposta de criação da Fundação Pública de Direito Privado na área de saúde, em discussão no Congresso Nacional (PL n. 92, de 4/6/2007), proposta que foi rejeitada pela XIII Conferência Nacional de Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), mas que, por motivos diferentes, encontrou apoio tanto no setor privado como entre os quadros históricos do movimento da Reforma Sanitária (LIMA, 2010, p. 428).

Para o CNS não é necessário criar um novo ente jurídico para fortalecer o SUS, apesar da proposta prever a realização de concurso público, nada garante a sua realização diante das práticas de terceirização que também foram utilizadas como forma de burlar essa regra constitucional. O regime de contratação pela CLT abole a estabilidade no serviço público, ao prometer salários de mercado, a proposta só aprofunda e institucionaliza uma situação existente de gritantes diferenças de remuneração entre os serviços e dentro de uma mesma categoria profissional num processo que desqualifica, desmotiva e desestimula a imensa maioria dos trabalhadores, comprometendo a qualidade do serviço prestado (LIMA, 2010, p. 428).

O capital tem lançado mão de novas formas de uso do trabalho que envolveram mudanças tecnológicas, organizacionais e gerenciais, processo marcado por alterações nas relações trabalhistas como: terceirização; desregulação, Nesse contexto, pregar a primazia das forças produtivas, sem levar em conta as contradições dessa expansão, significa concebê-las com um valor em si e realizá-las de modo mecânico. A irracionalidade manifesta-se quando "o mais alto desenvolvimento das forças produtivas coincide com a opressão e a miséria totais"

(MARCUSE, 1978, p. 285). Essa pressão e essa miséria se manifestam de formas diferentes, nas diversas frações de classe, mas estão lá, em todas as classes.

O entendimento dessa dinâmica exige a análise sobre a ligação estreita entre as forças produtivas e as relações de produção. De acordo com Adorno (1986, p. 69), "demasiado otimista era a expectativa de Marx de que seria historicamente certo um primado das forças produtivas, que necessariamente romperia as relações de produção". A necessidade do aumento da produção levou tanto à estagnação das relações de produção antigas quanto à implementação de novas relações de produção. Com as recentes demandas do capital, apareceu "a predominância das relações de produção sobre as forças produtivas, que, porém, há muito desdenham as relações" (ADORNO, 1986, p. 70). As relações de produção têm prioridade, e em geral são descoladas das condições que as criaram, "e mais do que nunca, as forças produtivas estão sendo mediadas pelas relações de produção, de um modo tão completo, que estas aparecem exatamente por isso como segunda natureza" (ADORNO, 1986, p. 71).

A proposta das Fundações aponta para planos de cargos e salários por fundação o que, segundo o CNS, não é compatível com a defesa de uma carreira que valorize todos em todos os serviços. As Fundações propostas também não garantem a extinção das práticas clientelistas para a ocupação de cargos de gestão, a partir dos critérios usualmente utilizados de partidarização e da falta de qualificação técnica dos ocupantes, inaceitável num serviço público imenso, transparente e democrático. Ao contrário dos argumentos utilizados para a criação dessas Fundações de que a administração pública brasileira é engessada, rígida e burocrática, na avaliação do CNS ela é uma das mais avançadas, pois permite relativa autonomia dos serviços e contratação de trabalhadores por tempo determinado na impossibilidade de realização de concurso público (LIMA, 2010, p. 428).

A questão marcante da presença do neoliberalismo no SUS ocorreu pela redefinição do papel do Estado, e da sua função anterior de produtor e executor direto de bens e serviços, para a de Estado Gerencial, a partir da segunda metade dos anos 1990, com a função de regular, promover e coordenar o desenvolvimento em parceria com o mercado e com organismos da sociedade civil, um projeto denominado atualmente de novo desenvolvimentismo.

Nesse cenário de *reconstrução do Estado* e de reorganização da política brasileira, construiu-se o conceito de público não estatal, que naturalizou a privatização das instituições públicas de saúde, tornando indiferente se a oferta desses serviços é pública ou privada, na medida em que se tornam serviços não exclusivos do Estado ou serviços sociais competitivos, da mesma forma que vai configurando um processo no qual a privatização vai se tornando uma política de Estado. Essa é uma perspectiva que se materializou com o governo Fernando Henrique Cardoso, se manteve no governo Lula da Silva, e se mantém no atual governo Dilma.

A partir desse quadro de referência da contrarreforma inconclusa do SUS, que não foi mais radical porque o direito à saúde não chegou a ser desconstitucionalizado nos anos 1990 (o que por sua vez não impediu o avanço da privatização do sistema de saúde brasileiro), com a organização do setor privado de serviços de saúde no país, e os novos rumos que começaram a se esboçar para a formação profissional de enfermagem. Com novas bases e diferentes formas, o processo de privatização teve continuidade por meio de diversas políticas governamentais de apoio ao setor privado, como a criação das Organizações Sociais e Fundações Privadas, das múltiplas formas de terceirização de serviços e associação com planos de saúde no interior das instituições públicas.

O que se observa nesse modelo hegemônico de neoliberalismo está fundamentado no enfraquecimento dos Estados nacionais, pela globalização financeira e produtiva, pela ideologia que objetiva a minimização da máquina Estatal e a maximização do mercado como organizador da vida política. No campo da saúde pública, é indiscutível o papel positivo que cumpriram algumas iniciativas estabelecidas pelas ONGs, mas há também experiências malsucedidas; as reformas neoliberais dos sistemas de saúde, com o mal estar que delas decorre, costumam lançar mão dessas organizações como ferramenta para o aumento da eficiência do sistema. A viabilidade dessas OS está assentada sobre recursos financeiros e orientações gerais do setor público, e a existência dessa filantropia reformada no campo da saúde pública depende do Estado e poderá falecer sem ele.

No campo das tensões entre interesses comerciais e acesso a bens e serviços de saúde em nível mundial, o mal-estar está vinculado à fragilização do multilateralismo como modalidade de solução de controvérsias entre países. No Brasil, o mal-estar está ligado às vicissitudes do SUS, o acesso a bens e serviços de

saúde, a estratégias comerciais antiéticas, ao subfinanciamento e às debilidades na gestão. O presente mal-estar, além de projetar um possível desastre sanitário, caso aumentem as dificuldades atuais, poderão ter um significado sociopolítico de imenso retrocesso no campo das conquistas cidadãs, a tensão entre o acesso a dispositivos de proteção à saúde e os interesses comerciais, em particular o acesso aos produtos industriais.

1.5 Perfil Epidemiológico do Processo Saúde-Doença

Essa seção objetiva mapear o perfil epidemiológico do processo saúde-doença, julgamos ser relevante o mapeamento dessa situação, como ponto de partida para compreender o perfil requerido para o profissional de saúde, na medida em que a formação desse profissional deve fornecer subsídios de atuação no cenário epidemiológico instalado.

Nas últimas três décadas, o Brasil experimentou sucessivas transformações nos determinantes sociais das doenças e na organização dos serviços de saúde. Entre 1970 e 2000, o país passou por uma transição demográfica, que interferiu conjuntamente com as transições epidemiológicas e nutricionais, nas mudanças nas taxas de mortalidade e morbidade: a proporção de pessoas com mais de 60 anos (10% em 2009) dobrou e a urbanização aumentou de 55,9% para 80%. As taxas de fertilidade diminuíram (de 5,8 em 1970 para 1,9 em 2008), assim como a mortalidade infantil (de 114 por 1.000 nascidos vivos, em 1970, para 19,3 por 1.000 nascidos vivos, em 2007), a expectativa de vida ao nascer aumentou cerca de 40%, chegando aos 72,8 anos, em 2008 (PAIM et al. 2011, p. 16).

Nesse período, os coeficientes de mortalidade infantil foram substancialmente reduzidos, com taxa anual de decréscimo de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 e 4,4% no período 2000-2008, atingindo vinte mortes por 1.000 nascidos vivos em 2008. As mortes neonatais foram responsáveis por 68% das mortes infantis. *Déficits* de altura entre crianças menores de 5 anos diminuíram de 37%, em 1974-1975, para 7%, em 2006-2007. As diferenças regionais referentes aos *déficits* de altura e à mortalidade de crianças foram igualmente reduzidas. O acesso à maioria das intervenções de saúde dirigidas às mães e às crianças foi substancialmente ampliado, quase atingindo coberturas universais, e as desigualdades regionais de acesso a tais intervenções foram notavelmente

reduzidas. A duração mediana da amamentação aumentou de 2,5 meses nos anos 1970 para 14 meses em 2006-2007. Estatísticas oficiais revelaram níveis estáveis de mortalidade materna durante os últimos quinze anos, e estimativas baseadas em modelos estatísticos indicam uma redução anual de 4%. Uma tendência que pode não ter sido observada nos dados de registro devido às melhorias no sistema de notificação de óbitos e a ampliação das investigações sobre óbitos de mulheres em idade reprodutiva (VICTORA et al., 2011, p. 36).

Existem desigualdades geográficas e sociais nas taxas de morbidade e mortalidade. Em 2006, a taxa de mortalidade infantil da região Nordeste era 2,24 vezes mais alta do que a da região Sul, embora essa desigualdade tenha diminuído. No Brasil, as pessoas que identificam sua etnia ou cor da pele como parda ou preta tendem a pertencer a grupos de renda mais baixa e menor escolaridade, e existem desigualdades nas condições de saúde (como a prevalência de hipertensão, anemia falciforme, diabetes, problemas de saúde mental, miomas uterinos) entre pessoas de diferentes etnias. Entretanto, no caso de outros indicadores, como a autoavaliação do estado de saúde, os desfechos são essencialmente semelhantes, após o ajuste para a posição socioeconômica, fato esse que por si só revela a discriminação racial (PAIM et al. 2011, p. 18).

Apesar da redução considerável no número de mortes causadas por doenças infecciosas nas últimas seis décadas, elas continuam sendo um problema de saúde pública no Brasil. O controle de doenças como a Cólica, Doença de Chagas e doenças que podem ser prevenidas pela vacinação tem obtido êxito por meio de políticas públicas eficientes e de esforços concertados dos diferentes níveis de governo e da sociedade civil. No caso dessas doenças, as políticas trataram dos determinantes críticos como: qualidade da água; saneamento básico e, controle do vetores, que também proporcionaram acesso aos recursos de prevenção como as vacinas e, obtiveram êxito na integração das políticas de saúde com as políticas sociais mais amplas (BARRETO et al., 2011, p. 15).

No ano 2000, apenas 19% da população morava em áreas rurais, com a maior parte da carga das doenças infecciosas observada entre os residentes de áreas urbanas. Entre 1980 e 2007, a proporção de residências com acesso à água encanada aumentou de 52% a 84% (93% em áreas urbanas), e a proporção com acesso a saneamento ou à fossa séptica cresceu de 25% para 74%. Essas mudanças aconteceram em um período de muita desigualdade social – situação

comum ao longo da maior parte da História do Brasil. Tal nível de progresso teve algumas consequências negativas, como o aumento do volume de desmatamento para possibilitar atividades agroindustriais ou a extração de produtos básicos e *commodities* (BARRETO et al., 2011, p. 52).

Além disso, o aumento na mobilidade da população expandiu as áreas de transmissão de algumas doenças endêmicas (ex. febre amarela hemorrágica brasileira, hantavirose), e fez doenças anteriormente restritas às áreas rurais aparecerem em áreas urbanas (ex., leishmaniose visceral e hanseníase), doenças que haviam sido anteriormente bem controladas foram reintroduzidas no Brasil como a dengue, e doenças que passaram por mudanças epidemiológicas reduzindo a efetividade das ações de controle (ex. leishmaniose visceral e cutânea, hepatite C) (BARRETO et al., 2011, p. 52).

A reintrodução do *Aedes aegypti* em 1976 resultou em epidemias sucessivas de dengue desde 1986; a pandemia de cólera dos anos 1990 e a rápida difusão do vírus H1N1, em 2009, são exemplos de infecções que ganharam dimensões internacionais e que afetaram o Brasil (BARRETO et al., 2011, p. 52).

As reduções na mortalidade de algumas doenças nem sempre foram acompanhadas por uma redução similar na incidência; a tuberculose e o HIV/AIDS ainda são um problema de saúde pública em muitas regiões do país, apesar das substanciais quedas nas taxas de mortalidade, desde meados dos anos 1990; dessa forma, uma proporção considerável (13%) dos recursos alocados para saúde continua sendo gasto com doenças infecciosas (BARRETO et al., 2011, p. 52-53).

Embora a proporção do total de mortes causadas por elas tenha caído de 50% para 5% ao longo dos últimos 80 anos, essa redução tem sido mais pronunciada em algumas doenças infecciosas do que em outras. A grande parcela das mortes por doenças infecciosas no Brasil é causada por infecções respiratórias, e as mortes por tais infecções se tornaram mais comuns em adultos do que em crianças. Houve algumas reduções pronunciadas na mortalidade proporcional por doenças específicas – ex., diarreias, doenças preveníveis por vacina e pneumonia em crianças. As mortes por HIV/AIDS cresceram a partir de meados da década de 1980, a dengue apareceu como uma causa importante de morte, o número de mortes por Tuberculose e Doença de Chagas permaneceu estável. A distribuição das causas de morte por doenças infecciosas mudou na direção de um padrão mais próximo do observado em países desenvolvidos, especialmente no que se refere à

predominância de pneumonia em populações adultas e idosas (BARRETO et al., 2011, p. 52).

As doenças que tiveram insucesso no controle (tal como a dengue e a leishmaniose visceral) são transmitidas por vetores com perfis epidemiológicos variados e que encontram grandes dificuldades de tratamento (no caso da dengue, não há tratamento disponível). As doenças que tiveram êxito parcial têm padrões de transmissão complexos relacionados a determinantes ambientais, sociais, econômicos ou a fatores desconhecidos; são, às vezes, transmitidas por insetos vetores de difícil controle; em sua maioria, são doenças crônicas com longos períodos de infecção e que requerem tratamentos prolongados (BARRETO et al., 2011, p. 15).

As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte, seguidas pelas neoplasias e por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito). Estima-se que 40 a 50% dos brasileiros com mais de 40 anos sejam hipertensos e que 6 milhões sejam diabéticos, o que representa um enorme desafio para um sistema de saúde que está organizado predominantemente para oferecer cuidados a enfermidades agudas (PAIM et al., 2011, p. 16).

A prevalência de sobre peso e de obesidade está aumentando; 47,3% dos homens que vivem nas capitais brasileiras estão acima do peso; contudo, cerca de um terço das famílias afirmam não dispor de comida suficiente para se alimentar. Embora apenas 19% dos adultos, nas capitais, declarem comer uma quantidade suficiente de frutas e legumes (cinco porções de frutas ou suco de frutas e legumes por dia, cinco dias por semana ou mais), outros dados apontam que a qualidade da dieta da população parece estar melhorando com o tempo, mas a prática de atividade física é baixa nas capitais (PAIM et al., 2011, p. 16).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil, 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. Representam a principal fonte da carga de doença, e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. A morbidimortalidade causada pelas DCNT é maior na população mais pobre. Apesar da mortalidade bruta causada pelas DCNT ter aumentado 5% entre 1996 e 2007, a mortalidade padronizada por idade diminuiu 20%. A diminuição ocorreu particularmente em relação às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas,

em conjunto com a implantação bem sucedida de políticas de saúde que levaram à redução do tabagismo e à expansão do acesso à atenção básica em saúde.

Todavia, a prevalência de diabetes e hipertensão está aumentando, paralelamente à prevalência de excesso de peso; esses aumentos estão associados a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física. O Brasil tem posto em prática importantes políticas de prevenção das DCNT, e a mortalidade por DCNT ajustada por idade vem diminuindo 1,8% ao ano. As tendências adversas da maioria dos fatores de risco trazem um enorme desafio e demandam ações e políticas adicionais e oportunas, especialmente as de natureza legislativa e regulatória e aquelas que fornecem atenção custo-efetiva a condições crônicas para indivíduos afetados por DCNT (SCHMIDT et al., 2011, p. 65).

Estratégias que envolvam um aumento na discussão e planejamento intersetoriais são necessárias para implementar e intensificar intervenções que possam ajudar a criar um ambiente propício às escolhas saudáveis de estilo de vida, como, por exemplo, reduzir o teor de sal dos alimentos e restringir a propaganda de alimentos não saudáveis para crianças; atenção especial deve ser dada aos períodos críticos (gravidez, primeira infância e adolescência). Conjuntamente com essas ações, o SUS precisa ser fortalecido para oferecer assistência aos portadores de DCNT mediante modelos de atenção a condições crônicas, e com base em experiências locais; expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família; acesso ampliado a medicamentos; maior comunicação entre a atenção básica e outros níveis de cuidado; integração entre ações programáticas para doenças crônicas e outras em andamento, tais como as relacionadas à saúde da mulher e HIV/AIDS; aperfeiçoamento da detecção imediata e tratamento de indivíduos com câncer curável (SCHMIDT et al., 2011, p. 75).

Vínculos com instituições acadêmicas precisam ser expandidos, para uma agenda de pesquisas adequadamente direcionadas, e engajadas no planejamento e nas avaliações em todos os níveis e no treinamento dos profissionais de saúde. A avaliação da tecnologia em saúde também necessita ser expandida, de forma a fornecer uma base sólida para seleções apropriadas de novos programas e ações em saúde pública, dispositivos e testes diagnósticos (SCHMIDT et al., 2011, p. 75).

O tabagismo diminuiu em virtude do Programa Nacional de Controle do Tabaco; em 2008, 17,2% da população fumava, em comparação com 34,5% em 1989, quando o programa teve início. O abuso do álcool é outro desafio; 17,6% das

pessoas com 15 anos de idade ou mais afirmam passar por episódios de ingestão excessiva de bebida alcoólica (PAIM et al., 2011, p. 16).

Embora existam sinais de declínio, homicídios, lesões e óbitos relacionados ao trânsito no Brasil representam quase dois terços dos óbitos devidos a causas externas. Em 2007, a taxa de homicídios era de 26,8 por 100.000 pessoas e a mortalidade relacionada ao trânsito era de 23,5 por 100.000 pessoas. A violência doméstica talvez não leve a tantos óbitos na população adulta, mas sua parcela de morbidade relacionada ainda é grande. Esses são importantes problemas de saúde pública que levam a enormes custos individuais e coletivos. Homens jovens, negros e pobres são as principais vítimas e os principais agressores na comunidade, ao passo que mulheres e crianças negras desfavorecidas são as principais vítimas da violência doméstica. As diferenças regionais são também significativas (REICHENHEIM et al., 2011, p. 79).

Além dos determinantes socioculturais, parte da violência no Brasil tem sido associada ao uso indevido de álcool e drogas ilícitas e à ampla disponibilidade de armas de fogo. As altas taxas de morbidade e mortalidade relacionadas ao trânsito no Brasil estão ligadas ao modelo escolhido de sistema de transporte, que deu prioridade às estradas e ao uso de carros particulares, sem oferecer a infraestrutura adequada. Tal sistema está frequentemente mal preparado para lidar com as infrações às regras de trânsito. Em resposta aos maiores problemas de violência e lesões, o Brasil propôs muita coisa em termos de legislação e planos de ação. O principal desafio é avaliar esses mecanismos para identificar, estender, integrar e manter os que oferecem melhores resultados (REICHENHEIM et al., 2011, p. 79).

As razões para o progresso alcançado nas ações de saúde incluem: modificações socioeconômicas e demográficas (crescimento econômico, redução das disparidades de renda entre as populações mais ricas e mais pobres, urbanização, melhoria na educação das mulheres e redução nas taxas de fecundidade); intervenções externas ao setor de saúde (programas condicionais de transferência de renda e melhorias no sistema de água e saneamento); programas verticais de saúde nos anos 1980 (promoção da amamentação, hidratação oral e imunizações); criação do SUS, mantido por impostos e contribuições sociais, cuja cobertura foi expandida para atingir as áreas mais pobres do país por intermédio da Estratégia Saúde da Família, na metade dos anos 1990; a implementação de vários

programas nacionais e estaduais para melhoria da saúde e nutrição infantil, e em menor grau, para a promoção da saúde das mulheres (VICTORA et al., 2011, p. 36).

Apesar dos muitos progressos, desafios importantes ainda persistem, incluindo a medicalização abusiva, os quase 50% dos nascimentos que ocorrem por parto cesariana, mortes maternas causadas por abortos inseguros, alta frequência de nascimentos pré-termo e gestação na adolescência, juntamente com as altas taxas de infanticídio (VICTORA et al., 2011, p. 36).

A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos ainda é sete vezes maior que em países com os menores coeficientes, e a prevalência de *déficit* de altura é três vezes maior que a encontrada em populações bem nutridas, indicando a necessidade de novos avanços. Um desafio importante é como alcançar as populações de mais difícil acesso, como, por exemplo, os indivíduos que vivem em áreas rurais da Amazônia e da região Nordeste e aqueles que residem em 10% dos municípios brasileiros onde não há Médicos (VICTORA et al., 2011, p. 48).

As modificações nos padrões de morbidade apresentam importantes diferenças em relação ao que tem sido observado para as taxas de mortalidade. A principal delas diz respeito à persistência de altas taxas de prevalência às doenças infecciosas, ao lado da reintrodução ou recrudescimento de algumas doenças desse grupo, que não se constituíam em importantes agravos à saúde da população. Doenças como dengue e cólera foram reintroduzidas recentemente no país, expandindo-se para grandes áreas do território. A morbimortalidade por causas externas tem atingido, principalmente, os jovens e a população em idade produtiva - sejam nos acidentes de trânsito, nos conflitos, nos homicídios ou suicídios.

O predomínio das doenças crônicas não transmissíveis como causa de morte, o recrudescimento de antigas doenças, porém com novas características, se configuram como grandes questões de saúde da população para as quais o instrumental científico-tecnológico, por si só, não oferece respostas, dada a sua complexidade. Estas são questões significativas que desafiam a pensar a saúde sob a ótica do desenvolvimento, e também do Mal-Estar da condição humana.

Dados estatísticos sobre as principais causas de internação no SUS apontam gravidez, parto e puerpério (24%), doenças do aparelho respiratório (16%), e do aparelho circulatório (10%). Esses dados evidenciam a necessidade de se delinearem estratégias e implementarem ações no campo da saúde capazes de

apontar para a construção de soluções para os problemas complexos que são vivenciados pela população.

A promoção da saúde como campo conceitual, metodológico e instrumental, ainda está em desenvolvimento e traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde: parte da saúde, em seu conceito amplo, discute a busca da qualidade de vida, pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e a mobilização da sociedade, trabalha com o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça a necessidade de planejamento, e ação consistente do poder local.

Uma das características do perfil de saúde das sociedades é a forma dinâmica e intensa com que ele se transforma em períodos de tempo relativamente curtos. Assim, as últimas décadas, da mesma forma que foram caracterizadas por importantes mudanças na vida econômica e social do país, apresentaram também importantes mudanças nas condições de vida e de saúde da população.

Portanto, se por um lado as evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à ideia hegemônica da sua determinação genética e biológica, por outro, o sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o *frenesi* da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas; de outra forma, ainda, algumas características da situação sanitária brasileira revelam os limites das primeiras evidências e passam a exigir esforços e análises diferenciados no sentido de entender esta complexa e paradoxal situação, bem como as suas implicações para as políticas de saúde.

Ocorreu um aumento significativo da participação das doenças crônico-degenerativas na composição da mortalidade, a doença cerebrovascular aguda mal definida representou a principal causa básica de óbito, entre as causas diagnosticadas, seguida do infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e diabetes mellitus.

Para as neoplasias malignas, as principais localizações, no sexo masculino foram traqueia, brônquios e pulmão, seguido de estômago, enquanto que para o sexo feminino, destacaram-se as localizações em mama, estômago e colo de útero.

Entre as causas externas destacam-se os acidentes de trânsito por veículo a motor, e homicídio por arma de fogo, sendo esta última a que apresentou as maiores taxas de crescimento no decorrer da última década.

Ressaltamos que houve uma tendência de lenta redução dessas taxas, contudo, persistem ainda em níveis bastante elevados nas regiões Nordeste e Norte do país, refletindo as desigualdades regionais. Ao lado da redução gradual desse grupo de patologias, observamos o crescimento de uma série de outras doenças como a malária, as leishmanioses, a tuberculose (pode ser em parte justificada pela rápida disseminação do HIV); a expansão da dengue e hanseníase, a persistência da esquistossomose, e a endemização da cólera, agravos esses apresentados principalmente na região Nordeste.

Nesse quadro encontram-se duas realidades completamente distintas: a) a lógica dos serviços particulares de saúde voltada para o capital, em que existem clientes/consumidores com toda a tecnologia de última geração a seu dispor, com toda a infraestrutura dos recursos hoteleiros, como uma empresa bem administrada onde não se podem perder clientes; e b) os serviços públicos de saúde, em que muitas vezes a situação é oposta, não faltando avisos de que não existem vagas, de que falta algum tipo de especialidade médica, geralmente, carência de recursos humanos e materiais. Nesses casos, o que se tem é um paciente que padece sem encontrar respostas às suas dúvidas, aos seus anseios, sentimentos, enfim, às suas necessidades, e normalmente não lhe é permitido nem o direito de falar, de se expressar.

Os dados estatísticos acima apresentados evidenciam que, nas últimas décadas, ocorreu uma melhora significativa dos indicadores de saúde do país, porém, esta melhora foi constatada de forma divergente entre as classes sociais, ampliando a sua desigualdade já acentuada pelas diferenças regionais e sociais. Essa divergência pode ser observada da seguinte forma: regiões onde os grupos sociais são privilegiados economicamente, a melhoria dos indicadores de saúde foi acompanhada. Nesse cenário, as políticas públicas sociais e econômicas são necessárias para tentar diminuir as iniquidades apontadas, ao menos, na área da saúde.

1.6 O Cuidar - Reconhecendo sua Significação

A Fábula Mito do Cuidado

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil. (BOFF, 1999, p. 46).

A fábula que abre essa seção remete aos vários conceitos que o cuidar possa ter em âmbito social; segundo Rocha e Almeida (2000, p. 96), a enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes.

Nesse sentido:

Este profissional atua como cuidador, defensor, educador e gerente, pois, auxilia na recuperação fisiológico-emocional do cliente, fornece informações sobre seus direitos legais frente à assistência prestada, explica aos usuários conceitos e fatos sobre sua saúde e é responsável em coordenar as atividades de outros membros da equipe. (POTTER; PERRY, 2005, p. 20)

Sendo assim, diante do perfil epidemiológico do processo saúde-doença, e dos indicadores de saúde (recursos humanos e cobertura) apresentados, entendemos ser necessário envidar esforços no sentido de uma compreensão cultural do conceito de saúde, a fim de desvelar a doença antes do momento hospitalar, construindo essa compreensão junto às comunidades a fim de que seja possível não só uma aproximação maior do cuidar integralmente, como também um entendimento da doença antes de sua instalação, e sua consequente manifestação, para atuar de forma mais efetiva em relação a esse cuidar específico.

Nesse raciocínio, julgamos ser pertinente para uma melhor compreensão da assistência de Enfermagem para a promoção da saúde, buscar a etimologia da palavra cuidar, já que a profissão se baseia no desenvolvimento de ações do cuidar.

Segundo Boff (1999, p. 46) alguns estudiosos derivam cuidado do latim *cura*. Em sua forma mais antiga, *cura* em latim escrevia-se *coera* e era usada em um contexto de relações de amor e de amizade. Expressava, portanto, a atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Outros autores derivam cuidado de *cogitare-cogitatus* e de sua corruptela *coyedar*, *coidar*, *cuidar*. O sentido de *cogitare-cogitatus* é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação (BOFF,1999, p. 90-91).

Assim sendo, pode-se afirmar que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro que passa, então, a dedicar-se a ele, a dispor-se a participar de seu destino, suas buscas, seus sofrimentos e seus sucessos, enfim, de sua vida.

O cuidado está intrinsecamente relacionado ao ser humano, como prática atrelada à própria construção da evolução da humanidade. Collière (1999, p.25) afirma que "a prática de cuidado é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo". Segundo Waldow (1998, p.15): "Todos os atributos de cuidar são essenciais no processo de desenvolvimento do ser, já que o cuidado constitui a condição da nossa humanidade".

Segundo Roggero (2011, p. 6), "abordando a história social do cuidado, Burke (2010) observa que o cuidado, hoje, está associado ao 'perigo da vida diária', expresso na frase comum em várias partes do mundo: 'Se cuide', quando as pessoas se despedem".

Esse discurso ideológico do medo, que remete à busca pelo cuidado como mais uma forma de consumo na tentativa de sentir-se seguro, o que é propagado de forma maciça à população como se fosse verdadeiro, pode remeter as pessoas à constante procura pela saúde, sujeitando-as a práticas contraditórias ao próprio conceito, em alguns casos desarticuladas de valores morais (constantes cirurgias estéticas, a insaciável busca pelo padrão de beleza ideal, com tratamentos contraditórios para o seu alcance, como a criopreservação, escolha de características fenotípicas e genotípicas do feto, troca da cor dos olhos, etc.), como se a saúde fosse mais uma mercadoria a ser ofertada e possível de ser simplesmente vendida, para ser passivamente e/ou vorazmente consumida.

Nessa perspectiva Pagni, ao analisar as conclusões preliminares sobre o corpo a que chega a Teoria Crítica da Sociedade, desenvolvida por Marcuse, salienta que:

Para essa teoria, ainda, a cultura assumiria um papel central, pois a sua transmissão de geração para geração e a sua aquisição subjetiva pelo indivíduo garantiriam a perpetuação das regras, dos valores e, enfim, da ideologia dominante, inclusive no que diz respeito às formas de representação, às práticas e aos cuidados estabelecidos sobre o corpo na sociedade existente. (PAGNI, 2003, p. 89)

A sociedade capitalista de consumo estimula cada vez mais esse tipo de comportamento, criando um discurso científico e oficial. O mercado, por seu lado, coloca uma infinidade de produtos à disposição desse ávido consumidor que, esquecido de valores morais e éticos, por meio da dessimbolização⁵⁸, torna-se alvo fácil de ser conquistado pelas diversas estratégias de marketing instituídas nesse mercado pela busca da *saúde integral*.

Nessa perspectiva, Roggero fornece subsídios para análise:

O cuidado consigo mesmo também se tornou uma responsabilidade individual, que só é compartilhada com a família até que o indivíduo possa “cuidar-se sozinho”, com base num cuidado formalmente institucionalizado e mercadorizado, por meio do que é supostamente ensinado nas escolas e disponibilizado nos hospitais, além do auxílio da mídia sobre como lidar com os cuidados pessoais necessários à sobrevivência no mundo contemporâneo. Assim, o cuidado tornou-se prestação de serviços pessoais e é pago, até mesmo quando se trata do que é “oferecido” pela burocracia estatal. O cuidado que supostamente promove alguma segurança depende do padrão econômico do indivíduo e do território em que este se encontra. Há territórios que não oferecem nenhuma possibilidade de cuidado, portanto, nenhuma segurança. Nem mesmo o Estado se ocupa disso. (ROGGERO, 2011, p. 6-7).

Assim, é preciso rever os conceitos de *saúde* e *cuidado* aprendidos no âmbito cultural e hegemonicamente conservados entre os profissionais de saúde e repassados pela sociedade, a fim de resgatar sua gênese, seu espaço de atuação e suas formas de contribuição para o bem estar da humanidade, porque na sociedade contemporânea esses conceitos parecem ter sido esvaziados pelo discurso que não corresponde à ação.

Carvalho faz pertinentes considerações a respeito:

⁵⁸ Segundo DUFOUR (2005, p. 200) a dessimbolização pode ser considerada como: "Tudo o que remete à esfera transcendente dos princípios e dos ideais, não sendo conversível em mercadorias e em serviços, se vê doravante desacreditado. Os valores (morais) não têm valor (mercadológico). Por não valerem nada, sua sobrevivência não se justifica mais num universo que se tornou integralmente mercantil. Além do mais, eles constituem uma possibilidade de resistência à propaganda publicitária."

Há, também muitas angústias em face do que constato ser seu o oposto: o não cuidado. Algumas pessoas tem dificuldade de perceber e, em especial, de aprender e de vivenciar verdadeiramente o cuidar.

Dentre as situações vivenciadas no dia-a-dia, hospitalar, chama-me a atenção a situação de afastamento entre os pacientes, seus familiares e os profissionais de saúde, particularmente os médicos e os enfermeiros. É notória a tendência destes à rotina e à burocracia, de tal modo que o cuidar do doente parece ser casual, distante, reiterativo, sinônimo de instrumentação, reduzido a um conjunto de procedimentos, meios e modos de fazer o que se repetem. (CARVALHO, 2003, p. 233).

Nesta acepção, segundo Laplantine (1991, p.15), temas relacionados à saúde: saúde mental, representações e práticas em relação à saúde/doença, alimentação, higiene, família, representações sobre o corpo, a morte, medicinas alternativas e/ou paralelas, processos de medicalização e práticas institucionais devem ser relevantes na antropologia da saúde/doença, como forma de quebrar esse distanciamento a que foi reduzido o processo de cuidar.

Almeida (2011, p. 133) nos apresenta elementos que contribuem para aprofundar um novo enfoque conceitual sobre o processo saúde-doença, que vai além da vertente biologicista ou tecnológica:

Em sociedades altamente medicalizadas, como as sociedades modernas, fica difícil pensar a autonomia da cultura em relação à medicina. Esta autonomia tende a se expressar mais pela resistência e pela contraposição do que por produção de positividades. A iniciativa neste campo está quase sempre nas mãos de grupos de especialistas, sendo eles médicos ou não. Além disso, a cultura sobre o corpo, sobre a saúde e a doença, está de tal modo impregnada pelo discurso médico, que às vezes torna-se quase impossível perceber os possíveis contornos de uma possível autonomia.

Dessa forma, cabe a crítica à medicalização do processo saúde-doença, como se a manutenção da saúde estivesse inteiramente a cargo de especialistas da área da saúde, negando aos sujeitos a possibilidade de autonomia nas condutas de promoção à saúde. Podemos exemplificar essa situação pelo processo massivo de medicalização e hospitalização do trabalho de parto, excluindo o trabalho das doulas⁵⁹, das Enfermeiras Obstétricas, das Casas de Parto, colocando o processo natural de nascimento a cargo de instituições de saúde. Como resultado, temos um número de partos cesáreas, que são cirurgias, sem a sua real indicação técnica; ou

⁵⁹ O nome doula vem do grego - mulher que serve e indica aquela que dá suporte físico e emocional à parturiente, durante a gestação. Faz um trabalho de aconselhamento e educação para o trabalho de parto e puerpério. Quando a mulher entra em trabalho de parto, a doula passa a acompanhá-la, dando sugestões, oferecendo massagens, mostrando ao companheiro como ele pode ser útil, dando suporte também a ele, assegurando ao casal e a família que tudo está indo bem. (DUARTE, 2012)

o caso dos fármacos, cuja indústria também atende a interesses de uma sociedade de consumo capitalista:

A tradição na crença do remédio é agora alimentada pelo ritmo incansável de lançamento novos de remédios. O casamento entre a lógica da indústria e a demanda do público em torno da nova droga é um exemplo de casamento perfeito, em que o público oferece os dotes; essa união tem sido pródiga em gerar extensa prole de panacéias, agora embaladas nos roupantes químicos dos mecanismos de ação. (ALMEIDA,2011, p. 142).

O consumo de medicamentos passa a ser uma medida natural em nossa cultura. Esquece-se que todo fármaco tem efeitos desejados, mas também os colaterais, e que existem situações e indicações precisas para seu uso, onde há de se pesar adequadamente o real benefício de sua adoção na terapêutica. Podemos ilustrar essa situação, com o uso indiscriminado de antibióticos que, a despeito de estarem cada vez mais potentes, por seu uso de forma inadvertida, têm sido, em parte, responsáveis pelo aumento dos índices de infecções relacionadas à assistência em saúde no país, sem contar com os efeitos indesejados no corpo, que vão de um simples desconforto intestinal à alteração do sistema imunológico, com a consequência do aumento da resistência bacteriana, contrariando a sua indicação. Invariavelmente, prevalece a noção de um reducionismo do complexo processo saúde-doença, derivando a doença de uma causa específica, o que acaba por representar mais ainda os interesses da indústria farmacêutica.

Almeida (2011, p. 166) nos fornece subsídios para analisar esse reducionismo da ação no processo saúde-doença:

A lógica do ser vivo não segue a lógica racional (únivoca, simplificada); para se aproximar dela é preciso admitir a complexidade, a imprevisibilidade, a contradição, e estar permanentemente aberto para as emergências do real. A abertura para a complexidade do real, na medicina, significa aceitação tanto da peculiariedade do processo de adoecimento, quanto da reação individual à terapêutica.

Toda essa discussão reforça a necessidade da formação integral do Enfermeiro, enfatizando o cuidado. Uma formação integral que possibilite a apropriação de subsídios que lhe propiciem compreender, mudar, enfim, melhorar sua realidade social, por meio de um olhar mais profundo em âmbito cultural, que consiga adentrar as entrelinhas, que ajude a desvelar essa trama do fenômeno que é o processo saúde-doença como um complexo de articulação entre o biológico, o psicológico, o espiritual e o social, sintetizada na experiência cultural da pessoa, que supere o viés reducionista e simplificador do processo saúde-doença, ao se

enclausurar na cientificidade de um discurso especializado, que nega a subjetividade.

Almeida (2011, p. 188), apresenta elementos que apontam para a fragilidade dessa ação de separação do sujeito do cuidar com o objetivo de cuidar melhor:

A grande maioria da comunidade médica tem como senso comum a noção de que as inovações e avanços na medicina virão com a incorporação tecnológica. Ora, a incorporação tecnológica pode se dar de forma a conservar o paradigma antigo, como tem acontecido com a medicina acadêmica que incorpora máquinas modernas produtoras de imagem, para aprofundar e manter o paradigma mecanicista que a fundou no século XIX.

Toda a contribuição que a tecnologia e a especialização dos saberes podem trazer para o processo saúde-doença, pode se apresentar como um ponto de vulnerabilidade, se colocar suas contribuições como um interposto das práticas de saúde, como um simples reducionismo mecânico causal.

Almeida, ao analisar o peso da cultura cindida nesse processo de adaptação e subjugação do corpo, as forças do mercado apoiou-se na obra *Cultura y administración* de Adorno, para analisar como o capital pode invadir e se espalhar em todos os setores da vida contemporânea:

Adorno ainda aponta que mesmo as culturas dissonantes, que se rebelam contra o estabelecido parecem ser devoradas pela manipulação administrativa e mercantilizada inerente ao capitalismo, como se as mesmas representassem “peças raras”, portanto, cobiçáveis. Introdutoriamente, exemplos podem ser indicados na Educação Física não formal, como o oferecimento da prática da yoga, ginástica pilates, *tai chi chuan*, práticas circenses (esportivizadas) oferecidas em grandes academias e centros de “malhação”, além das ramificação destas culturas corporais “exóticas”, construídas e denominadas/conceituadas para fins meramente comerciais: “Ginástica Zem”, “Power Yoga”, “Tae bo” (mistura de boxe, *tai chi chuan*, caratê e *jiu-jitsu*) etc. (ALMEIDA,2003, p. 61-62).

Nesse cenário multifacetado, pode ainda persistir a dicotomia entre paciente e cliente, onde temos como paciente — aquele que simplesmente padece entregando passivamente seu corpo para outros cuidarem, destituindo-se de sua identidade e autonomia — e o cliente — aquele que também necessita de cuidados, mas apresenta-se como se estivesse em uma situação superior em relação aos pacientes, podendo, até mesmo, exigir coisas que podem até atrapalhar seu restabelecimento. Em ambos aparece um ser solitário sem a inclusão da família, que é fundamental no restabelecimento em qualquer processo saúde-doença.

Carvalho apresenta contribuições pertinentes, como proposta de superação desse reducionismo no cuidar, em seu estudo com usuários de saúde em fase terminal:

Comecei a ver os doentes como pessoas, com uma memória, uma história de vida, com começo, meio e um fim, dotados de sentimentos, angústias, medos, com tenebrosos pensamentos talvez e interrogações insondáveis. Deixei devê-los como corpo-objeto, entregues à mãos da ciência médica. Passei a admiti-los, também, como meus mestres, pois com base em nosso relacionamento e interação, eu percebia que sempre tinham algo importante a dizer e, muitas vezes, a ensinar. Passei a entendê-los como seres humanos, que realmente são, e que, na qualidade de pacientes, dependentes, propõem, solicitam, agem e reagem, e que, a despeito de todas as limitações a que estão sujeitos, ainda sonham e sentem a necessidade de organizar suas vidas, embora quase sempre, esta seja a última vez que o fazem ou tentam fazer. (CARVALHO, 2003, p. 234 - 235).

O sujeito ao qual se presta assistência é apresentado pelos serviços de saúde, ora como cliente, portanto, consumidor com todos os direitos que essa denominação lhe confere, ora como paciente, colocando seu corpo e todas suas expectativas de melhora nas mãos dos profissionais de saúde.

A mesma autora salienta que:

Nessa caminhada, constato que, na maioria das instituições, tanto naquelas de ensino de enfermagem, quanto naquelas onde esta é praticada, o cuidado é desenvolvido de forma mecânica, orientado por tarefas, seguindo normas e prescrições, considerando preferencialmente a doença em detrimento do cuidado e atenção ao doente. (CARVALHO, 2003, p. 235).

Todavia, reconhece-se que isto não acontece de forma tão linear, e é importante a compreensão desse fato para que, como implementadora do cuidar, a enfermagem se posicione nitidamente quanto a esta questão, a fim de que, para além do cliente ou paciente, a assistência e o cuidado sejam prestados de forma adequada, técnica, científica e humanisticamente, ou seja, da melhor forma possível, independentemente da denominação que lhe for atribuída dentro da instituição de saúde. Um cuidar exercido com qualidade, um cuidar voltado ao ser humano, isento de imperícia, imprudência e negligência que esteja, em todo momento, pautado por fundamentos da ciência e da bioética.

Trabalho em equipe, capacidade de diagnosticar problemas, intervenção situacional, enfrentamento de mudanças, e busca pela melhoria da qualidade nos processos de trabalho são as novas exigências do mercado de trabalho, e na área da saúde não é diferente; almeja-se que os profissionais estejam capacitados para os desafios da atenção à saúde, e do cuidar, em sociedades que enfrentam problemas cada vez mais complexos, como consequência das mudanças ocorridas

no perfil demográfico populacional (diminuição da taxa de natalidade, aumento da expectativa de vida e nos perfis epidemiológicos de morbimortalidade).

Como resposta a esse tipo de situação, sob a lógica capitalista, poderemos obter um resultado que pode ser superficial de promoção à saúde, de fato sem levar a nenhuma mudança comportamental, visto pelo recrudescimento de doenças crônico-degenerativas que, em grande parte, requerem mudanças individuais de estilos de vida, que devem ser amplamente discutidos, e ter, sobretudo, seus significados e as melhores estratégias de enfrentamento compreendidos; seja nas esferas individuais e coletivas, ou dentro de um contexto social que é sempre multideterminado.

Quando os profissionais da Enfermagem procuram apresentar com maior clareza o que os cuidados de Enfermagem são exatamente, bem como os distinguir dos cuidados estritamente biomédicos permitem uma efetiva implicação do autodesenvolvimento de uma competência profissional, tanto no domínio colaborativo ou interdependente quanto no autônomo ou independente, pela forma como progride de iniciado, a iniciado avançado, a competente, a altamente competente até o nível de especialista. Esta articulação permite que os Enfermeiros vejam com maior clareza o valor de suas próprias intervenções, possibilitando a redefinição do conceito de *cuidar*.

Segundo Borsoi e Codó (1995, p. 39-151), o cuidado tornado profissão deixa de ser executado pela afetividade expressa e espontânea, na forma de carinho, como pode ocorrer no ambiente doméstico. O trabalhador de Enfermagem é preparado para auxiliar na recuperação do doente ou assisti-lo em sua dor. Dessa forma, ao remunerar-se o cuidado prestado, espera-se qualidade e para isso é necessário, além do domínio das técnicas, mediá-lo por empatia nem que a expressão dessa empatia seja uma representação necessária, pois um dos códigos anteriormente internalizados pela Enfermagem é o da devoção e generosidade em relação ao paciente/cliente.

Na discussão do cuidado como atitude presente no cotidiano nas práticas de saúde, Pinheiro e Guizardi (2006, p.21) apontam a procura por cuidado como: "uma das principais demandas por atenção à saúde pela sociedade civil brasileira". Tal procura nem sempre representa a identificação de um problema, mas surge da crítica às práticas e discursos da saúde.

Ayres (2004, p.22) adota o termo cuidado "como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e por segunte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde". O cuidado, então, assume uma nova característica relacionada com as práticas de saúde, na perspectiva de construção de uma prática de saúde afetiva, atenciosa, participativa e de corresponsabilidade.

Ayres (2006, p. 52), em reflexão sobre o cuidado e a atenção em saúde, traz à tona a crise de legitimidade que a *práxis* do cuidado tem enfrentado quando na aplicação de tecnologias, pois existe a decisão sobre o que pode e deve ser feito pelos profissionais de saúde àqueles a quem assistimos e a nós próprios num encantamento mútuo de poder. Dessa forma, o cuidado humano tanto oprime quanto liberta, sendo sua institucionalização, uma disputa de normalização de sujeitos, prioriza a dominação e a adaptação aos padrões estipulados pela ciência, em detrimento da autonomia dos sujeitos. Ayres (2006, p. 71) propõe, então, que no encontro do cuidado humanizado seja possível criar espaços de diálogo onde o poder ouvir e fazer-se ouvir, polos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do cuidado não um sujeito (profissional da saúde) e seu *objeto*, os usuários dos serviços de saúde, mas dois sujeitos (profissionais e usuários dos serviços de saúde) e cenários de mediação (riscos, disfunções, sofrimentos, possibilidades de cuidados, etc.).

O cuidado como atitude terapêutica apresenta-se como uma importante categoria, pois remete ao plano mais operativo das práticas de saúde. O cuidado não é mais apresentado como algo desejável nas práticas de saúde, mas assume o sentido de atitude terapêutica e enriquece a concepção do tratar e do curar. O trabalho da enfermagem direcionado para um cuidar integral aos usuários dos serviços de saúde foi, contraditoriamente, fragmentado, com o argumento de que a especialização dos funcionários seria a forma para melhorar a organização e a produtividade do serviço. Assim, enquanto um trabalhador realizava cuidados básicos de alimentação e higiene do doente, outro administrava os medicamentos e outro fazia os curativos. Esta é uma divisão de trabalho semelhante ao de uma linha de montagem, na qual quem circula é o funcionário. Desta forma, os trabalhadores transformaram-se em força de trabalho a ser objetivada e comprada, de acordo com a demanda da função; por decorrência, o trabalho de cuidar adquire o caráter de mercadoria (BORSOI; CODO, 1995, p. 39-151).

O cuidar é a essência da profissão de Enfermagem. Assim, ao considerar que o cuidar implica em uma responsabilidade bioética especial, uma reflexão sobre esse agir realça o intrínseco valor do sujeito e reforça a necessidade de uma conscientização. A ela deve acrescida a integração da bioética na prática profissional quotidiana e a análise das questões inerentes aos chamados dilemas éticos especiais, advindos das inovações científicas e tecnológicas, como a eugenia, a clonagem, a pesquisa com seres humanos e animais.

Exemplos claros dessas questões levantadas anteriormente, sobre o saber/fazer da Enfermagem, são os empecilhos apresentados para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), prática que colaborará efetivamente com a melhoria da qualidade do cuidado prestado. Apresentamos os resultados de uma pesquisa realizada com Enfermeiros sobre a temática:

[...] Durante a elaboração do estudo, foi possível evidenciar a dificuldade que os Enfermeiros encontraram na implementação da SAE, devido ao fator tempo versus número de pacientes. Considera-se aqui, que para efetivação desse processo é exigido como elemento essencial a capacitação técnico específico do pessoal que assiste. Adicionada a esse aspecto, é necessário se pensar numa política de educação em serviço, no sentido de reforçar conhecimentos, trabalhar déficits de aprendizagem e transmitir novas tecnologias. Pois, só assim, também é possível atuar em função de um modelo assistencial calcado no pressuposto da dimensão técnica, em que seja valorizada a importância da atribuição e utilização da SAE, de forma multidisciplinar. Mas, por outro lado, observou-se também, que a SAE propiciou aos profissionais Enfermeiros uma maior proximidade com o paciente, proporcionando-se uma assistência de qualidade, onde são delegadas novas observações, dentro da visão de um cuidar como um todo, na busca de racionalização de tempo da equipe, visando à satisfação de ambos, pacientes e profissionais. (SANINO, 2003, p. 10)

O estudo citado acima, talvez possa nos indicar prováveis caminhos para a compreensão do que vem a ser o cuidado prestado pelo profissional Enfermeiro, pois mesmo com as dificuldades administrativas inicialmente colocadas para a realização da SAE ao fazer a atividade, os profissionais sentiram-se mais satisfeitos em relação ao desempenho de seu próprio serviço, pela aproximação efetiva com os usuários dos serviços de saúde, significando o cuidado de enfermagem a ser realizado.

A decisão COREN/SP/DIR/008/99, que normatiza a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde do Estado de São Paulo, considera que:

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo atividade privativa do Enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico

para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando a prescrição e implementação de ações de Assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade.

É possível, assim, compreender que a Sistematização da Assistência de Enfermagem além de ser um dos prováveis caminhos a serem trilhados no resgate da autonomia do cuidar pelo Enfermeiro, permite a troca do paradigma do excesso de conteúdo sem a devida articulação, pelo paradigma do desenvolvimento integral, por meio de atitudes e posturas que se fazem necessárias para a implementação do cuidar, no qual o Enfermeiro possa resgatar a possibilidade de sua emancipação, e primordialmente, da essência de seu trabalho, deixando de apenas reproduzir papéis que lhe são impostos, com o objetivo de adaptar-se a uma realidade que lhe é dada.

Contudo, essa atividade deve ser adequadamente planejada institucionalmente, pois os Enfermeiros, conforme já apontado, invariavelmente estão sujeitos a jornadas excessivas de trabalho, trabalhando sem condições materiais e profissionais adequados e com sobrecarga de atividades; se essas questões não forem consideradas, corre-se o risco da atividade ser realizada de forma mecânica, como mais uma burocracia a ser preenchida, perdendo seu objetivo de aproximação com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada, ficando o desenvolvimento da ação na perspectiva da linha de montagem. Dessa forma, frequentemente os Enfermeiros ficam incapacitados de identificar a contribuição única da Enfermagem para a saúde dos usuários dos serviços de saúde: "o diagnóstico e tratamento das respostas humanas a problemas de saúde verificados ou potenciais" (QUEIROS, 2002).

Ao defender um caminho de desenvolvimento profissional coerente e consistente de valores e saberes próprios, cada vez mais se está concentrando naquilo que é decisivo para que a profissão cumpra realmente, e com maior rigor, a função social a que os cidadãos têm direito – a saúde. Nesse sentido Pagni (2003, p. 103), traz a contribuição do pensamento crítico marcuseano, ao apostar no constante refinamento produzido na relação do homem com o seu próprio corpo e, na consequente percepção possível dos bens culturais e com a imaginação que recria a cultura e a transforma, fazendo com que confronte a realidade existente e a transcendente. Dessa forma:

[...] o corpo e a cultura não seriam apenas bens com os quais o homem se identifica e se apropria, subjetivamente, submetendo-os ao seu domínio consciente, prontos para serem manipulados conforme a sua vontade e a sua ambição individual. Eles seriam, sim, dimensões da experiência formativa humana, responsáveis pela constituição da individualidade, recriando o sujeito em si e para si mesmo, tornando-o autoconsciente dos seus próprios limites humanos e conscientes de sua incompletude diante da vida. Mais ainda, a relação do sujeito com essas dimensões poderia conduzi-lo para além de si mesmo e para a compreensão do mundo que o cerca, recriando esse mesmo mundo e transformando-o, por meio da uma ação embasada no pensamento crítico. Em tal ação e pensamento, desenvolvidas pelo sujeito, redefinido nesses termos, corpo e cultura não seriam meros coadjuvantes, respectivamente, de sua subjetividade e de sua experiência singular. Ao contrário, eles seriam propulsores dessa subjetividade e da experiência histórica, recriando-as e transformando-as no sentido não apenas de sofisticá-las, mas de produzir efetivamente um aprimoramento da razão e da felicidade humana, para não dizer uma *racionalidade da gratificação*, onde razão e felicidade convergiriam. (PAGNI, 2003, p. 103)

A possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, objeto do trabalho em saúde, passa necessariamente por uma abordagem crítica da realidade em que está inserida e por uma prática multiprofissional. Ao rever a relação de consumo que se estabeleceu com os cuidados com o corpo na cultura capitalista, talvez a saúde deixe de ser vista apenas como uma mercadoria, saindo da esteira do consumo. Assim, o processo de formação de sujeitos capazes de enfrentar os problemas da realidade implica numa ação educativa, dinâmica e dialética, visando desenvolver a capacidade cognitiva, habilidades e atitudes, a fim de auxiliar no desenvolvimento de ações profissionais conscientes da realidade humana e social, capazes de produzir transformações em saúde.

Dentro dessa perspectiva, faz-se necessário articular as relações que se estabelecem entre o corpo e o cuidar, pois o cuidar do outro não é uma tarefa simples, na medida em quem cuida, invariavelmente, em algum momento também necessitará de cuidado, Carvalho define que:

O substantivo *corpo* vem do latim *corpus, corporis* (de onde deriva a família: corpulência, incorporar, etc.) que designa o corpo morto, o cadáver, a carne, por oposição à alma (*anima*). Em grego, essa significação é expressa pelo termo *soma*, que participa, em nossa língua, de palavras como “psicossomático”, “somatização”, etc. (CARVALHO, 2003, p. 239).

Assim, se faz necessário, resgatar essa essência corporal, redescobrir o ser humano que existe no corpo, um corpo que se relaciona, que cria, que se expressa,

que sofre repressões, que leva a direção da vida e, ambigamente da morte, esse mesmo corpo que padece, que invariavelmente é esquecido pelos próprios profissionais de saúde. (CARVALHO, 2003, p. 239)

Sob a ótica da organização e da produção do conhecimento existem alguns fenômenos importantes na área da saúde, um mundo em constante e acelerada mutação, propõe a resolução de problemas cada vez mais complexos, os problemas, para serem resolvidos, pressupõem o diálogo entre saberes, conhecimentos, disciplinas, e, acima de tudo, com a dinâmica da sociedade.

Ao se pensar sobre a dimensão política do cuidado, pode-se considerar duas dimensões: ajuda e poder. Nesse sentido, o cuidado é entendido a partir do potencial capaz tanto de emancipar as pessoas, possibilitando a construção de sua autonomia ou como tutelar. A politicidade do cuidado traduz-se como direito de cidadania, em contraposição ao cuidado como submissão e se expressa na necessidade de conhecimento para cuidar melhor, o que implica a compreensão do contexto histórico-social onde são geradas as relações de ajuda-poder na política de saúde, cuidar para confrontar, e relaciona-se ao gerenciamento de forças que efetivem o controle democrático, o reordenamento de poderes e o cuidar para emancipar, implicando na perspectiva de constituição de cenários propícios à desconstrução progressiva de assimetrias de poder (PIRES, 2005 b, p. 1025).

A politicidade do cuidado pressupõe o resgate da centralidade do político na gestão inteligente e reconstruível da ajuda ao poder. Significa passar de técnico a agente público de mudança, de administrador de decisões a formulador e indutor das mesmas, de paciente a cidadão, de doente a pessoa, capaz tanto de sapiência criativa, quanto de demolição destruidora, mas na perfeita imperfeição que conforma o ser humano enquanto vida. (PIRES, 2005 b, p. 572),

Partindo da perspectiva de cuidado em saúde com vistas à construção da cidadania e resgate da autonomia dos sujeitos do cuidado, Teixeira (2003, p. 90) salienta a necessidade de se fazer avançar as práticas democráticas efetivamente vivas nos espaços micropolíticos, como são os espaços dos serviços de saúde. Assim, é preciso que no cotidiano dos serviços que os espaços potenciais de reflexão se renovem e ao mesmo tempo, possibilitem o compartilhar de informações para que de fato ocorra a integralidade das ações.

Pagni nos fornece elementos que permite pensar uma articulação do resgate da autonomia dos sujeitos do cuidado, a partir de uma outra noção do corpo a ser cuidado, sob a perspectiva de Marcuse em *Eros e Civilização*, o autor coloca que:

Deste ponto de vista, o corpo não seria apenas objeto a ser controlado e a ser dominado pelo indivíduo, juntamente com a sensibilidade e com os instintos humanos, conforme as pressões sociais e políticas existentes, mas um outro a ser considerado e a ser pensado criticamente, como um limite e como um meio de ampliar as experiências humanas e, sobretudo, promover a vida humana para além do narcisismo e do *princípio de desempenho* predominantes na *sociedade industrial*. (PAGNI, 2003, p. 113)

A Enfermagem, ao abordar o cuidado como uma ação integral, poderá ter a percepção da saúde como direito de ser e não apenas como procedimento técnico. A ação integral poderá ser entendida como a interação de pessoas, traduzida em atitudes de tratamento digno. Todavia, a integralidade não se restringe à sua concepção clássica de acessibilidade e formulação de um planejamento terapêutico, ela vai além, na medida em que, pode contemplar as políticas públicas do setor, a reorientação da relação entre o Estado e a Sociedade, ao considerar o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano.

Zeldin (1997, p.220 - 221) apresenta elementos que podem nos remeter ao entendimento das origens da provável negação da subjetividade no trabalho feminino de Enfermagem, pelas práticas institucionalizadas historicamente nos hospitais:

Havia, por conseguinte, pouco respeito pelos que cuidassem das necessidades físicas dos enfermos, tarefa esta normalmente deixada às viúvas, mulheres decaídas, camponeses desempregados; as Enfermeiras não eram normalmente remuneradas, recebendo apenas casa e comida e tratamento de criadas.

O que se apresenta é a forma como foram se estabelecendo as condições históricas para a baixa valorização do profissional de Enfermagem, a feminilização da profissão com um viés totalmente preconceituoso e pejorativo, ao deixar que as viúvas, as *mujeres decaídas* e os camponeses desempregados cuidassem das necessidades físicas dos enfermos, sem receber remuneração, apenas recebendo casa e comida, e, sobretudo, serem tratadas como *criadas*, configurando tais ações na precarização do trabalho da enfermagem. Em um cenário de trabalho precarizado⁶⁰ como esse, como poderia ser possível o desenvolvimento da

⁶⁰ Esse termo tem sido utilizado para designar perdas nos direitos trabalhistas ocorridas no contexto das transformações do mundo do trabalho e de retorno às ideias liberais de defesa do estado mínimo,

autonomia do cuidar? Questiona-se também a qualidade do cuidado prestado frente a essa situação.

Responder a essas indagações requer expor as possíveis mediações entre a educação, o cotidiano escolar e as práticas formativas.

Zeldin traz elementos para aprofundar nossa abordagem sobre a situação histórica, anteriormente exposta, sobre a condição de precarização do trabalho em Enfermagem, atrelada à questão de gênero:

As Enfermeiras concentravam-se na tarefa de alimentar os pacientes, pois a comida era o que os pobres pareciam precisar mais. Contudo, no final do século XIX, os Médicos alegaram que uma alimentação reforçada não produzia necessariamente a recuperação da energia física, e a partir de então eles começaram a assumir aos poucos o controle dos hospitais, transformando-os em instalações para pesquisa médica ligada mais acentuadamente a cura técnica das enfermidades do que as necessidades espirituais dos pacientes. No fim, os hospitais se transformaram em instituições que teriam de ser, acima de tudo, financeiramente viáveis. Quando a tecnologia adquiriu mais prestígio do que os cuidados dispensados à beira do leito, os administradores vieram a predominar. (ZELDIN,1997, p.220 - 221).

A situação apresenta algumas possibilidades para nossa análise – a divisão nas tarefas de cuidar e administrar os cuidados entre mulheres e homens, trazendo a contradição entre Enfermeiras (feminino) e Médicos (masculino), em uma relação de submissão aos poderes socialmente constituídos no universo simbólico de dominação masculina, sobre a subjugação do universo feminino; a divisão entre curar, relacionada a um aspecto tecnológico e o, já apresentando, viés comercial, financeiro, nos domínios da esfera masculina, como a tarefa mais importante a ser desenvolvida pelas instituições hospitalares; enquanto a situação do cuidar, não lucrativa, sem estar necessariamente ligada às esferas tecnológicas, e sem o prestígio social destinado às tecnologias, ficando sob a égide da responsabilidade feminina.

Os resultados da pesquisa de Colenci (2009, p. 44-45), que objetivou aprender e analisar as percepções de egressos de um curso de enfermagem de uma faculdade privada em relação ao seu processo de formação, frente às condições de inserção no mercado de trabalho e as demandas vivenciadas no cotidiano profissional, bem como a caracterização de seu perfil sociodemográfico e atuação profissional, trazem subsídios para análise dessa situação:

que vêm surgindo, especialmente, nos países capitalistas desenvolvidos a partir da terceira década do século passado. (PIRES , 2008, p.317)

Quanto ao sexo, 89 (85,57%) eram do sexo feminino e 15 (14,42%) masculino. Corroborando com vários estudos de perfil de egressos, a enfermagem ainda é profissão basicamente feminina, desde a sua gênese. A profissionalização feminina, iniciada no final do século 19 ocorreu relacionada aos papéis femininos tradicionais; assim, a mulher permaneceu nas atividades ligadas ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidas como dom ou vocação. Essa distribuição segue a tradicional divisão do trabalho, decorrente da ideologia da distribuição de dons inatos entre homens e mulheres, dificultando, inclusive, o reconhecimento social de algumas profissões, sendo assim consideradas por muitos como pouco qualificadas e competitivas no mercado de trabalho. Já se fala em um aumento pela procura por homens para realização do curso de enfermagem; mostra-se que há um movimento constante no interesse para quebra de preconceitos. Aparenta mostrar que as concepções sobre enfermagem passam por transformações, deixando para trás a de profissão exclusivamente feminina, embora ainda predominante.

É importante reconhecer o peso da trajetória feminina no contexto do desenvolvimento social da enfermagem, e as implicações dessa participação sem, contudo, excluir a participação masculina nesse processo.

Outra vertente a se analisar na formação é o emprego de tecnologias. Nesse sentido Alves (2007, p. 259) argumenta que "a nova tecnologia só reforça a relação educativa já caduca; ela se submete à lógica da organização manufatureira do trabalho didático, no interior da qual o manual dá a tônica e hierarquiza todas as operações da atividade de ensino". Podemos tentar estabelecer uma comparação entre o uso das tecnologias nas instituições de saúde, com o uso das tecnologias na formação. O uso da tecnologia vem atender aos objetivos da perpetuação de uma situação de desigualdade social. Ela se apresenta de forma mecânica, sem transformar a concepção do espaço escolar e/ou hospitalar, e seu uso está a serviço da hierarquização de papéis, reproduzindo em seu interior as mesmas práticas histórico-sociais, como acontece em grande parte na formação de enfermagem que é permeada por técnicas, normas, manuais, rotinas que enfatizam a simples mecânica reprodução das atividades, mas que não avançam para a compreensão do significado das reais atividades realizadas.

Na perspectiva de direção da análise do ensino permeado exclusivamente pelo uso de técnicas, normas, rituais e rotinas González (2007, p. 187) afirma que:

[...] no caso da prática escolar, que a cotidianidade é o lugar do predomínio do *pragmatismo* e do *cognitivismo*, em lugar do gnosiológico articulado com a história? E mais, a instituição escolar deveria ser um espaço de tensionamento e problematização da cotidianidade enraizada no mundo dos objetos utilitários?

González problematiza as práticas escolares, argumentando que sem a articulação histórica, social e cultural, apresenta-se a redução que o pragmatismo pode representar ao ensino. Nesse ponto, não se questiona a necessidade das técnicas e rotinas que compõem o cabedal de conhecimento que permeia o ensino de enfermagem, mas sim o uso, sem a devida articulação, do conhecimento historicamente produzido para o exercício da função social para a promoção da saúde da população.

Capítulo II - O CAMINHO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

Esse capítulo fará uma retrospectiva do desenvolvimento da profissão de Enfermagem desde os primórdios, com o objetivo de entender qual o tipo de instituição formadora do profissional, e se existe alguma diferença na formação nos diferentes tipos de instituições.

2. Enfermagem – A Formação para o Cuidar

2.1 Primórdios do Cuidar – A Enfermagem Empírica

De acordo com Angelo et al (1995, p. 211-223) a profissão teve seu desenvolvimento em três fases:

2.2 O início da Enfermagem - “A mais Antiga das Artes”

A Enfermagem surgiu como resposta intuitiva ao desejo de manter as pessoas saudáveis, bem como de proporcionar conforto, cuidado e proteção aos doentes; a Enfermeira⁶¹ era vista como cuidadora, enquanto os curandeiros/Médicos eram vistos como curadores.

O cuidado é parte integral da vida humana e está contido nas raízes da história das mulheres, pois foi ao redor do cuidado que a principal parte do destino das mulheres foi tecida. Contudo, o papel de Enfermeira era assumido não por todas as mulheres, mas por aquelas que possuíam o real desejo e habilidade para cuidar. Durante os períodos em que as mulheres estavam restritas ao lar por convenções sociais e suas ações limitadas à vida familiar, a enfermagem era caracterizada como uma arte doméstica.

As primeiras Enfermeiras eram generalistas independentes e possuíam a liberdade de ação para serem criativas quanto às suas habilidades intelectuais e pessoais. Embora suas respostas iniciais fossem intuitivas, o saber foi sendo construído por meio da solução dos problemas emergentes e assim um corpo de conhecimentos se desenvolveu e expandiu.

⁶¹ Embora a profissão nesse recorte histórico da pesquisa seja exercida por um número feminino expressivamente maior, não desconsideramos que em vários períodos históricos da humanidade ela também foi exercida por homens com a mesma ou até maior representatividade numérica, podemos citar como exemplo as ordens religiosas como a de São Francisco de Assis, criada no século XIII (Ordem dos Frades Franciscanos, para cuidar de leprosos). No Brasil, ela ganhou esse status de profissão essencialmente feminina como a adoção no país do modelo *nightingeliano* em 1922 (esse modelo será explicado detalhadamente em outra seção do texto), com a proibição por dispositivo legal dos homens de se matricularem nos cursos de enfermagem, situação que durou até o ano de 1949, por essa razão o texto tratará da profissão no feminino durante esse período.

Intuitivamente, a Enfermeira buscava alimentos para compor uma dieta adequada para as pessoas de que cuidava. Nesse processo, ela descobriu que certos alimentos provocavam reações como emês (vômito) e diarreia, e que também era possível extraír ingredientes medicinais de sementes, folhas, raízes e ervas. O conhecimento desenvolvido pela mulher sobre plantas e sobre como utilizá-las na alimentação e como recurso medicinal constituía parte de seus métodos pessoais de cuidar.

O conhecimento que essas mulheres desenvolviam e acumulavam sobre saúde era ensinado para outras mulheres que demonstravam motivação para cuidar. Assim, ainda que oralmente, a tradição do cuidar foi expandida de geração para geração. Olhando para o passado, é possível identificar esta figura de mulher que, além de desempenhar os deveres de Enfermeira, desempenhava outros papéis também, tais como: o de Nutricionista, Farmacêutica, Assistente Social e Fisioterapeuta. Assim foi desenvolvida a enfermagem até o advento de uma nova fase.

2.3 Da época Sombria ao Renascimento

A Enfermagem chamada medieval obteve do cristianismo sua mais importante contribuição. Pode-se dizer que uma tradição mais ou menos contínua de aprendizagem foi se estabelecendo e tornando-se gradualmente forte ao longo dos anos.

A contribuição do cristianismo para a enfermagem foi proveniente do conceito cristão de caridade. Em função desta obrigação, foram organizadas sociedades destinadas a amparar e a vestir os pobres, a educar as crianças pobres, a cuidar de órfãos, a visitar os doentes e os velhos, e a cuidar de prisioneiros.

A caridade foi institucionalizada quando a Igreja designou os bispos para assumirem a responsabilidade pelos doentes, pobres, viúvas, crianças e viajantes. Assim, casas de hospitalidade e de cuidado ao doente surgiram, e o cuidado a essas pessoas era delegado aos diáconos, subdiáconos e diaconisas, que cuidavam das mulheres, enquanto os demais cuidavam dos homens. Esta foi uma etapa inicial no desenvolvimento da Enfermagem como profissão.

Durante esse período, no início do século IV, surgiram as casas de estrangeiros ou xendochim⁶², em resposta à necessidade de instituições para o cuidado dos pobres. Foram fundadas, também, as Ordens Seculares de Enfermagem, formadas por congregações de monges e freiras.

O período do renascimento foi criativo especialmente para as Artes e as Ciências, e foi nessa época que se iniciou o oferecimento de um programa educacional sistemático, que consistia em desenvolver experiência no hospital, visitar as casas e cuidar dos doentes. O programa compreendia uma combinação de serviço social aos pobres e cuidados aos doentes. Pode-se dizer que esse foi o início do reconhecimento da enfermagem como uma das chamas para o bem-estar dos doentes.

2.4 Uma Nova Profissão

A motivação das freiras, diaconisas ou irmãs de caridade era, primariamente, religiosa. Antes da enfermagem ser totalmente aceita como uma ocupação de valor, a importância das Enfermeiras seculares tinha que ser reconhecida.

Até o estabelecimento das primeiras escolas formais para Enfermeiras, as pessoas envolvidas no cuidado de doentes recebiam aulas ocasionais de Médicos, o que não consistia em uma instrução organizada, mas as informações eram transmitidas de forma simples e isolada para realizar os cuidados dos doentes.

O sistema de ensino não tinha força, e ainda que as escolas tivessem sido criadas independentemente de hospitais, esses descobriram que elas poderiam servir às suas necessidades. Assim, o cuidado de enfermagem se tornou o principal produto dispensado pelos hospitais, e a função real das escolas de enfermagem deixou de ser a educação para atender as necessidades assistenciais do serviço. Além disso, nenhuma norma para controle do número de escolas de enfermagem ou padrões de admissão e graduação foi estabelecida, o que resultou numa proliferação de escolas de enfermagem sob o controle e direção geral dos hospitais, fato que demonstrou que, na verdade, a lógica de formação se inverteu. Com as

⁶² Os Primeiros hospitais surgiram no início do século IV, em resposta à necessidade de instituições para o cuidado do pobre, os xendochim ou casa de estrangeiros, pois a palavra hospital surgiu no século XII. (SANINO, 2003, p. 35)

escolas dentro dos hospitais, o objetivo principal não era a formação, mas sim ter alunos para suprir as necessidades dos serviços de saúde.

2.5 Oferta de Cursos de Graduação em Enfermagem

Visando a melhor compreensão sobre a formação do Enfermeiro, essa seção retratará um levantamento sobre a distribuição geográfica e o tipo de instituição onde esse profissional está sendo formado.

A área da educação em enfermagem no Brasil passa, desde sua criação, por transformações frente às exigências de seu papel na formação de recursos humanos com perfil adequado às necessidades de saúde da população, fundamentada na produção de conhecimentos inovadores e de utilidade para a sociedade.

Essas exigências se configuram para manter um padrão de qualidade compatível com as exigências do mundo contemporâneo e com o desenvolvimento científico, tecnológico e inovador da área. Os avanços pedagógicos incorporados devem propiciar aos alunos a capacidade de aprender, de trabalhar em equipe, de comunicar-se, de ter agilidade frente às situações adversas e de ter capacidade propositiva, a fim de desenvolver atividades relevantes, com características interdisciplinares, de forma a contribuir para a solução de problemas nacionais, formando, consequentemente, indivíduos criativos, críticos, empreendedores, e, sobretudo, cidadãos comprometidos com a ética da causa pública (AMANCIO FILHO, 2004, p. 375).

Como observam Erdmann, Fernandes e Teixeira (2011, p.90):

Esses desafios emergem paralelamente às políticas públicas de educação, onde se observa uma expressiva expansão da educação superior, através do aumento do número de Instituições de Ensino Superior (IES), e consequentemente, de cursos e vagas ofertadas. Essa política expansionista vem se apresentando numa relação direta com o desenvolvimento econômico e social do país, considerando que o Brasil apresenta baixa proporção de alunos, na faixa etária relevante, matriculados no ensino superior, não só em relação aos países mais desenvolvidos, mas também em relação aos países vizinhos na América Latina.

Sob esse aspecto, apontam-se os períodos de maior destaque a fim de fazer um paralelo entre a formação do Enfermeiro e o desenvolvimento do mercado profissional na área. Nesse sentido, ressalta-se que quando a enfermagem se instalou no Brasil, na década de 1920, a preocupação com o número de

profissionais não era fundamental, uma vez que o essencial naquele momento era garantir a formação de profissionais devidamente qualificados e profissionalmente competentes. Assim, já em 1949, começava-se a discutir a carência de pessoal de enfermagem e a necessidade de aumentar esse contingente de trabalhadores (MISHIMA; ANSELMI, 1998, p. 107).

No estado de São Paulo, relatam ainda esses mesmos autores, que o departamento de enfermagem da Escola Paulista de Medicina enfrentou o problema da baixa demanda desde 1986. Em 1988, essa escola reduziu o número de vagas oferecidas de 120 para 80. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), também em 1986, teve 15 vagas ociosas; em 1988, apenas 33 alunos realizaram matrícula.

Paralelamente, ainda nesse período, o desenvolvimento econômico, tecnológico, político, social e cultural do país apontavam para a necessidade do aumento do número de brasileiros com formação em nível superior.

Sendo assim, a expansão de cursos de enfermagem se deu a partir de 1968, com a Lei n. 5540 – Lei da Reforma do Ensino Superior, que também institucionalizou a pós-graduação em dois níveis – mestrado e doutorado. Seu objetivo consistia em suprir o ensino de graduação especializada, de estimular estudos e pesquisas, além de atender às exigências de um mercado de trabalho que, baseado na sofisticação tecnológica do desenvolvimento industrial, requeria um número crescente de profissionais qualificados (TEIXEIRA et al., 2006, p. 480).

Contudo, muitos dos problemas apontados entre os anos 1980 e 1990 ainda podem ser identificados na atualidade, embora ainda seja escassa a produção científica que trate desses problemas, e que procure compreendê-los enquanto fenômenos presentes na enfermagem brasileira de nível superior. Cabe ressaltar que os dados referentes à demanda por cursos de enfermagem encontram-se dispersos, não sistematizados, e com o agravante de que muitas vezes são omitidos pelas escolas de enfermagem, que consideram o problema interno à instituição, o que acaba por impedir um diagnóstico com dados mais precisos e devidamente dimensionados desta problemática.

Considerando, então, a necessidade de fortalecimento das atividades acadêmicas voltadas para a realidade de saúde do país, questiona-se: Qual o panorama atual das escolas formadoras de enfermeiros no Estado de São Paulo, e quais as tendências e perspectivas desses egressos no mercado de trabalho?

Diante de tal questionamento, buscou-se a realização de uma revisão de literatura nas bases de dados Lilacs e Scielo da Bireme, bem como de fontes institucionais em educação e saúde (Capes/MEC/ Ministério da Saúde) e portais da educação e saúde *online*, com os seguintes resultados:

a) Tipos de instituição de ensino de graduação em enfermagem

Consideram-se os tipos de instituições de ensino de nível superior de enfermagem, as instituições de ensino da rede privada e da rede pública. Assim, essas podem estar de acordo com Ministério da Educação (MEC) - 2009, quanto à sua administração:

INSTITUIÇÕES PÚBLICAS/ESTATAIS: são mantidas por alguma esfera do Poder Público. Podem ser:

- **Civis:** mantidas pela União (Federal), por uma Unidade Federativa (Estadual) ou por um Município (Municipal).
- **Militares:** mantidas pelas Forças Armadas (Exército, Marinha, Aeronáutica) ou por corporações militares, como a Polícia Militar.

INSTITUIÇÕES PRIVADAS: são mantidas por Instituições que não são vinculadas ao Poder Público. Podem ser:

- **Comunitárias e/ou Filantrópicas:** também chamadas de Beneficentes, são mantidas por entidades sem fins lucrativos, sendo que uma Instituição Comunitária é aquela em que há em seu corpo diretivo pessoas a fim de defender os interesses da comunidade onde ela atua, e Instituição Filantrópica é aquela que desempenha atividades, paralelas ou em conjunto com o Estado, não remuneradas, podendo ser Laicas (sem vínculo religioso) ou Confessionais (mantidas por instituições religiosas).

- **Particulares em Sentido Estrito:** instituídas e mantidas por uma ou mais pessoas físicas e/ou jurídicas de direito privado. Constituem-se em entidades de caráter comercial, sendo apenas essa a sua missão maior, não estando obrigadas a realizar atividades de cunho beneficente, embora possam, caso queiram, desempenhar esse papel.

A classificação adotada pelo Ministério da Educação (MEC) – 2009, quanto à sua natureza:

- **Universidades** são instituições cujas atividades-fim são o ensino, a pesquisa e a extensão em todas as áreas do conhecimento humano.

- **Centros universitários** são instituições de ensino em todas as áreas do conhecimento humano, não sendo obrigadas a desenvolver pesquisas.

- **Institutos** são instituições de ensino e pesquisa que não cobrem todas as áreas do conhecimento humano.

- **Faculdades Integradas** são instituições de ensino com propostas curriculares em mais de uma área do conhecimento, organizadas sob o mesmo comando e regimento comum, não sendo obrigadas a desenvolver pesquisas.

- **Faculdades** são instituições de ensino que não cobrem todas as áreas do conhecimento humano e não são obrigadas a desenvolver pesquisas.

- **Escolas** são instituições que oferecem um ou mais Cursos de Graduação em uma área específica, não precisando fazer pesquisa.

Desse modo, até 1947 foram criados no Brasil 16 cursos de enfermagem. No período de 1947 a 1964, foram criados mais 23 cursos, ou seja, um crescimento de 43,75% em 17 anos (TEIXEIRA et al., 2006, p. 481).

Esse crescimento foi mais acentuado a partir do final da década de 1960, quando se deu a expansão do ensino de enfermagem no país. Portanto, se em 1964 existiam 39 cursos, em 1991 passaram a existir 106 cursos, ou seja, uma expansão de 171% (VIEIRA, 2004, p. 56), a mesma informação é divulgada pelo MEC/Inep/Deas.

Em 2004, esse total saltou para 415, o que significa um incremento de 291,5%. Essa expansão ocorreu, predominantemente, na Região Sudeste, que absorveu 43% do total de cursos de graduação em enfermagem do país, seguida da Região Nordeste, que passou a dispor de 24,12%; Região Sul, com 14,61%; Centro-Oeste, com 10,96%; a Região Norte abriga apenas 7,3% dos cursos (ERDMANN; FERNANDES e TEIXEIRA, 2011, p. 90).

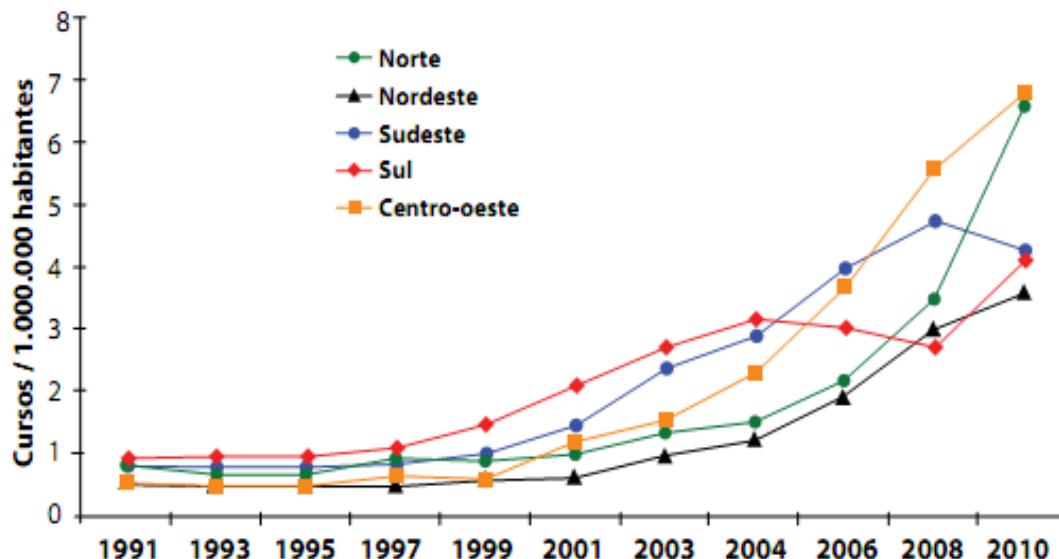
De acordo com o estudo de Andrade et al. (2012, p. 277, 278), 883 universidades brasileiras oferecem o curso de Graduação em Enfermagem presencial. De um total de 885 cursos, 404 (46%) estão localizados na região Sudeste, com destaque para o Estado de São Paulo, com 188 cursos (46%); Minas Gerais é o segundo, com 125 cursos (33%), e o menor número de cursos presenciais está na maior região geográfica do Brasil, a região Norte, com 50 cursos (6%). Na modalidade à distância, o Brasil tem duas universidades credenciadas com cursos autorizados e oferecidos por meio de 310 polos distribuídos em todo o país. Nessa modalidade, a maior concentração está também na região Sudeste, com 138

polos (45%), sendo que São Paulo detém 60% desses polos. Para essa modalidade, a região Norte disponibiliza apenas 12 polos (4%).

Com a proposta de democratizar o acesso à educação, a Educação à Distância (EAD) deveria priorizar regiões com notória suboferta na modalidade presencial, como é o caso da região Norte. Contudo, observa-se o fato de que os Estados com maiores concentrações de polos encontram-se na região Sudeste, local onde também está concentrado o maior número de vagas para o curso presencial.

Essas desigualdades regionais refletem o desenvolvimento industrial das regiões Sudeste e Sul que, por sua vez, favorecem uma demanda por serviços qualificados, conforme demonstra o gráfico 5, a seguir:

Gráfico 5 – Números de cursos de graduação em enfermagem por 1 milhão de habitantes por região geográfica, 1991-2010



Fonte: ERDMANN; FERNANDES e TEIXEIRA, 2011, p. 91

Podemos observar que a distribuição do curso e de vagas retrata as desigualdades geográficas; a expansão dos cursos nas regiões Sudeste e Sul pode ter obedecido ao desenvolvimento econômico e ao poder de consumo maior dessas regiões, mas não necessariamente uma resposta às reais necessidades de acesso ao ensino e à saúde dessas localidades, como é o caso das regiões Norte e Nordeste que, a despeito do aumento do número de vagas, continuaram desprovidas da infraestrutura necessária para o atendimento em saúde. Outro fator relevante de análise é que, embora tenha sido observada uma oferta substancial do número de vagas e o consequente aumento do número de egressos, o que se

apresenta é a desproporção quantitativa de profissionais nas diferentes regiões, com uma distribuição desigual da oferta de cursos. Vale destacar, ainda, que a desigualdade na oferta de cursos se faz presente não apenas entre as regiões, mas também no interior das mesmas, ou seja, dos 404 cursos existentes na região Sudeste, 188 (46%) estão no Estado de São Paulo, denotando uma maior concentração em cidades que representam grandes centros urbanos.

Outro fator importante é o aumento das instituições privadas, que podem trazer junto com o aumento da oferta, uma massificação do ensino com uma provável desproporção qualitativa, nem sempre atrelada ao aumento da qualidade que se espera na formação de profissionais de saúde, na medida em que os cursos dessa área requerem um alto investimento pedagógico em infraestrutura, tecnologia para os laboratórios, acervo bibliográfico especializado, número maior de docentes por turma na ocasião das aulas em laboratório e estágios curriculares, e convênios com instituições diversificadas de saúde para a realização dos estágios supervisionados.

Destacam-se aqui as melhores escolas da rede pública e privada do Estado de São Paulo classificadas por estrelas segundo Nadai (2011) de acordo com o Guia do Estudante em 2011:

- 5 estrelas: Botucatu: Unesp; Campinas: Unicamp; Marília: Famema; São Carlos: UFSCar; São Paulo: Unifesp e USP-SP e de Ribeirão Preto.

- 4 estrelas: Campinas: PUC-Campinas; Marília: Unimar; São José do Rio Preto: Famerp; São Paulo: Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein; Sorocaba: PUC-SP.

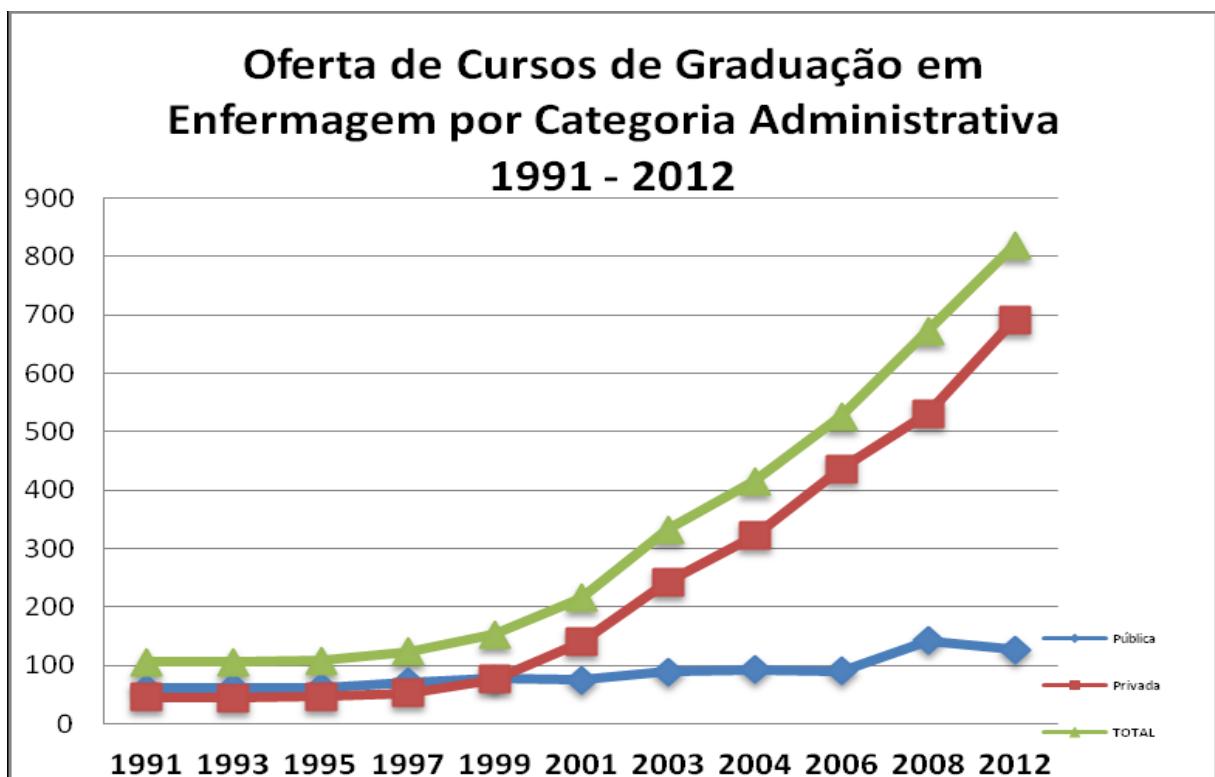
- 3 estrelas: Bauru: USC; Bragança Paulista: USF; Campinas: Faculdade Anhanguera de Campinas e UNIP- SP; Catanduva: Fipa; Jundiaí: UniAnchieta; Lins: Unilins e Unisalesiano; Mogi das Cruzes: UMC; Piracicaba: Unimep; Ribeirão Preto: CBM e Unaerp; Santa Fé do Sul: Funec; São José dos Campos: Univap; São Paulo: Fasm, FCMSCSP, São Camilo-SP, Unasp, Unicid, Universidade Anhembi Morumbi; Taubaté: Unitau.

Vale salientar que o crescimento dos cursos da rede pública foi menor do que os da rede privada. Os cursos da rede pública passaram de 61 em 1991, para 93 em 2010, representando um incremento na ordem de 52,45%, enquanto nos cursos da rede privada esse incremento foi de 615,55%, ou seja, passaram de 45

para 322. O maior crescimento da oferta de vagas na região Sudeste se deu no Estado São Paulo que passou de 2.120 vagas em 1991 para 26.907 em 2010.

Os dados apontam para uma predominância numérica da rede privada, que engloba 85,97% dos estabelecimentos, enquanto o setor público é responsável por apenas 14,03% das instituições (ERDMANN; FERNANDES e TEIXEIRA, 2011, p. 91). As instituições privadas prevalecem numericamente em todas as regiões do país, conforme demonstra o gráfico 6:

Gráfico 6 – Oferta de cursos de graduação em enfermagem por categoria administrativa, 1991-2012.



Fonte: FERNANDES , 2012⁶³

Esse desequilíbrio entre os cursos da rede pública e rede privada expressa a premissa mercadológica da educação superior que valorizou o livre mercado como elemento fundamental na criação de novos cursos e instituições.

⁶³ Conferência de abertura proferida no dia 30/08/2012 pela professora Josicelia Dumêt Fernandes (Universidade Federal da Bahia), no 13º SENADEn – SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM - UMA DÉCADA DE DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS: Avanços e Desafios na Enfermagem.

b) Forma de ingresso nas instituições da rede privada e pública

É sabido que o vestibular caracteriza-se normalmente como uma prova de aferição dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental e médio, sendo o principal meio de acesso ao ensino superior no Brasil. É o mais importante critério de seleção de candidatos, utilizado tanto pelas instituições públicas quanto privadas de ensino superior. Tem maior significado nas instituições públicas que, por sua gratuidade, são geralmente mais procuradas.

Há vantagens inegáveis que decorrem da utilização do vestibular em detrimento de outras formas de seleção (entrevistas, indicações, necessidades econômicas). A principal é a imparcialidade da prova e da correção, coadunada com a existência apenas de raros casos de suspeita de fraudes, normalmente acompanhados de cancelamento de prova. Garantido o anonimato nas correções, todos os candidatos têm chances iguais de concorrerem às vagas segundo, é claro, o preparo acadêmico de cada um. O vestibular privilegia a meritocracia, que é a base de qualquer sistema universitário de ponta no mundo. A meritocracia é frequentemente criticada por ser um modelo que favorece aqueles que tiveram maiores condições (inclusive econômicas) de se preparar (MASTROCOLA, 2010).

Os vestibulares para as universidades particulares no Brasil são muitas vezes mal vistos, exatamente por não representarem, em muitos casos, pouca dificuldade ao estudante, principalmente por serem menos concorridas que as públicas (MASTROCOLA, 2010).

Já os vestibulares para as universidades públicas no Brasil são os mais concorridos dentre aqueles aplicados no país, seja pela oportunidade única do estudo gratuito ou pela reputação de um ensino de qualidade de que gozam estas instituições em relação às privadas. Sendo o número de vagas limitado nas universidades, esses vestibulares atingem um grau de concorrência elevado, representado pelo número elevado de candidatos por vaga (CLAPIS et al., 2004, p. 9).

É interessante notar que para o ingresso na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e USP de São Paulo (EERP/EEUSP), desde a sua criação até o ano de 1967, era necessário que o candidato possuísse o curso ginásial completo ou equivalente e fosse aprovado em exame vestibular, realizado pela própria escola, nas disciplinas de física, biologia e química. No período de 1968 a 1976, a condição de ingresso estava vinculada à conclusão do curso colegial ou equivalente, e à

aprovação no vestibular pelo Centro de Seleção de Candidatos às Escolas (CESEM), entidade responsável pelo processo seletivo de aspirantes à área biológica nas Escolas Públicas do Estado de São Paulo, cujas provas eram realizadas em uma única fase, com utilização de testes de múltipla escolha.

A partir de 1977, a seleção para ingresso no curso passou a ser de responsabilidade da Fundação Universitária para o Vestibular (FUVEST), realizado em duas fases, sendo a primeira com questões de múltipla escolha e a segunda com questões dissertativas. Da mesma forma exige-se como requisito a conclusão do 2º grau (atual ensino médio) ou equivalente (CLAPIS et al., 2004, p. 9; CAMPOS; OGUILSSO, 2008, p. 893).

Desse modo, a estrutura das provas varia de acordo com a instituição responsável pela prova e algumas vezes uma mesma instituição utiliza diferentes métodos ao longo dos anos, dependendo do objetivo da prova. Algumas instituições costumam dividir o exame em duas fases distintas:

- **Primeira fase:** O candidato deve responder a questões de múltipla escolha, compreendendo as disciplinas de Língua Inglesa, Língua Espanhola ou Língua Francesa, Língua Portuguesa, História, Geografia, Biologia, Física, Matemática e Química; dependendo da instituição existem outras opções como Sociologia, Filosofia e Artes.

- **Segunda fase:** Exige que o candidato tenha se classificado na primeira fase. O candidato deve responder a questões na forma escrita de acordo com a faculdade que ele deseja frequentar. Por exemplo, um candidato à Engenharia deve atender às provas de Língua Portuguesa, Matemática, Física e Química (MASTROCOLA, 2010).

Outras instituições permitem que o candidato preste a prova via internet, enquanto algumas realizam uma maior vigilância sobre o candidato, organizando uma enorme estrutura para a execução da prova para milhares de candidatos em apenas um dia.

A partir de 2009, o governo brasileiro tomou medidas no tocante a incentivar que as notas do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) fossem levadas em consideração para a colocação do candidato nas provas vestibulares (MASTROCOLA, 2010).

c) Público alvo e perfil dos estudantes das instituições de ensino privada e pública

Para Manzolli e Motteleone (1977) *apud* Santos, e Leite (2006, p. 155), a preocupação com o perfil do ingressante não é nova na enfermagem. Esses autores estudaram os ingressantes na *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto* e na *Escola de Enfermagem, ambas da Universidade de São Paulo*. Nesse estudo, a população foi de 312 alunos, sendo 182 da capital e 130 de Ribeirão Preto. Em sua grande maioria, jovens do sexo feminino procedentes, em geral, da cidade onde estava a Escola e o seu ingresso no curso era imediato após a conclusão do colegial.

Arcuri, Araújo e Oliveira (1983) *apud* Santos, e Leite (2006, p. 155) investigaram os fatores que influenciaram alunos ingressantes na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em um estudo quantitativo, na escolha da enfermagem como opção profissional. Tal estudo mostrou que a grande maioria era composta de jovens entre 18 e 22 anos, do sexo feminino, procedentes da capital paulista e dependentes economicamente dos pais.

Em relação à opção pelo curso, metade desses alunos apontou a enfermagem como primeira opção profissional, e a outra metade pretendia fazer outro curso além da Graduação em Enfermagem. Os fatores que influenciaram na escolha da profissão foram o interesse pelas ciências biológicas, desejo de ajudar pessoas, preocupação com o nível de saúde da população, desenvolvimento da personalidade com o objetivo de compreender melhor a pessoa, incentivo da família, interesse financeiro, experiência de trabalho hospitalar ou comunitário, experiências com hospitalização, ingresso mais fácil na área das ciências biológicas, *status* profissional e Enfermeiras na família (SANTOS; LEITE, 2006, p. 156).

Em 1995, TAVARES et al. *apud* Santos e Leite (2006, p. 156) levantaram dados de ingressantes de 28 escolas privadas de enfermagem do Estado de São Paulo, e apontaram a prevalência do sexo feminino e jovem dos que realizaram curso preparatório para o vestibular e entre outros resultados, como ter ingressado pela afinidade com a profissão, com a perspectiva de inserção no mercado de trabalho e com a remuneração. Evidenciaram-se, também, sentimentos contraditórios de importância, superioridade, decepção e liberdade do aluno ingressante. À época da realização do estudo, os autores apontaram que já havia

poucos estudos correlatos sobre o assunto; dezessete anos depois ainda temos pouca produção nesta temática.

Sendo assim, Santos e Leite (2006, p. 156) realizaram um estudo exploratório descritivo para investigar junto aos alunos ingressantes em Enfermagem de uma universidade particular da cidade de São Paulo, como se dava sua inserção nesse curso. As respostas obtidas indicaram que os alunos eram adultos jovens, do gênero feminino, casados, sem filhos e na sua maioria, trabalhadores. Muitos moravam na região da universidade e tinham sua formação no nível médio em escola pública, sendo que a sua inserção no ensino superior se deu após dois semestres ou mais da conclusão do ensino médio, e tiveram contato com o curso por meio de pessoas conhecidas e pelos meios de comunicação.

Verificou-se, portanto, que o perfil do ingressante de enfermagem tanto da rede pública, quanto privada pouco se diferencia, e esses constroem suas competências no contexto em que se encontram. Sendo assim, de acordo com Teixeira *et al.* (2006, p. 483) surge um desafio para os cursos de enfermagem, o de aceitarem o perfil de entrada como dado de realidade sobre o qual não tem governabilidade, e revisitarem suas formas de organização do trabalho pedagógico, na tentativa de extrair alguma positividade da experiência de trabalho que os estudantes trazem, bem como da cultura que possuem.

Capítulo III - DESENVOLVIMENTO E SITUAÇÃO ATUAL DAS POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Esse capítulo objetiva realizar um resgate histórico da formação do profissional de enfermagem em nosso país, apresentando leis que regulamentaram, e ainda regulamentam o ensino da profissão, visto que, num currículo existem duas dimensões: a formal - prevista pela lei - e a não oficial, e que pode não se apresentar tão implícita quanto se imagina. Assim sendo, se o currículo formal e legal traz no seu bojo a conjuntura social de uma época, faz-se necessário analisar o contexto histórico de criação da primeira lei referente ao ensino de enfermagem no Brasil para tentar compreendê-lo e interpretá-lo, mas não sem antes apresentar a história da constituição da própria profissão.

3.1 O Início da Profissionalização do Cuidar

Essa seção propõe a análise da formação em enfermagem, mais especificamente, como ocorre a formação do profissional Enfermeiro partindo da compreensão das relações existentes entre a educação e as práticas escolares, com o sistema social de produção.

Com a Revolução Francesa, houve um interesse da burguesia na manutenção de sua condição, o que alterou radicalmente a noção de educação, e a escola passou a ter uma importância central, ela surgiu como mais uma forma de perpetuar a nova situação social. A partir do ponto em que a escola ganhou destaque, e de certa forma perpetuou a sua importância, com o novo *status* dado à educação, a ciência passou a ter maior relevância, em oposição à supremacia até então dada à igreja. Na obra de Petitat (1994, p. 184) temos um trecho que evidencia essa situação - "A ciência marcha à frente e se torna o motor do desenvolvimento. Este esquema, mesmo que correspondesse apenas parcialmente à realidade, se impõe pouco a pouco: os laboratórios precedem as fábricas, a teoria comanda a prática".

No Brasil, o interesse na educação de Enfermeiras tornou-se grande e culminou com o aparecimento de escolas em 1873 (ou seja, apenas no final do século XIX) no Estado do Rio de Janeiro. As profissionais perceberam a

necessidade de desenvolver sua influência, reconhecendo a urgência de trabalharem coletivamente para controlar e elevar o padrão de qualidade das escolas de enfermagem, e prover professores qualificados para que o sistema de enfermagem pudesse se desenvolver cientificamente. A ideia de Enfermeira treinada vinha gradativamente sendo substituída pela necessidade de Enfermeira profissional formada por um programa educacional bem planejado, com um corpo específico de conhecimentos, diferente do conteúdo da medicina. Tal conhecimento seria obtido numa instituição educacional ao invés de uma instituição voltada para o serviço. A finalização do treinamento resultaria na obtenção de grau acadêmico e um certificado profissional. Esse seria o caminho para a enfermagem estabelecer a sua posição definitivamente. Dessa forma, novamente temos a lógica da formação se invertendo, remetendo a escola como instituição formadora, preocupando-se com os aspectos teóricos da formação, enquanto na situação anterior as instituições de saúde se preocupavam mais com os aspectos práticos da formação, uma formação eminentemente empírica, em serviço.

Segundo Germano (1996 p. 33), em 1890, pelo Decreto nº. 791 de 27 de setembro, o governo provisório da República criou e instituiu a escola profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, que funcionou no Hospício Nacional de Alienados no Estado do Rio de Janeiro, para preparar pessoal para o trabalho com os doentes mentais, pois as irmãs de caridade tinham abandonado suas atividades por incompatibilidade com o diretor do hospício. Posteriormente essa escola passou a ser chamada de Alfredo Pinto, inspirada no modelo francês da escola de Salpetière da França, onde somente Médicos exerciam as atividades docentes. Interessante salientar que, na época, o conceito de hospício e de hospital voltava-se para a noção de asilo, hospedagem, locais em que os doentes mentais ficariam isolados da comunidade, em acomodações devidamente construídas para isso, cujas atividades exercidas eram predominantemente assistenciais e filantrópicas, e praticadas por religiosas.

Por volta de 1901-02, já no século XX, iniciou-se um curso de enfermagem em São Paulo que se destinava ao atendimento de estrangeiros no Hospital Evangélico, hoje, Hospital Samaritano, sob a orientação de Enfermeiras inglesas; o conceito de hospitalidade no hospital já estava intrínseco, como forma de atender bem os estrangeiros com condições econômicas diferenciadas, diferente do conceito de hospício, que era para os alienados. Importante sinalizar que devido à expansão

das lavouras cafeeira e à imigração, a cidade de São Paulo nessa época se transformou, não apenas cresceu em número de habitantes, mas enriqueceu, atraindo de um lado capitalistas e fazendeiros, e do outro, uma população diversificada vinda do campo, que migrava devido à queda do preço de salário pela crescente oferta de mão de obra, ou para trabalhar no setor de serviços ampliados pela própria urbanização. O crescimento da cidade foi desordenado, acarretando problemas sanitários e de saúde pública. Foram criados novos bairros, abertas avenidas, pavimentadas ruas, e paulatinamente ampliados os serviços de infraestrutura urbana (água, esgoto, iluminação a gás, serviço de bondes por tração animal), beneficiando os mais ricos. A população pobre aglomerou-se em regiões distantes sem saneamento ou insalubres, sendo sistematicamente castigadas pelas enchentes (MOTT, 1999, p.332-333). Nesse sentido, a formação em enfermagem tanto da Escola Alfredo Pinto quanto a do Hospital Samaritano estavam vinculadas ao modelo biomédico hospitalocêntrico, voltado para uma elite que poderia pagar pelo atendimento.

A primeira Grande Guerra (1914 -1918) incentivou muito o progresso da Cruz Vermelha⁶⁴. Fundaram-se filiais em diversos Estados e abriram-se cursos de voluntárias. A filial de Petrópolis, por exemplo, chegou a organizar e manter um hospital de emergência que foi de grande auxílio à população. Tendo compreendido a necessidade urgente da formação de Enfermeiras, o setor feminino da Cruz Vermelha iniciou um curso para o preparo de profissionais. Assim, em 1916, foi fundada a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, com o propósito de preparar socorristas voluntárias para atendimento em situações de urgência. Internacionalmente, essa instituição foi fruto de um movimento para

⁶⁴ A Cruz Vermelha Internacional foi fundada em 1863, em Genebra, na Suíça, a partir do empenho de Henri Dunant, que participou da batalha de Solferino na Itália, com o objetivo de providenciar socorro não partidário para feridos de guerra. Posteriormente, ampliou-se o programa de atividade da sociedade, incluindo a ajuda a vítimas de desastres e calamidades públicas (1907) e prisioneiros de guerra (1929). Nos estatutos da Cruz Vermelha Brasileira verifica-se que a associação tinha por objetivo prestar, diretamente ou em auxílio do Governo, socorros a feridos e enfermos e proteger os necessitados em caso de calamidade pública, quando fossem insuficientes os recursos de defesas sanitárias habituais. Competia à diretoria promover e dirigir a instrução dos seus auxiliares, fiscalizar as escolas de Enfermeiros e Padoleiros e os hospitais da sociedade; fundar escolas de enfermeiros padoleiros, formando pessoal habilitado para o serviço hospitalar e de ambulâncias em tempo de paz e guerra; e gabinetes de consultas, maternidade, creches, etc. Logo que os fundos permitissem seria instalado um dispensário para instrução de pessoal sanitário, de Enfermeiros e Enfermeiras, de padoleiros e padoleiras e voluntários para atender também à população indigente, onde, além de cuidados físicos, seriam ministradas conferências sobre sífilis, tuberculose, alcoolismo e higiene infantil. (MOTT, P. 348-348)

melhorar as condições de assistência aos feridos de guerra reintegrando-os à sociedade.

Em 1920, a enfermagem no Brasil começou a deixar o treinamento ocasional para os serviços hospitalares e entrava no século XX com uma identidade estabelecida, resultante de uma educação baseada também em conteúdos específicos de enfermagem e fortalecida pelas organizações criadas que passaram a desenvolver recomendações relevantes aos padrões educacionais e práticos.

Assim, a enfermagem com organização administrativa e docente, sob a responsabilidade de Enfermeiras, como curso estruturado e apresentando exigências de escolaridade para ingresso (as escolas de Enfermagem Alfredo Pinto e Cruz Vermelha tinham como única exigência de ingresso saber ler e escrever), surgiu no contexto sociopolítico-histórico e cultural brasileiro atrelada a importantes fatores.

A tabela abaixo apresenta uma síntese dos principais dispositivos legais que nortearam e norteiam a formação do Enfermeiro no país que serão abordados nesse capítulo:

Tabela 4 – Dispositivos legais que determinaram o currículo do enfermeiro no país segundo ano e principais objetivos. São Paulo, 2013.

Ano	Dispositivo Legal	Principais Objetivos
1. 1923	Decreto n.º 16.300/23	Formar Enfermeiras para a melhoria das condições sanitárias da população, assegurando condições à continuidade do comércio internacional, que se encontrava ameaçado pelas epidemias.
2. 1949	Lei n.º 775	Resultado de pressões das profissionais de enfermagem que lutavam pela garantia e reconhecimento da profissão, colocando-a ao nível do ensino universitário, mas, também atendeu ao setor produtivo e empresarial da área da saúde, estabeleceu os fundamentos para o currículo pleno, determinando as condições em que se devia processar a formação.
3. 1962	Parecer n. 271/62	O curso de enfermagem teve de ser reestruturado devido a Lei nº. 4.024 fixou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Apesar de existir a Comissão de Peritos de Enfermagem, uma comissão do CFE, composta de três Médicos, apresentou sugestões que regulamentou o currículo mínimo para o curso de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> - reduziu a duração do curso de quatro para três anos; - introduziu especializações num quarto ano optativo; - eliminou a disciplina de Enfermagem em Saúde Pública do currículo mínimo, que passou a ser especialização de caráter optativo.
4. 1972	Parecer 163/72 Resolução CFE nº. 4 de 1972	A Reforma Universitária - Lei 5.540/1968 de 28/11/1968 trouxe a ampliação do número de vagas, a modernização do ensino superior, e a necessidade de revisão dos currículos mínimos dos cursos.
Continua		O currículo mínimo passou a ser estruturado em dois troncos: pré-profissional e profissional comum, acrescido da opção para

Ano	Dispositivo Legal	Principais Objetivos
5. 1994	Parecer 314/94 do CFE Portaria 1721 do MEC	<p>habilitação em:</p> <ul style="list-style-type: none"> - enfermagem médica-cirúrgica; - enfermagem obstétrica; - enfermagem em saúde pública. <p>Constituiu uma dicotomia em toda estrutura curricular: saúde/doença; ciências básicas/ciências da enfermagem; cura/prevenção</p> <p>Iniciou-se um amplo movimento de denúncias das distorções operadas na assistência à saúde da população. Marcos que se constituíram na expressão de um processo de luta de diferentes atores da sociedade por ampliação de direitos sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - VIII Conferencia Nacional de Saúde em 1986; - Promulgação da Constituição Brasileira em 1988; - Criação do Sistema Único de Saúde – Leis Orgânicas de Saúde (LOS) - 8.080/90 e 8.142/90. <p>Objetivo de formar um profissional com um novo perfil, denominado generalista (carga horária mínima de 3.500 horas; duração de quatro a seis anos letivos; estágio Curricular de 500 horas, com duração não inferior a dois semestres letivos e desenvolvido sob supervisão docente; redimensionamento dos conteúdos das ciências humanas e biológicas.</p> <p>Evidenciava o perfil sanitário e epidemiológico da população, a organização dos serviços de saúde, o processo de trabalho em enfermagem, a articulação entre o ensino e os serviços</p> <p>Eixos temáticos: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem (25%), Fundamentos de Enfermagem (25%), Assistência de Enfermagem (35%), Administração em Enfermagem (15%).</p> <p>Intencionalidade de formar Enfermeiros em consonância com o SUS.</p> <p>Fragilidades - ausência das disciplinas da área de educação, desconsiderando a função educativa da enfermagem; delimitação do percentual da carga horária dos eixos temáticos, que configurava um controle sobre o processo de formação e desconsiderava as características institucionais e regionais onde os cursos se inseriam.</p>
6. 2001	Resolução CNE/CESº 3 de 7/11/2001	<p>A LDBEN nº 9.394, de 20/12/1996 – nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, determinou mudanças na educação nacional (reestruturação dos cursos de graduação, extinção dos currículos mínimos, e adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso).</p> <p>A década de 1990 veio com um acirramento da política neoliberal gerando a universalização da exclusão social como resultado da primazia do econômico em detrimento do social, que teve suporte na lógica do mercado e na minimização do Estado.</p> <p>A formação generalista em substituição ao modelo biomédico especializado, fragmentado e hierarquizado; ruptura com a concepção biologicista, curativista, especializada e hospitalocêntrica. Orientada pelo modelo epidemiológico, comprometida com a oferta de ações de saúde com terminalidade e resolutividade.</p> <p>O modelo de formação por competências trouxe conotações subjetivas que dão margem a múltiplas interpretações, como a críticas e dificuldades na sua compreensão e implementação, fato justificado pela sua concepção tecnicista, bem como pela ideia de qualificação atrelada à produção no modelo de</p>

Ano	Dispositivo Legal	Principais Objetivos
7. 2003	Parecer Nº. CNE/CES 108 aprovado em 5/2003:	organização capitalista do trabalho. Pode ter aproximações epistemológicas com as perspectivas neoliberais favorecendo ainda mais o processo de individualização da sociedade, desprestigiando o trabalho coletivo. A terminalidade da formação por meio dos estágios curriculares, nos dois últimos semestres do curso, subsequentes à teoria, reafirmou uma organização curricular com características funcionalistas positivistas.
8. 2009	Resolução CNE/CES Nº. 04, de 6 de Abril de 2009	A Resolução 03/2001 – não definiu carga horária, veio para assegurar, às instituições de ensino superior, ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas. Dispõe sobre Carga Horária Mínima e procedimentos relativos à Integralização na modalidade presencial, mínimo de 4000 horas, integralização em cinco anos em dez semestres letivos.

Em 1922, o Brasil vivia um período marcado por epidemias e endemias (peste bubônica, febre amarela, varíola, gripe espanhola), em parte devido às condições de vida da população pobre, que tinha se aglomerado em regiões distantes sem saneamento ou insalubres, o que não era favorável à economia exportadora cafeeira, portanto, se fazia necessário erradicar tais doenças. Nesse contexto, uma das medidas a ser implementada era o saneamento dos portos e núcleos urbanos, visando a atração de mão de obra para a constituição do mercado em desenvolvimento. Por conseguinte, fortemente apoiado pelo movimento dos Médicos sanitaristas, foi fundado em 1921 o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), e sua direção geral foi entregue ao Médico Carlos Chagas.

Posteriormente, o Ministério da Justiça e Negócios Interiores, pelo Decreto nº. 15 799/22, de 10 de novembro de 1922, aprovou o regulamento do Hospital Geral de Assistência do DNSP, e criou uma escola de Enfermagem (*Art. 3º Anexo ao hospital funcionará a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública*).

Nesse momento, a formação da enfermagem se vinculou às necessidades da saúde pública. Em uma análise da legislação que oficializou o curso de enfermagem no Brasil verifica-se que, já nessa época, embora a criação da escola de enfermagem estivesse diretamente relacionada a fatores socioeconômicos, e já se fazia presente a necessidade social da implementação do cuidado visando não só a promoção, proteção e reabilitação da saúde, como também a prevenção e/ou cura das doenças. Isso incita a pensar que se não houvesse certa dependência do país em relação às exportações, os esforços quanto à erradicação de endemias e

epidemias poderiam não ter sido os mesmos, evidenciando a estreita relação dos setores saúde e educação com o setor econômico.

Durante a gestão do Dr. Carlos Chagas foi instituída a missão de cooperação para o desenvolvimento da enfermagem brasileira com o apoio da fundação Rockefeller, fato que propiciou a vinda de um grupo de Enfermeiras norte americanas ao país e a propagação do modelo anglo-americano de enfermagem (*nurse e ladies nurses*). Segundo Germano (1996, p 35-40), a enfermagem moderna com *status* de ciência surgiu mundialmente na pessoa de Florence Nightingale⁶⁵, e no Brasil na pessoa de Ana Nery⁶⁶. Ambas foram consideradas exemplos para a enfermagem, e eram provenientes da então considerada burguesia.

É certo que as Enfermeiras norte americanas não conheciam mais da realidade brasileira do que os outros profissionais que já exerciam atividades relacionadas à enfermagem em nosso país, e ainda que a troca de informações sobre atividades correlatas que estivessem dando certo fosse de fundamental importância para melhorar uma situação existente, a importação de um modelo eficiente no País de origem requeria adaptações à nossa realidade, o que não aconteceu⁶⁷.

A escola foi instituída por meio do Decreto nº. 16 300/23, de 31 de dezembro de 1923:

⁶⁵ Florence Nightingale (12 de Maio 1820, Florença - 13 de Agosto 1910, Londres) foi uma Enfermeira britânica que ficou famosa por ser pioneira no tratamento a feridos de guerra, durante a Guerra da Criméia (1853 – 1856). Também contribuiu com as primeiras teorias sobre limpeza do ambiente hospitalar, higiene e nutrição, como forma de restabelecer processos saudáveis de tratamento; na área da estatística suas contribuições foram a criação do sistemas de representação gráfica como o gráfico setorial (comumente conhecido como gráfico do tipo "pizza"), e participação para a adoção da Classificação Internacional de Doenças (CID) para tabulação da morbidade hospitalar (SILVA, 2007, p. 17).

⁶⁶ Ana Justina Ferreira Néri nasceu na vila de Cachoeira de Paraguaçu-BA em 13 de dezembro de 1814, viúva do capitão de fragata, ao ter seus filhos e irmãos convocados para a Guerra do Paraguai (1864 - 1870) ofereceu seus serviços como Enfermeira até o fim da guerra (SILVA, 2007, p. 17).

⁶⁷ Patrícia O'Brien, num artigo sobre a enfermagem na Filadélfia no século XIX, afirmou que tradicionalmente se considerava 1885 o início da história da enfermagem moderna naquela cidade, quando ocorreu a chegada das Enfermeiras formadas pela escola de Florence Nightingale. Porém, antes da chegada das Enfermeiras inglesas, a cidade já contava com algumas Enfermeiras formadas nos hospitais locais e consideradas de excelente qualidade. A herança da fama de Florence Nightingale e de seu legado possui um duplo significado. Se, por um lado, deu status e prestígio profissional à enfermagem, por outro, acabou por aprisionar o campo de conhecimento, como se apenas uma herança, estrutura e tipo de formação fosse legítima. Essa observação de Patrícia O'Brien talvez possibilite entender a razão do pequeno número de pesquisas e a reduzida contribuição atribuída aos primeiros cursos de enfermagem no Brasil, anteriores à fundação da Escola Ana Nery, organizados pelos hospitais, apesar de terem sido os grandes fornecedores de Enfermeiros e Enfermeiras para o Brasil por muitas décadas (MOTT, 1999, p. 350-351).

A Escola de Enfermeiras, subordinada à Superintendência do Serviço de Enfermeiras de Saúde Pública, tem como objetivo educar Enfermeiras profissionais, destinadas aos serviços sanitários e a aos trabalhos gerais ou especializados, dos hospitais e clínicas privadas. (ARTIGO 393).

Esse foi o ponto de partida para a enfermagem brasileira iniciar seu processo de profissionalização, passando por profundas transformações sob a grande influência do modelo *nightingeliano*, visto que foram as Enfermeiras norte americanas as responsáveis pelas primeiras turmas de enfermagem no país, sendo elas mesmas influenciadas segundo a teoria de enfermagem proposta por Florence Nightingale.

Conforme descrito por Pereira (2008, p. 27-28), a Enfermeira Ethel Parsons foi responsável por elaborar um relatório sobre a prática de enfermagem no país; ela escreveu em seu relatório que não haviam Enfermeiras treinadas, e escolas de enfermagem que tivessem um pouco de qualidade e que pudessem ser comparadas às dos países anglo saxões. A primeira diretora da escola Ana Néri foi a Enfermeira norte americana Clara Louise Kienninger; na primeira turma de formadas destacaram-se as alunas Lais Netto dos Reys, Olga Salinas Lacôrte, Maria de Castro Pamphiro e Zulema Castro, que obtiveram bolsa para continuar seus estudos nos Estados Unidos (COREN - SP, 2012).

Em 1931, as Enfermeiras norte americanas deixaram o país, mas na tentativa de manter o controle estabelecido para a profissão, e como garantia da continuidade de seu modelo profissional instituíram o primeiro regulamento profissional de enfermagem, e antes de sua partida treinaram algumas Enfermeiras brasileiras para assumir a direção da escola (PEREIRA, 2008, p. 27-28). A primeira diretora brasileira da escola foi Raquel Haddock Lobo, assumindo a direção em julho de 1931; ela esteve na Europa durante a Primeira Grande Guerra e incorporou-se à Cruz Vermelha Francesa (COREN- SP, 2012).

O modelo de enfermagem *nightingeliano* revela um perfil profissional diferente do perfil proposto pelas freiras onde as *ladies-nurses*, oriundas da burguesia, destinavam-se à realização de tarefas consideradas nobres, indiretamente relacionadas aos usuários dos serviços de saúde, tais como o ensino e a administração hospitalar. Levando-se em consideração as exigências para o ingresso no curso de enfermagem, em especial a escolaridade que pelo Decreto nº. 16 300/23 devia possuir - *diploma de uma escola normal ou documento que prove*

ter instrucção secundaria bastante, a critério da directora, podendo, na hipótese de recusa, ser levado o facto à decisão do Director Geral do Departamento - é possível estabelecer uma comparação do nível de escolaridade entre aquelas *nurses* e *ladies-nurses* e os Enfermeiros brasileiros na atualidade, pois temos o nível médio como escolaridade na enfermagem (Auxiliares e Técnicos em Enfermagem) que, pelas atividades desenvolvidas, podem ser comparados às *nurses*, e temos os Enfermeiros, com a formação universitária, que pelas atividades desenvolvidas em parte podem ser comparados às *ladies nurses*.

Interessante avaliar que as dualidades apresentadas podem ser de diversas formas reproduzidas dentro do contexto social. Nightingale teve atuação importante na diminuição da mortalidade dos feridos na guerra da Criméia. Devido a esse fato conseguiu reconhecimento e prestígio social, posteriormente abrindo uma escola de enfermagem na Inglaterra, que ficou famosa sendo responsável pela formação de Enfermeiras de outros países como Canadá e EUA. As primeiras Enfermeiras brasileiras foram formadas por suas discípulas inglesas. Nightingale defendia que as Enfermeiras e os Médicos deviam ser partes iguais no cuidado dos doentes, sem a divisão de importância por gêneros e profissão.

Contudo, foi a responsável pela divisão da enfermagem em categorias compostas pelas *ladies-nurses* e *nurses*, como a divisão clara de tarefas, uma vez que as *ladies-nurses*, oriundas da burguesia, não se destinavam aos cuidados diretos dos pacientes (alimentação, higiene e medicação), tais cuidados ficavam sob a responsabilidade das *nurses*, oriundas do proletariado – trabalho manual, com escolaridade equivalente hoje ao ensino fundamental. As *ladies-nurses* destinavam-se à administração do cuidar, com ensino equivalente ao superior, seu trabalho era não manual, configurando as dualidades no ensino com escolarizações diferentes de acordo com as categorias, e, sobretudo, classes sociais. As *ladies-nurses*, pela condição feminina histórica do cuidar, atrelada ao papel social da mulher, não poderiam ter acesso facilmente aos cursos das categorias mais prestigiadas socialmente no país.

Inicia-se, assim, uma nova fase na enfermagem quando ocorre o delineamento do perfil profissional com a imagem desse profissional perante à sociedade, unindo o estudo de uma teoria de enfermagem com a implementação de um cuidado cientificamente embasado, passando de um aprendizado por repetição, sustentado apenas pela observação da prática, a um aprendizado norteado por

princípios científicos, que objetivava a solução de problemas. Contudo, esse modelo implantado de formação contribuiu para manter e aumentar as desigualdades sociais existentes; Campos *et al.* apresenta argumentos que possibilitam pensar sobre essa situação:

As evidências permitem indicar que as intenções de elevar o status do cuidado, anteriormente caracterizada como prática desqualificadora, exercida por mulheres pobres e desviantes, contribuiu para o impedimento da admissão de mulheres negras na enfermagem moderna brasileira, invariavelmente representadas como desregradas, mal formadas, fora dos padrões construídos para a enfermagem e sua principal personagem: a Enfermeira. Contrariando a concepção de democracia que fundou o regime republicano no Brasil, para ingressar na profissão, era preciso ser mulher, branca, ter vocação para a arte do cuidado, possuir formação educacional e religiosa preferencialmente cristã; pré-requisitos que restringiam possibilidades de seleção e aumentavam as distâncias entre negros e brancos, pois agia na esfera cultural das práticas sociais. (CAMPOS et al, 2007, p. 36).

Nesse sentido, o modelo de formação proposto desconsiderou totalmente as práticas de saúde que já eram instituídas no país, e bem como as outras escolas e profissionais formados, independente de suas ações terem surtido resultados satisfatórios, e estabeleceu critérios de manutenção da exclusão e discriminação social ao dividir as ações da enfermagem pelas categorias profissionais, colocando critérios discriminatórios de seleção para ingresso no curso de enfermagem, como ter realizado o curso normal, proibição de ingresso no estudo aos homens, e também a discriminação social e racial por proibir o ingresso de candidatas negras no curso.

A partir da constatação da discriminação social para ingresso no curso, como os discursos oficiais podem ter conseguido amparar a concepção que a cooperação com a fundação Rockefeller, para a criação do curso de enfermagem no país, veio atender aos interesses da saúde coletiva? Qual seria o sentido de coletivo nesse processo formativo, totalmente imbuído de várias facetas da discriminação social? Questionamos como os profissionais formados nesse modelo estariam aptos para atender a população que passava pelos processos epidêmicos descritos?

A lei prévia, também, a substituição das Enfermeiras *Práticas*, no art. 58: “As Enfermeiras praticas irão sendo substituídas pelas alumnas e pelas Enfermeiras diplomadas pela Escola, à medida que o numero dellas for augmentando”, pois a aprendizagem das primeiras acontecia de forma empírica, em serviço, seguindo uma rotina que nem sempre pode dar respostas a questões inusitadas e a todas as

intcorrências com a mesma segurança de uma Enfermeira *Diplomada*. Dessa forma, a lei mostrava uma preocupação com o cuidar e com o seu embasamento teórico. Esse ciclo de substituição se repete até hoje com a mudança dos nomes das funções de Atendente de Enfermagem para Auxiliar de Enfermagem, de Auxiliar de Enfermagem para Técnico em Enfermagem; essas mudanças serão detalhadamente explicadas, conforme a análise dos dispositivos legais a seguir.

O primeiro curso de enfermagem que foi considerado oficial tinha duração de 2 anos e 4 meses, e como havia necessidade de formação de profissionais qualificados emergencialmente, por causa do momento social vivido com as grandes epidemias foi instituído no Decreto nº. 16 300/23 um curso para *Visitadoras de Higiene*:

§ 1º Em quanto não puder a escola fornecer Enfermeiras diplomadas em numero sufficiente para o desempenho dos serviços sanitários, afim de garantir a boa marcha de taes serviços, pela superintendente geral do serviço de Enfermeiras serão organizados cursos intensivos de instrucción theorica e pratica para visitadoras de hygiene.

Nesse ponto pode ter sido iniciada a subdivisão do cuidar, entre o manual e o teórico, pelas diversas categorias profissionais de enfermagem. Todavia, em nenhum artigo do decreto consta como seria a organização do curso intensivo, deixando dúvidas se ele foi um aprendizado apenas em serviço, ou uma artimanha política para atender às exigências comerciais dos hospitais, fornecendo mão de obra sem remuneração adequada.

Para as visitadoras de higiene não constavam exigências, podiam não apresentar aquele nível de escolaridade exigido para as Enfermeiras diplomadas. Em comparação com as *nurses*, as visitadoras de higiene, provavelmente oriundas das classes pobres, destinavam-se às tarefas diretamente relacionadas ao cuidado direto aos usuários dos serviços de saúde, tais como a troca de roupa de cama, os cuidados de higiene pessoal, alimentação, e a administração de medicamentos, já que para exercer tais funções não era exigido nível de escolaridade.

Não existe nenhum parecer que embase o Decreto n. 16 300/23, ou que informe o espírito desse dispositivo legal, o único anterior relacionado a ele é o Decreto nº. 15. 799 / 22 de 10 de novembro de 1922 do Ministério da Justiça e Negócios Interiores que aprovou o regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública. Com base nisso é interessante observar como a interpretação de uma lei pode apresentar sentidos tão distintos e até mesmo

ambíguos, pois no mesmo momento em que foi estipulado todo um embasamento científico para o curso de enfermagem, sugerindo toda uma preocupação com a formação do profissional que executaria a assistência, permite-se, no mesmo documento, a formação de um outro profissional para exercer tais ações sem delinear claramente a sua formação. No Decreto nº. 16 300/23 pode-se identificar uma preocupação constante com os aspectos teóricos e práticos, fornecendo o entendimento de que as disciplinas estão organizadas em torno do desenvolvimento do cuidar:

Art. 418. As alumnas serão obrigadas a um serviço diário de oito horas, no Hospital Geral de Assistência ou em outro estabelecimento de assistência, para cujo serviço sejam destacadas.

Art. 419. A freqüência das aulas nos trabalhos práticos é obrigatória.

Em 1949, pela Lei nº. 775, de 6 de agosto de 1949 que dispõe sobre o ensino da enfermagem no país, o curso de enfermagem foi dividido, criando-se oficialmente o curso de Auxiliar de Enfermagem, regulamentando uma prática social já vigente sem respaldo legal, uma vez que já havia relatos da existência do curso de auxiliar de enfermagem com a duração de 18 meses na escola Ana Néri e na escola Carlos Chagas em 1936, ou seja, 13 anos antes dessa legislação. É possível compreender que essa foi apenas uma forma de substituir o curso de visitadores de higiene, usando agora outra denominação, passando por um novo *status*, uma nova *roupagem*, continuando de certa forma o que já existia antes.

É difícil entender o contexto socioeconômico da criação de um dispositivo legal sem vivenciá-lo, e sem ter tido nenhum parecer para entender melhor o *espírito da lei*, pois como o que foi visto nos Decretos de 1922 e 1923, as enfermeiras práticas seriam substituídas pelas enfermeiras diplomadas, mas, e provisoriamente e em caráter de urgência seriam criados cursos de visitadoras de higiene. Como entender um decreto que legitima as outras categorias em enfermagem se a princípio deixou subentendido que mantinha um posicionamento contrário a isso? Talvez a situação, de fato, não tenha saído da formação em serviço que, de certa forma, beneficiava a instituição hospitalar com o barateamento da mão de obra.

Art. 1º O ensino de Enfermagem compreende dois cursos ordinários:

- a) curso de Enfermagem;
- b) curso de auxiliar de Enfermagem.

Art. 2º O curso de Enfermagem terá a duração de trinta e seis meses, compreendidos os estágios práticos, de acordo com o Regulamento que for expedido.

Art. 3º curso de auxiliar de Enfermagem será de dezoito meses.

No Decreto n.º 15 799/22 de 10 de novembro de 1922, dois artigos chamam a atenção: Art. 20: "Em cada Centro Universitário ou sede de Faculdade de Medicina, deverá haver escola de Enfermagem, com os dois cursos de que trata o art. 1º". Será que desse ponto se poderá vislumbrar um movimento de integração, de diálogo ou, quiçá, interdisciplinaridade entre essas modalidades de formação da enfermagem?

Não se têm elementos suficientes para responder a essa questão, entretanto, mesmo que a intenção não tenha sido esta, o fato não deixa de ser interessante e enriquecedor na medida em que os usuários dos serviços de saúde receberiam, nesse caso, uma atenção comum dos diversos profissionais da área. Todavia, ao analisar o discurso proferido pelo Dr. Carlos Chagas na formatura da primeira turma do curso de enfermagem em 1925, a intenção das razões da formação no mesmo espaço acaba se tornando evidente:

As Enfermeiras de saúde pública previnem a disseminação de doenças contagiosas entre as crianças das escolas públicas, reconhecem e asseguram a correção de seus defeitos físicos e as educam nos preceitos elementares da higiene pessoal. Um regime pedagógico que não inclua este trabalho fundamental para o aperfeiçoamento físico e moral da criança será com certeza criticado no futuro.

[Sobre o trabalho no hospital] E é também lá, prezadas Enfermeiras, que a alta qualificação moral de sua profissão poderá ser demonstrada, e que a cultura e disciplina de seu espírito se tornarão mais evidentes. Lá vocês irão complementar o trabalho dos médicos na realização de seu grande objetivo, qual seja, a cura da doença ou, na medida de sua capacidade humana, o alívio do sofrimento. **Vocês irão pautar-se, através da dignidade de sua conduta, pelo dever da obediência e o reconhecimento da hierarquia profissional, que constitui o fundamento necessário de seu trabalho**⁶⁸. E esta obediência não vai comprometer o juízo que se faz nos dias de hoje do elevado mérito de sua profissão, reconhecida atualmente graças à sua firme determinação e à beleza de seus propósitos. (MOREIRA, 1999, p 632).

Nesse discurso foram estabelecidas duas áreas distintas de atuação para a Enfermeira, a saúde pública, pela qual a profissional poderia ter até um certo grau de autonomia para exercer suas atividades, e a *disciplina* de crianças das escolas públicas para as ações de higiene, prevenindo enfermidades, que poderiam ter sua propagação em âmbito coletivo. Nesse excerto, a atuação médica não aparece

⁶⁸ Grifo nosso com o intuito de salientar a concepção da característica considerada como fundamental na formação da Enfermeira.

como necessária, talvez seja nessa frase que encontramos mais respaldo para o consenso comum que permanece na atualidade, a de que a enfermagem profissional foi instituída no país somente com a ênfase nas ações da saúde coletiva, para a promoção e prevenção da enfermidades na população. No entanto, no trecho seguinte, foi colocado que atuação da enfermagem, a mais importante, é a complementação do trabalho do Médico, não com o desenvolvimento de técnicas, com a prestação de cuidados, ou aplicação de conhecimentos científicos, a ação essencial é a obediência, a hierarquia ao Médico, sendo até colocada junto com o adjetivo de beleza.

O considerado como adequado foi uma formação baseada totalmente na adaptação, tanto na atuação da saúde coletiva para disciplinar as crianças, enquanto na ação hospitalar para seguir disciplinarmente as ordens médicas. Compreende-se que o proposto não foi a formação, mas sim um processo de pseudoformação para atender aos interesses administrativos da medicina.

O estudo de Silva (2009, p. 35,37) fornece subsídios que podem contribuir nesse sentido, ao analisar o livro publicado em 1920 por Adolfo Possollo, "Curso de Enfermeiras", que teve como objetivo colaborar para o ensino da Enfermeira, tornando-a mais capacitada, o Médico afirmou na apresentação do livro - "existe um aspecto moral para os profissionais de enfermagem, os quais deveriam ter idoneidade para fazer o bem, articulando o exercício profissional a uma vocação e a uma ação social". A Enfermeira tem necessidade de conhecer os requisitos técnicos, teóricos e práticos de sua profissão (conhecimento sobre o organismo humano e a assistência aos doentes de todas as especialidades médico-cirúrgicas para tornarem-se aptas a um desempenho eficiente junto aos Médicos e aos doentes). Percebe-se, dessa maneira, a determinação de Possollo no que se refere à funcionalidade das Enfermeiras de modo subserviente ao corpo Médico.

Possollo ainda declara explicitamente sua defesa de que a enfermagem deveria ter preferencialmente Enfermeiras, pois segundo ele, *as mulheres são mais caridosas e meigas do que os homens* (SILVA, 2009, p. 37). Ficou bem claro o interesse administrativo da medicina em moldar a profissão de enfermagem a uma adaptação para servir como seus auxiliares qualificados, sendo o curso uma preparação técnica, moral e política para essa dócil subserviência. Nessa mesma direção ocorreu o fechamento do discurso do Dr. Carlos Chagas na formatura da primeira turma do curso de enfermagem em 1926:

É verdade que suas tarefas são quase sempre, de certa maneira, subordinadas ao Médico e ao higienista; mas não é menos verdade que, apesar desta relativa subordinação (que pode ser melhor definida como uma dependência recíproca em torno de ideais comuns), vocês têm autonomia e responsabilidades próprias. Têm o direito e a obrigação de ter iniciativa. Vocês terão frequentemente que agir segundo os ditames de sua própria consciência profissional, e de acordo com sua formação técnica. Para desempenhar tão importantes deveres, vocês terão que continuar a estudar e a adquirir experiência; terão que treinar suas mãos através da prática, antes que sejam capazes de trabalhar, com confiança, de acordo com os melhores métodos científicos. Sua profissão tem evoluído rapidamente, e vocês conquistaram cedo a distinção que advém do reconhecimento social. Lembrem-se sempre que a opinião da sociedade é um fator fundamental para o aperfeiçoamento humano e para o bem-estar coletivo. A enfermeira, no início, era uma religiosa, com uma alma beneditina, inspirada por preceitos divinos, realizando na vida mundana a missão do céu. Ela então cultivou seu espírito, treinou sua inteligência, aumentou seus conhecimentos técnicos, e desta forma, preparou-se para a realização de novas tarefas. No passado, organizava-se a instrução profissional de enfermagem através do aprendizado prático. Esta instrução foi sistematizada, e é agora oferecida em instituições técnico-científicas, em conformidade com as regras superiores de moral e da pedagogia, onde a disciplina é fundamental. (MOREIRA, 1999, p 634)

Esse discurso sintetiza a noção de que a profissionalização da enfermagem no Brasil esteve associada ao lugar a ser ocupado por uma profissão *feita para mulheres*, a formação profissional aparecia atrelada à competência feminina, ao desempenho dos papéis naturalizados de mulher/esposa/dona de casa, inclusive os sentimentos inerentes a eles, mas passados por um processo de adaptação promovido pela pseudoformação, e enquadrados nas hierarquias que subordinavam as funções de enfermagem às ações médicas.

Nessa vertente, Pagni (2003, p. 93), ao analisar a crítica marcuseana à cultura afirmativa, ao abordar a disciplina exigida pela educação da alma e o controle social sobre o corpo, pela qual se faz presente a repressão sobre os instintos e os desejos humanos, a submissão dos órgãos dos sentidos e da sensibilidade à consciência reificada pelos mecanismos da sociedade industrial, salienta que:

Tal concepção de educação traz consigo uma ideia de socialização da cultura que reproduz no campo da constituição da subjetividade e, particularmente, da consciência, a dominação objetiva desenvolvida na sociedade existente. Na *sociedade industrial*, além de ter perdido seu significado original e se convertido em mera ideologia, essa concepção de educação concorre para a submissão do corpo dos indivíduos aos mecanismos do mercado e ao princípio de dominação vigente, mediados por uma consciência mutilada e heterônoma, que, pacífica e irrefletidamente, adere a essa totalidade social. (PAGNI, 2003, p. 94)

E a enfermagem, por sua vez, também reproduziu essa concepção de educação, em que a repressão, o controle e a submissão estão presentes, pela sua subdivisão em categorias profissionais (*nurses/ladies nurses*), o que pode remeter o cuidar a uma hierarquização nas atividades a serem realizadas. É possível afirmar que quanto mais a informação sobre os problemas de saúde dos usuários for compartilhada, melhor será seu tratamento, e consequentemente seu cuidado. Sendo assim, esses profissionais precisarão de uma sólida formação que, por si só, não garante a eficácia do tratamento.

Assim, a preocupação em formar esses profissionais no mesmo espaço pressupõe o compartilhamento de ao menos algumas teorias que possam levar à promoção de um diálogo entre os profissionais em prol do cuidar. Dessa forma, a linguagem pode ter muitos pontos em comum e a própria estrutura educacional disporá de recursos que podem ser benéficos a ambos.

O artigo 21 do mesmo Decreto tentou estabelecer uma articulação da formação com o mercado de trabalho, ao definir a obrigatoriedade das instituições hospitalares contratarem apenas Enfermeiros diplomados, o que pode ter assegurado sua inserção no mercado de trabalho:

Art. 21: As instituições hospitalares, públicas ou privadas, decorridos sete anos, após a publicação desta Lei, não poderão contratar, para a direção dos seus serviços de Enfermagem, senão Enfermeiros diplomados. (DECRETO n.º 15. 799/22)

A primeira escola de enfermagem no Brasil de acordo com padrões universitários (diferentemente da escola Alfredo Pinto), foi a escola de enfermagem Anna Nery, fundada em 1923; integrando-se ao sistema de ensino superior vigente, e funcionando na Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro, iniciou suas atividades em fevereiro de 1924, e como o curso tinha duração de dois anos e quatro meses, a primeira turma foi formada em 1926. Em 15 de junho de 1938, foi adotada como modelo para as demais escolas formadoras de enfermeiras Padrão do país de acordo com o Decreto nº. 20.109/1931.

Segundo o artigo 429 do Decreto n.º 16.300/23, o currículo do curso se constituía nas seguintes disciplinas:

Parte Geral - Princípios e métodos da arte de Enfermeira⁶⁹;
Bases histológicas, éticas e sociais da arte de Enfermeira;

⁶⁹ Grifos nossos, para enfatizar a divisão em partes do currículo.

Anatomia e physiologia;
 Hygiene individual;
 Administração hospitalar;
 Therapeutica, pharmacologia e matéria medica;
 Methodos graphicos na arte de Enfermeira;
 Physica e chimica applicadas;
 Pathologia 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 mentaes;
 em orthopedia;
 em pediatria;
 em obstetrícia e gynecologia;
 em oto-rhino-laryngologia;
 em ophtalmologia;
 Hygiene e saúde publica;
 Radiographia;

Campo de acção da enfermeira-Problemas sociaes e profissionaes.

Parte especializada (quatro últimos meses)

Serviço de saúde publica; Serviço administrativo hospitalar; Serviço de dispensários; Serviço de laboratórios; Serviço obstétrico; Serviço pediátrico.

Ao analisar o currículo do curso na parte geral e arte de Enfermeira, foi possível constatar que a formação baseava-se em disciplinas que remontam mais às ações médicas do que às ações consideradas na atualidade como inerentes à enfermagem, como ações voltadas ao desenvolvimento do cuidar para atender as necessidades humanas básicas; a parte referente ao campo de ação da Enfermeira denota o provável desenvolvimento de conhecimentos voltados às esferas administrativas, vale salientar que foram os médicos brasileiros junto com as Enfermeiras inglesas que compuseram o primeiro corpo docente desse curso, uma estrutura de formação inédita no país, propiciando um novo tipo formação, diferente do anterior que era mais voltado para a formação em serviço. À medida que foram formadas as turmas, as Enfermeiras egressas passaram gradualmente a fazer parte do corpo docente do curso.

Passados vinte e quatro anos desde a formação da primeira turma em 1925, até a promulgação do próximo dispositivo legal para a formação de enfermagem que foi em 1949, em uma análise do artigo 21 do Decreto n. 16 300/23, talvez se possam encontrar vestígios da dificuldade encontrada para a formação das Enfermeiras por meio de um curso elitista para os padrões econômicos da época, juntamente com as suas exigências de ingresso.

Pode-se analisar esse fato por duas vertentes: a primeira mais simplista, aponta para as dimensões continentais do nosso país aliadas às dificuldades de recursos que tornam difícil fazer com que as leis vigorem. Fica-se entre o desejado e o viável e as dualidades apresentadas entre as políticas proclamadas e as realizadas. Se depois de todos esses anos do início da formação da primeira turma de Enfermeiras, as dificuldades apresentadas para a formação de recursos humanos em enfermagem ainda são muitas, pode-se compreender que naquele início o cuidado foi realizado por pessoas sem o embasamento científico necessário para exercê-lo de maneira isenta de danos.

Uma segunda vertente remeteria ao cenário da criação do curso de enfermagem e da necessidade comercial premente (sanitização dos portos para combate das epidemias de dengue e febre amarela, em prol da economia exportadora cafeeira). Cumpridas as exigências comerciais, qual o motivo para dar continuidade a esse processo formativo? Apesar das dimensões continentais do Brasil, sua densidade demográfica era baixa, o que muitas vezes inviabilizava a implementação de políticas públicas que atingissem a todos, como um problema de planejamento educacional.

Ao analisar esse decreto verifica-se que mesmo depois de se instituir o curso de Auxiliar de Enfermagem, provavelmente as visitadoras de higiene tenham continuado a prestar cuidados por todos esses anos (1923 à 1949), incluindo as chefias dos serviços de enfermagem, como fica subentendido no artigo 21 do Decreto n. 16 300/23, já citado.

Em novembro de 1949 foram regulamentados os cursos de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem pelo Decreto nº. 27 426/49, que em seu artigo 5º apresenta um novo currículo para o curso de enfermagem:

No curso de enfermagem será ministrado o ensino de:

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.

2^a série:

- I – Técnica de sala de operações
- II – Enfermagem e doenças transmissíveis e tropicais
- III – Enfermagem e fisiologia
- 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).

3^a 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 da saúde pública, compreendendo:
 - 1)Epidemiologia e Bioestatística
 - 2) Saneamento
 - 3) Higiene da criança
 - 4) Princípios da administração sanitária
- V – Ética (ajustamento profissional)⁷⁰
- VI – Serviço social

Esse currículo proposto é bem diferente do anterior, mas parece que o viés ligado ao assistencialismo vai ficando presente, pois além de acrescentar um ano ao curso, novas disciplinas que não existiam no primeiro currículo proposto para o curso de enfermagem, com destaque para disciplinas da área de humanas como Sociologia e Ética foram inseridas (embora a disciplina de Ética esteja atrelada ao nome de ajustamento profissional, questionamos qual o tipo de *ajustamento* proposto. Seria a docilidade diante das solicitações médicas?). As disciplinas de Epidemiologia, Bioestatística e Saneamento podem evidenciar um caráter de compreensão maior dos fatores determinantes do processo saúde-doença, assim como disciplinas nas esferas do saber em enfermagem como Fundamentos de enfermagem, Ataduras, Drogas e soluções e Higiene individual e Higiene da criança. Talvez, com esse novo currículo a aprendizagem não estivesse mais atrelada às atividades típicas da esfera do conhecimento Médico, como no currículo anterior. Contudo, com a inclusão das disciplinas de Psicologia, Sociologia, Ética e Serviço Social parece que o viés relacionado ao assistencialismo em saúde foi ficando também presente nesse currículo.

⁷⁰ Grifo nosso para salientar a proposta da disciplina de Ética.

Abriram-se as possibilidades para a especialização dos saberes: "Art. 3º Além dos dois cursos ordinários, podem ser criados outros, de pós-graduação, destinados a ampliar conhecimentos especializados de Enfermagem ou de administração". Embora o currículo proposto não previsse isso diretamente é possível que a simples possibilidade de especialização possa ter ampliado as discussões sobre questões de ordem teórico-práticas, visando um maior aprofundamento do conhecimento, o que consequentemente pode propiciar um cuidado mais comprometido com os problemas da realidade, e por isso um aumento na probabilidade de ser mais integral, visando o cuidar da pessoa como um todo.

Entretanto, na busca da especialização dos conhecimentos de enfermagem, corre-se o risco de fugir da essência do cuidar ao não deixar bem claro quais serão as suas finalidades. Existe a possibilidade de conhecer muito de determinado assunto, saber muito da parte não conseguindo articulá-la com o todo, ou seja, na busca de um cuidar especializado que dê conta de grande parte dos problemas de saúde, pode-se perder o cuidado integral, não dando conta do cuidar no âmbito preventivo, promocional e de reabilitação em saúde.

Nessa questão identificam-se como provável caminho, para não se perder no alcance dos objetivos propostos, a humildade e a incerteza, pois quanto mais se conhece, mais se percebe o caráter transitório de tudo, o quanto sabemos pouco e a necessidade constante do aprimoramento da pesquisa, e do estudo. Contudo, quando se coloca a questão de conhecimentos especializados em administração, essa possibilidade pode ser percebida como uma abertura para novos horizontes profissionais em enfermagem que, se não for bem ponderada, pode levar a um sutil distanciamento do cuidar, como outro elemento que se interpõe na compreensão do cuidar.

Sendo assim, se a proposta não for bem refletida e devidamente articulada, pode novamente remeter a enfermagem a um modelo de cuidado mais administrativo, uma vez que esse decreto divide a enfermagem em duas categorias profissionais, segundo a influência estrangeira do modelo *nightingeliano*, em que o nível de exigência para o ingresso no curso de graduação em enfermagem foi o curso secundário, equiparado ao nosso atual ensino médio e que apresenta, em comparação com o decreto anterior de 1923, um aprofundamento dos conhecimentos técnicos e científicos proporcionando as condições para a

implementação de uma assistência com um grau maior de envolvimento e de qualidade.

Já o curso de Auxiliar de Enfermagem apresentava como exigência para matrícula o curso primário, equiparado aos quatro primeiros anos do ensino fundamental, sendo seu currículo significativamente reduzido em nível de conteúdo em comparação com o do curso de enfermagem; isso traz uma situação contraditória, pois na análise desse decreto pode-se verificar que a esse profissional caberia grande parte das ações relacionadas diretamente ao cuidar, e ao Enfermeiro caberia um provável posicionamento no âmbito administrativo, o que poderia acarretar um distanciamento dos Enfermeiros, quanto ao cuidado direto aos usuários dos serviços de saúde - Art. 2º (decreto nº. 27 426/1949): "Curso de Auxiliar de Enfermagem' tem por objetivo o **adestramento**⁷¹ de pessoal capaz de auxiliar o Enfermeiro em suas atividades de assistência curativa".

No decreto anteriormente citado, observam-se alguns avanços para a enfermagem como um todo como, por exemplo, a própria descrição do perfil do profissional denominado Auxiliar de Enfermagem, do currículo de seu curso, e das condições para a matrícula, situação essa não estabelecida no caso das visitadoras de higiene. No curso de enfermagem, o aumento do tempo do curso, que passou de dois anos e quatro meses para trinta e seis meses, pode ter proporcionado um aprofundamento no estudo das questões científicas.

Contudo, não podemos deixar de analisar o que seria esse adestramento proposto na formação, Zuin (2003, p.44), em seu estudo que analisou a publicização do corpo, por meio do processo educativo, a partir das considerações de Adorno em Educação e Emancipação, elabora pertinentes considerações a esse respeito:

De acordo com o raciocínio do frankfurtiano, o processo formativo não pode se restringir à necessária etapa de ajustamento. Para a concretização da experiência formativa crítica é necessário um momento de distanciamento em relação ao fenômeno educativo que é decisivo para a elaboração do conceito. Esse momento se justifica, pois fornece as bases para o exercício da reflexão e do discernimento, tão prejudicadas na sociedade que exige um processo educacional voltado para absorção imediata das informações em ritmo alucinante. Se a etapa de adaptação é central, por ser diretamente responsável pela intervenção humana na realidade e pela consciência dos limites das ações individuais, por outro lado, deve-se questionar que tipo de procedimento adaptativo é esse, ou seja, se ele se reduz ao que Adorno denominou como *well adjusted people*. (ZUIN, 2003, p.44)

⁷¹ Grifo nosso para salientar a concepção educacional contida no decreto sobre os pressupostos da formação do profissional Auxiliar de Enfermagem.

O adestramento proposto na formação, representa a adaptação central, sem o tempo necessário para a reflexão e o discernimento indispensável no processo formativo, sem a oportunidade do sujeito se apropriar das mediações históricas de sua profissão. Quanto aos estágios curriculares obrigatórios, constata-se pela análise uma estruturação nos dois níveis, o que demonstra uma preocupação com a qualidade da assistência prestada, uma vez que os estágios se constituem momento privilegiado na aprendizagem, em especial para o cuidar, quando suas especificidades e suas dificuldades vão sendo vivenciadas aos poucos, e na presença do professor, como um mediador da aprendizagem das práticas educativas desenvolvidas nas instituições de saúde, podendo possibilitar um amadurecimento do futuro profissional e uma formação mais comprometida com o cuidar:

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

Parágrafo único. Em hipótese alguma será concedida redução ou dispensa de aula de prática ou de estágio, devendo este ser compensado. (DECRETO nº. 27 426/1949).

Com o passar do tempo houve um desenvolvimento e crescimento da profissão, assim como um número suficiente de Enfermeiras no país. Ficou melhor estabelecida a sua base conceitual, possibilitando a formação de uma cultura de enfermagem e a constituição de uma identidade profissional - a direção das escolas de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem ficou sendo, obrigatoriamente, exclusiva das profissionais Enfermeiras. O Decreto n. 16 300/23 em seu artigo 395, já estipulava que a direção deveria ficar a cargo das Enfermeiras, mas não em caráter de exclusividade. Essa medida pode ter propiciado o crescimento profissional da enfermagem enquanto categoria profissional. Contudo, somente através do Decreto n. 27 426/49, no artigo 44 ficou estabelecido que: "O Diretor do curso de Enfermagem ou de auxiliar de Enfermagem será, obrigatoriamente, diplomado em Enfermagem, de preferência portador de diploma de curso de especialização".

Assim sendo, por meio desse decreto além de dar exclusividade à Enfermeira na direção das escolas, também se determinou sobre a docência nesses cursos, o que não era estabelecido no Decreto n. 16 300/23, e facultava à Enfermeira participar na formação da futura Enfermeira em determinadas disciplinas

(artigo 20), delimitando a privativa participação da Enfermeira na formação do Auxiliar de Enfermagem (artigo 29), conforme as citações a seguir:

Art. 20 – O ensino será ministrado:

2 – Por professores, inspetores e Enfermeiros – chefes dos hospitais ou serviços em que se faz o estágio, desde que sejam diplomados em Enfermagem, quando se tratar das demais disciplinas.

Art. 29. O ensino de Enfermagem auxiliar somente poderá ser ministrado por Enfermeiro. (DECRETO n. 16 300/23)

Ressalta-se que pode não ser impossível realizar esta tarefa sem ser Enfermeiro, mas um profissional de outra área poderia ficar no treinamento e no *adestramento* (conforme consta na lei) para a execução de técnicas simplesmente, sem um aprofundamento das mesmas sem seu pleno entendimento. Cumpre ressaltar, ainda, que existe a possibilidade das atividades da Enfermeira ficarem apenas na esfera de auxílio ao Médico, como citado no Decreto n. 16 300/23, sem exercer todas as dimensões que o cuidar em enfermagem lhe faculta, e ao Auxiliar de Enfermagem ficar como um mero executor de técnicas, sem entender as razões e o corpo humano como um todo, o que, e nesse caso, seria um simples *adestramento* conforme o proposto no decreto nº. 27 426/49, uma mera reprodução de técnicas como já citado.

Quanto à formação da profissional Enfermeira, esse mesmo decreto em seu artigo 1º definiu 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. (DECRETO nº. 27 426/49).

Ao analisar esse artigo, percebe-se que foram traçados outros objetivos para a enfermagem, aparecendo um enfoque mais *curativo*, diferente do enfoque inicial de acordo com o Decreto n. 16 300/23 — que era preventivo, mais em função do contexto socioeconômico da época (sanitização dos portos para facilitar a economia exportadora cafeeira), sendo essa uma das questões mais iminentes para sua criação, embora englobasse também o aspecto curativo. Observa-se que a saúde pública foi cedendo espaço para outras áreas, conforme as epidemias foram diminuindo.

A Lei nº. 2.367, de 7 de dezembro de 1954, que dispõe sobre o ensino de enfermagem em cursos volantes para formação dos profissionais Auxiliares de Enfermagem em caráter excepcional, apresentou alguns pontos que, ao serem

comparados com a legislação anterior, representariam um retrocesso ou apenas uma resolução mais viável para equacionar as dificuldades de formação existentes frente ao contexto socioeconômico do momento. Tais pontos podem ser de extrema importância em uma análise da formação e do cuidar em enfermagem:

Art. 1º As Escolas de Enfermagem, oficiais ou reconhecidas, e os governos estaduais, através de seus departamentos educacionais ou sanitários, poderão, a título precário e durante o período de 10 (dez) anos, organizar cursos volantes para preparação de Auxiliares de Enfermagem. (LEI nº. 2.367, de 7 de dezembro de 1954)

Verificou-se que mesmo após decreto nº. 27 426/49 faltavam profissionais formados nos quadros da enfermagem, sendo incentivada a formação de Auxiliares de Enfermagem para suprir as necessidades imediatas dos hospitais por profissionais para o tratamento dos usuários dos serviços de saúde. Todavia, ele não apresenta, na mesma linha, nenhum tipo de facilitação ou estímulo para a formação de Enfermeiros, sendo esses profissionais os mais indicados para implementar a assistência direta aos usuários dos serviços de saúde, em razão do grau de conhecimentos técnicos e científicos advindos de sua formação mais aprofundada nas questões referentes à saúde. Portanto, a Lei nº. 2.367, de 7 de dezembro de 1954 pode ter propiciado um aumento da distância na formação entre essas duas categorias profissionais em enfermagem, distância tanto teórica (refletida no aprofundamento científico) quanto quantitativo (a formação em apenas dezoito meses para os Auxiliares de Enfermagem como definido na lei, comparado com os três anos para a formação da Enfermeira). Pode ter facultado pela diferença de tempo na formação, um número maior de Auxiliares de Enfermagem em comparação com o número de Enfermeiras, distanciando-os também no momento de formação:

§ 1º Os referidos cursos deverão ser realizados em localidades onde não existam escolas de Enfermagem e sempre em hospitais que ofereçam possibilidades reais para o ensino.

§ 3º O ensino nos cursos volantes poderá ser ministrado por médicos e Enfermeiros, devendo sempre fazer parte do corpo docente pelo menos um Enfermeiro. (LEI nº. 2.367, de 7 de dezembro de 1954).

Pode-se inferir que a formação desses profissionais em muitas localidades onde não existiam escolas ocorreu dentro dos hospitais, e que dessa forma as *possibilidades reais de ensino* podem ser compreendidas como formação de mão de obra em serviço, na esfera do adestramento, agravando esse quadro de fragilidade

na formação e provável dificuldade na contratação de docentes, para o que a própria lei deu a resposta permitindo a participação de Médicos na formação desses profissionais. Seriam então formados Auxiliares de Enfermagem ou Auxiliares de Medicina? Como os Médicos poderiam contribuir efetivamente para o cuidar em enfermagem, com intervenções específicas, sem terem o conhecimento do corpo conceitual desta profissão?

Na enfermagem, o diagnóstico incide na pessoa como um todo, responde a problemas de saúde ao invés de responder a questões de funcionamento/mau funcionamento de um órgão ou sistema específico. No entanto, as Enfermeiras usaram um modelo médico na maior parte das vezes, embora pensem seriamente em colocar as suas capacidades e intervenções mais centradas em seu papel independente. A Sistematização da Assistência de Enfermagem coloca às Enfermeiras a necessidade de obterem informações diferentes das que elas precisam para completar a sua contribuição como parte de uma equipe multiprofissional, como uma alternativa aos processos pseudoformativos em que se encontram.

Segundo Garcia e Nóbrega (2009, p. 189), o Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional e específico, e pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para sua realização, possibilitando a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema baseado no conhecimento técnico-científico da área. Na literatura costuma ser descrito como o ponto focal, o cerne ou a essência da prática da enfermagem, sua expressão não era utilizada na segunda metade do século XIX, embora, Florence já enfatizasse a necessidade de ensinar as Enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas. Sua introdução formal na linguagem profissional ocorreu nos anos 50 do século XX, sob influência do método de solução de problemas, cujas raízes eram o método científico de observação, mensuração e análise de dados, e desde então ele vem passando por algumas transformações.

Enquanto o regulamento básico para os cursos de enfermagem (aprovado em 1949 pela lei n. 775) proporcionou um salto qualitativo para a formação da identidade profissional da equipe de enfermagem, ao passar a direção das escolas para responsabilidade exclusiva do Enfermeiro, assegurando a participação dos Enfermeiros na formação dos dois níveis profissionais (Auxiliares de Enfermagem e

Enfermeiras), demonstrou também uma preocupação com toda a estruturação dos cursos de enfermagem e Auxiliares de Enfermagem ao propor currículos distintos, com a inserção de disciplinas específicas da área de conhecimento de enfermagem em ambos os currículos. Contudo, a lei n. 2.367 de 1954, ao possibilitar que outro profissional (Médico, sem ser Enfermeira), lecionasse nos cursos volantes para preparação de Auxiliares de Enfermagem, gerou uma situação um tanto quanto fragilizada ao não reforçar ou até mesmo influenciar na formação de uma identidade profissional distorcida da enfermagem, distante das necessidades específicas do cuidar em enfermagem.

Nesta direção, o *currículo mínimo* do curso de enfermagem (conforme consta no Parecer), aprovado pelo Parecer nº. 271 em 19 de outubro de 1962, acabou levantando um forte questionamento em torno da identidade profissional, e em resposta a ABEn, a comissão de peritos em Enfermagem aprovou o currículo mínimo:

3. Inclusão de disciplina: Ciências Sociais. Tal matéria não consta, como obrigatória, no curso de medicina. Como exigí-la no de Enfermagem? Obrigatoriamente, foi incluída no currículo do curso de Serviço Social. Como matéria complementar, as escolas de Enfermagem poderão adotá-la. (PARECER DO CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO n.º 271/1962)

A essência da Enfermagem é atender o ser humano em suas necessidades humanas básicas. Esse atendimento estará focado no cuidar, realizando desde ações consideradas simples a ações mais complexas (como o auxílio na higiene individual e alimentação, o preparo e administração de medicamentos, e a realização de procedimentos dialíticos entre outros), visando promover o conforto, a segurança, a integridade individual e coletiva, e respondendo, na medida do possível, às ansiedades e necessidades dos usuários dos serviços de saúde inerentes ao processo saúde-doença.

Dessa forma, fazem-se necessários conhecimentos e subsídios que fujam à lógica restrita apenas à doença no enfoque puramente biológico, sendo, assim, necessário dispor de recursos das ciências ditas humanas, uma vez que se vai cuidar do ser humano, de modo a proporcionar uma assistência integral a um ser visto como um todo, dentro do contexto macrossocial determinante do processo saúde-doença. Assim, se faz relevante no panorama da formação do profissional compreender os processos administrativos e organizacionais macrossociais das instituições de saúde, na medida em que os diferentes tipos de gestão poderão,

invariavelmente, determinar a qualidade e o tipo de serviço ofertado à população, dessa forma, acreditamos que os egressos precisam ter a total compreensão da engrenagem ao qual vão pertencer, na medida em que poderão influenciar a qualidade dos cuidados prestados.

O Parecer do CFE nº. 271/62 apresenta elemento que nos auxilia na análise dessa situação:

As disciplinas que no curso de medicina são chamadas básicas, e desempenham papel importantíssimo, num curso de graduação de Enfermagem têm curta duração; são em geral lecionadas por assistentes das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia, Filosofia, ou por Enfermeiras, que recebem gratificação por aula dada. Não justifica que se constituam cadeiras, pois acarretariam ônus enorme e desnecessário para a escola.

Do estudo das sugestões recebidas e tendo em vista as condições culturais e sócio-econômicas do país, que aconselham soluções modestas e de maior rendimento prático, resultou para a Comissão a convicção de que o curso para a formação do Enfermeiro deva ser de três anos letivos.

Poder-se-ia resumir a formação de qualquer grupo profissional e sua relevância social, baseando-se apenas na esfera financeira ou a título de comparação de uma profissão com a outra, esquecendo-se de suas especificidades.

Segundo o Parecer nº. 271/62:

2. Inclusão da disciplina: Enfermagem e Saúde Pública. Não consta do curso geral, que prepara o Enfermeiro para cuidar do doente, como auxiliar do Médico. Mas consta no currículo de mais um ano letivo, que prepara o Enfermeiro de Saúde Pública, ainda em curso de graduação. Poder-se-ia argumentar que foi organizado também um segundo curso, com mais um ano letivo, para a formação da Enfermeira Obstétrica, sem que suprimisse a enfermagem obstétrica no curso geral [...];

Em resumo: não consta a Enfermagem de Saúde Pública no curso geral porque entendeu o Conselho desdobrar o atual curso de enfermagem em três cursos de graduação, um dos quais o de Enfermagem de Saúde Pública, inclui a matéria pretendida. Nada, entretanto, impede que as escolas a incluam, como também complementar, no curso geral.

Nesse Parecer, o currículo sugerido ficou bem enxuto se comparado ao da legislação anterior (Decreto n. 27 426/49), deixando aberta a possibilidade de um itinerário geral e mais dois outros rumos de formação: Saúde Pública e Obstetrícia como pós-graduação, distanciando-se mais ainda a graduação em enfermagem da saúde pública, deixando-a como possibilidade complementar e não como parte relevante, e constituinte de todos os processos formativos.

Compreende-se que a enfermagem cuida, mas deixa bem claro que é do doente, o que seria coerente de acordo com Soares (1971, p. 427), já que a própria palavra enfermagem vem do termo enfermo. Nesse sentido, poder-se-ia definir a

enfermagem como sendo a ciência que cuida dos enfermos, um cuidar inteiramente voltado ao tratamento, afastando-a das esferas da promoção, prevenção e proteção à saúde, ou seja, afastando a disciplina de enfermagem em saúde pública de seu itinerário formativo, partindo do pressuposto de que as ações de enfermagem devam ser desenvolvidas em âmbito hospitalar, nas esferas curativas, apenas como *auxiliar do Médico*, conforme consta no Parecer.

Ambrozano (2002, p. 20) fornece outra concepção da enfermagem, que se apresenta como alternativa a essa proposta reducionista das ações que podem ser desenvolvidas pela enfermagem a partir da análise da epidemiologia social no processo saúde-doença. A enfermagem pode ser conceituada como a ciência do cuidar, do cuidar humano, do cuidar planejado, sistematizado, e organizado. Mas é também a ciência do cuidar científico, um cuidar analisado, avaliado e implementado pela assistência de enfermagem, que busca ver os usuários dos serviços de saúde em todas as suas necessidades, aplicando o cuidado em todas as suas esferas como prevenção, promoção, proteção, tratamento, cura e reabilitação.

Contudo, na prática cotidiana, contemporaneamente, esse é um cuidado em caráter auxiliar, sem autonomia, descaracterizando, assim, grande parte da profissão. Como esse cuidado é meramente auxiliar, reproduutor mecânico de tarefas estipuladas, três anos seria tempo suficiente à formação desse profissional, pois é a outra profissão, a medicina, que vai estudar profundamente as questões pertinentes ao cuidar e determinar sua execução. É possível afirmar que não é esse o cuidar de que os usuários dos serviços de saúde necessitam, mas de um profissional dotado de autonomia, que tenha por meio de seus conhecimentos a capacidade de tomada de decisões, que preserve a integridade humana, não só na esfera biológica, mas aliada à bioética⁷² e que seja capaz de planejar ações para a promoção e proteção da saúde.

Nesse aspecto surgem sempre as dicotomias relacionadas ao cuidar integral como, por exemplo, no caso daqueles que são Enfermeiros-chefe. O que significa

⁷² Segundo Sgreccia (1996, p. 30), o termo Bioética designa uma nova disciplina que recorre às Ciências Biológicas para melhorar a qualidade de vida - Bioética - de bios, vida e ética - é um neologismo que significa ética da vida. Este primeiro sentido já indica um conteúdo de enorme abrangência: tudo que for vida lhe compete. Decorre daí a dificuldade de se dar à bioética uma definição sumária e adequada, uma vez que as definições tendem sempre a fixar fronteiras e a bioética não tem fronteiras, não se definindo, por isso, como as demais disciplinas.

ser Enfermeiro-chefe? Será que esta função o destitui da responsabilidade do cuidar? Seria o objetivo das escolas de enfermagem apenas a formação do Enfermeiro-chefe? No parecer nº. 271/62 encontramos elemento que podem subsidiar nossa análise:

5. Modificação da disciplina “Administração” para “Administração Aplicada à Enfermagem”.

Argumento: “O ensino da Administração Geral não basta para a Escola atingir seu objetivo que é o de preparar Enfermeiras-chefes”. Continua o equívoco. A matéria é “Administração”, a terminologia genérica que o Conselho tem adotado. No curso de medicina, quando se diz “Anatomia”, subentende-se que seja a do homem. No curso de enfermagem, “Administração” refere-se evidentemente, àquela que serve à profissão da Enfermeira. Não vejo necessidade do complemento pleiteado. A especificação ficará nos programas e planos de estudos que a escola vier a adotar.

É de extrema importância enfatizar que ser o responsável pela delegação do cuidar não destitui o profissional de sua responsabilidade para com ele; ao contrário, obriga-o a uma preocupação maior, e também a ações diretamente relacionadas com a assistência. Parece que a cada nova lei, as ambiguidades entre um fazer teórico e um fazer prático, arraigadas no modelo nightingeliano, ou seja, a dicotomia das *ladies nurses* e *nurses aumenta*.

Encontramos em Petitat (1994, p. 207) subsídios históricos para pensar a divisão da enfermagem em categorias, proposta por Nightingale, e que com mudanças na denominação ainda se fazem presentes nos dias atuais:

Desde o seu nascimento até os nossos dias, o sistema escolar tem constantemente contribuído para produzir e reproduzir a oposição entre manuais/não manuais e manuais/intelectuais sob uma forma e outra. Suas maiores vitórias são de haver imposto a desvalorização da cultura oral e a supremacia da escrita, a inferioridade da mão e a supremacia do espírito, através do que ele contribui para produzir e reproduzir relações de dominação mutáveis.

Porém, na atualidade nos deparamos com uma mudança processual: ao exercer a profissão, os trabalhadores de nível médio (Auxiliares e Técnicos em Enfermagem), que seriam equivalentes as *nurses*, em geral veem a possibilidade de mobilidade social ofertada por meio da educação, juntamente com os filhos da classe operária; por outro lado, as Enfermeiras, que seriam equivalentes as *ladies-nurses*, não são mais oriundas apenas da burguesia, e a questão do gênero também está se alterando: a profissão continua predominantemente feminina, mas existe o acréscimo constante de homens em seus quadros profissionais –

Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Enfermeiras. Em Petitat (1994, p. 204) encontramos uma passagem que nos auxilia a pensar essa questão:

Contudo, também esta formulação [escolas cujo papel dominante é a configuração cultural de posições sociais e escolas de confirmação-integração cultural] é insuficiente, pois não leva em conta um elemento importante, a mobilidade dita “intracarreira”. Em uma sociedade “móvel”, uma mesma formação pode conduzir a situações sociais muito diferentes.

[...] Ocorre que uma confirmação ou uma integração cultural pela escola seguidamente serve como preparação para uma posição social provisória, o que torna mais frouxos os laços entre formação escolar e as categorias sócio-profissionais correspondentes. Não somente a formação distendeu seus laços com a origem social dos alunos, como também responde apenas por uma fração – é verdade que, em geral, largamente majoritária – à profissão futura.

A enfermagem vivencia essa mobilidade intracarreira, numa sociedade que se apresenta móvel, de uma posição social provisória permitida pela formação escolar, por meio da qual os Auxiliares/Técnicos em Enfermagem tornam-se Enfermeiros, e onde os laços de origem social estão se afrouxando. Essa situação também nos remete à reflexão sobre o contexto geral da formação do profissional de saúde, e que formação é essa que a escola está proporcionando, para que se possa compreender as iniquidades que ocorrem no processo saúde-doença, que em parte são reflexo do contexto social. Também há que se avaliar mais detidamente a questão do gênero, pois a profissão continua a ser majoritariamente feminina. Entretanto, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), ambas as instituições representativas da profissão, por muitos anos possuíram homens como presidente. Será que novamente se estão reproduzindo as dicotomias sociais dentro da profissão?

Nesse contexto vale salientar que, embora haja cada vez mais a presença da mulher no mercado de trabalho, sua inserção para o exercício profissional continua a ser marcada por situações adversas, nas quais diferenciações e discriminações fundadas na divisão sexual do trabalho, na origem social, e na raça/etnia impõem às mulheres desigualdades expressivas em relação aos homens em sua inserção produtiva. O Brasil tem uma das menores taxas de participação feminina na política, as mulheres representam apenas 9% dos deputados federais e comandam somente 7,35% das 5.564 prefeituras do país; enquanto um em cada oito homens tem condições de chegar à posição de chefia, as mulheres têm menos oportunidades de se tornar chefes, a média entre as mulheres é de uma em cada quarenta. Essa foi uma das constatações do relatório bianual do Fundo de

Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) - Progresso das Mulheres no Mundo 2008/2009, que confirmou que a desigualdade de gênero é um dos fatores críticos, que não só reduzem a capacidade das mulheres pobres de utilizarem o trabalho para sair da pobreza, como também afeta os aspectos não monetários da pobreza, a ausência de oportunidades, opinião e segurança. Na esteira da crise financeira mundial, o relatório indica que as desigualdades e as discriminações de gênero, raça e condição socioeconômica deixam vulneráveis as mulheres, os negros e os pobres a choques econômicos, ambientais e políticos (SALLES, 2010, p. 74 – 75).

A dinâmica das relações sociais não segue regras totalmente fixas e predeterminadas, existem vários fatores que contribuem para a formação. Em Petitat (1994, p. 199) temos a seguinte passagem:

É impossível explicar o desenvolvimento das escolas apenas recorrendo aos conflitos sociais entre dominantes e dominados. Os desenvolvimentos da ciência e da tecnologia, a evolução da noção de tempo e espaço, o surgimento dos Estados modernos, o retraiamento da família e dos laços de parentesco, a dissociação entre vida familiar, local de trabalho e local de formação, a urbanização, os movimentos demográficos, a revolução industrial, todos estes fenômenos que manifestam vínculos evidentes com o desenvolvimento escolar não podem ser reduzidos a conflitos sociais.

Essa situação pode nos trazer subsídios para a compreensão da mobilidade social entre *nurses* e *ladies-nurses*, embora a dualidade fosse proposta, os movimentos sociais podem não refletir o que foi socialmente predeterminado para dominantes e dominados, explicando também a questão de gênero que não necessariamente serão as mulheres somente a exercer a profissão, embora sua representatividade ainda seja majoritária.

Frente ao exposto, consideramos que, embora as questões administrativas requeiram algum tempo de atividade profissional e sejam de extrema importância para garantia da continuidade do cuidar planejado, organizado, e, consequentemente, mais seguro, elas não impedem que o profissional exerça o cuidar diretamente; ao contrário, para que esse profissional dê conta das questões administrativas que estão embutidas no cuidar, ele necessita estar em contato direto com os usuários dos serviços de saúde para que suas decisões sejam pautadas pela real situação e não no que ele pensa que deveria ser sem vivenciá-las. É uma espécie de retroalimentação constante para que não ocorram prováveis distorções nas ações efetuadas.

A tabela 5, a seguir, apresenta as atribuições de cada profissional dentro da equipe de enfermagem, na hierarquia, para nos auxiliar a pensar essa questão:

Tabela 5 - Relação das atribuições da equipe de enfermagem. São Paulo, 2013.

ENFERMEIRO	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
<p>Exerce todas as atividades de enfermagem.</p> <p>I - PRIVATIVAMENTE:</p> <p>a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;</p> <p>b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;</p> <p>c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;</p> <p>d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;</p> <p>e) consulta de enfermagem;</p> <p>f) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;</p> <p>g) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.</p> <p>II - Como integrante da equipe de saúde:</p> <p>a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;</p> <p>b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;</p> <p>c) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;</p> <p>d) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;</p> <p>e) assistência de enfermagem à gestante, parturiente⁷³ e puérpera⁷⁴;</p> <p>f) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;</p> <p>g) execução do parto sem distocia⁷⁵;</p> <p>h) educação visando à melhoria de saúde da população.</p> <p>III - Enfermeira Obstétrica</p> <p>a) assistência à parturiente e ao parto normal;</p> <p>b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;</p> <p>c) realização de episiotomia⁷⁶ e episiorrafia⁷⁷ e aplicação de anestesia local, quando necessária.</p>	<p>Exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:</p> <p>a) participar da programação da assistência de enfermagem;</p> <p>b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro;</p> <p>c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;</p> <p>d) participar da equipe de saúde.</p>	<p>Exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:</p> <p>a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;</p> <p>b) executar ações de tratamento simples;</p> <p>c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;</p> <p>d) participar da equipe de saúde.</p>

Fonte: SANINO, adaptada da LEI Nº. 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986.

⁷³ Mulher em trabalho de parto.

⁷⁴ Período compreendido entre o parto e a completa recuperação anatomo-fisiológica do organismo feminino.

⁷⁵ Complicações do trabalho de parto.

⁷⁶ Incisão lateral da região perineal, que visa ampliar o canal do parto, evitando lacerações na região.

⁷⁷ Sutura (fechamento/reparação) da região perineal.

O *Enfermeiro-chefe* não exerce o cuidar diretamente apenas em razão de questões administrativas? Ou ele é o exemplo de um cuidar embasado cientificamente para sua equipe? Pode-se compreender que, à medida que ele exercita o cuidar fundamentado nos conhecimentos científicos, sua equipe composta por Auxiliares/Técnicos em enfermagem e Enfermeiros pode se envolver de maneira a exercê-lo integralmente; tornando-se, também, uma espécie de modelo positivo, tanto na docência quanto em outros campos de atuação profissional. Ressalta-se que existem dificuldades em conciliar as tarefas administrativas que são de sua responsabilidade exclusiva, e a questão do tempo é um fator importante de limitação para conciliar a execução das funções administrativas, articuladas com as ações voltadas diretamente à assistência nesse sentido. Entretanto, isto é inerente ao aprendizado diário de cada profissional.

Nas análises do Parecer n. 271/62 do Conselho Federal de Educação (CFE), foram identificadas algumas questões a serem repensadas a respeito do cuidar e da identidade profissional, e verifica-se que esta foi a primeira ocasião em que se abriu a possibilidade de outros currículos (conforme sugestão de um currículo mínimo para cada escola) adequando-os de acordo com seus objetivos e sua realidade, e poderiam ter a liberdade de organizar um itinerário de formação diferente, sem perder de vista a sólida formação geral necessária para a solução de problemas, abrindo também a possibilidade da pós-graduação, e deixando claro textualmente que o cuidado é de responsabilidade do Enfermeiro - 2. "[...] A ideia é que a Enfermagem geral, destinada ao trabalho hospitalar, deve estar habilitada a cuidar [...]".

Todavia, na medida em que o então CFE não atendeu muitas solicitações feitas pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), como a inclusão das disciplinas Enfermagem em Saúde Pública e Ciências Sociais, exclusão da disciplina Patologia Geral, modificação da Disciplina Administração para Administração Aplicada à Enfermagem, um grupo de Enfermeiras, notadamente preocupadas com as questões referentes à formação do futuro profissional, mostrou-se insensível às necessidades da enfermagem como profissão. Essas medidas do CFE foram justificadas com base na simples comparação da enfermagem com outros grupos profissionais, utilizando-se de argumentos fora da ótica da enfermagem, e comparando-a diretamente com a medicina. Dessa forma, pode-se explicar algumas

questões de distanciamento de certos profissionais relacionados ao cuidado direto dos usuários dos serviços de saúde que são encontradas na atualidade.

A comparação da enfermagem realizada pelo CFE no Parecer n. 271/62 com a medicina, como justificativa de não atender às solicitações do grupo profissional de enfermagem para a inclusão de disciplinas que, no entendimento do grupo, poderia resultar em processos formativos mais adequados para atender as perspectivas de atuação profissional frente ao perfil epidemiológico do processo saúde-doença, poderá ter propiciado algumas distorções na formação e levar às diferenças profissionais a que os trabalhadores de enfermagem convivem na atualidade como resultado do poder político na área da saúde.

Adorno (1995, p. 36.) nos remete à condição da ideologia dominante no bojo social, como subsídio para análise do poder político na área da saúde, em que se responsabiliza o sujeito, nesse caso o egresso, a se adaptar às consequências que se estabelecem em âmbito profissional dos processos pseudoformativos, de forma que as condições objetivas dos contextos permanecem inalteradas:

De qualquer modo, a ideologia dominante hoje em dia define que, quanto mais as pessoas estiverem submetidas a contextos objetivos em relação aos quais são impotentes, ou acreditam ser impotentes, tanto mais elas tornarão subjetiva esta impotência. Conforme o ditado de que tudo depende unicamente das pessoas, atribuem às pessoas tudo o que depende das condições objetivas, de tal modo que as condições existentes permanecem intocadas. Na linguagem da filosofia poderíamos dizer que na estranheza do povo em relação à democracia se reflete a alienação da sociedade em relação a si mesma.

As questões do cuidado e do processo saúde-doença se apresentam como situações *a priori* dadas, às quais as pessoas devem se adaptar para sobreviver, buscando as soluções dentro de um complexo rol de especificações, em um modelo proposto que acirra o consumo de determinados produtos para a obtenção de um padrão de saúde; nessa perspectiva não há muito para a enfermagem contribuir, não havendo a necessidade de uma formação que fuja da esfera apenas instrumental. Contudo, esse modelo de saúde proclamado (considerado por alguns como longe de ser alcançado devido à inadequação das relações objetivas para obtenção das condições de sobrevivência) deve ser internalizado como o modelo ideal, processo esse que aliena o sujeito ao não permitir o adequado esclarecimento, o aprofundamento necessário sobre as relações determinantes do processo saúde-doença, e uma simples adaptação, a submissão dos sujeitos aos

contextos objetivos, conceito esse presente inclusive na formação dos profissionais de saúde.

O Parecer nº. 163/72, aprovado em 28 de janeiro de 1972, mostrou que, pela primeira vez, houve uma contribuição efetiva dos Enfermeiros na elaboração dos conteúdos mínimos do curso de Enfermagem, diferente do Parecer n. 271/62, quando a questão do poder político da área da saúde foi evidenciado ao não se aceitar as sugestões da ABEn para a inclusão de determinadas disciplinas na formação dos Enfermeiros. Nesse Parecer, a situação foi diferente, revelando uma preocupação com a formação do futuro profissional na medida em que esta formação estaria mais vinculada às questões relativas à identidade profissional, facultando ao graduando beneficiar-se de uma formação voltada às questões específicas da Enfermagem, e consequentemente abrangendo o cuidar de uma forma mais ampla:

[...] Na sua elaboração, foram tidos em conta subsídios de várias fontes, notadamente o currículo aprovado com o Parecer nº. 271/62 e os oferecidos pela Associação Brasileira de Enfermagem, a Escola de Enfermagem Ana Néri (UFRJ) e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Em uma análise da Resolução nº. 4, de 25 de fevereiro de 1972, na qual foram fixados os mínimos de conteúdo e a duração do curso de Enfermagem e Obstetrícia, verifica-se o retorno da Saúde Pública como uma disciplina da graduação diferentemente da lei anterior, revelando, assim, uma preocupação com a saúde preventiva e não só com a curativa, onde atribui-se ao Enfermeiro, e consequentemente à sua equipe, outros níveis de atenção à saúde, desospitalizando o processo saúde-doença.

Talvez, o que tenha impulsionado esse processo da volta da importância da saúde pública na formação do profissional de enfermagem, foi o fato do sistema de saúde do país, anterior a esse período (década de 1960), estava baseado no universalismo excludente, não beneficiando a população como um todo (somente os trabalhadores da economia formal, com carteira de trabalho assinada, tinham acesso aos escassos serviços públicos de saúde, a única exceção era nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o atendimento voltado principalmente para a população infantil (vacinas); dessa forma, sem a preocupação do Estado em investir em saúde preventiva, com a consequente mudança de indicadores de saúde, junto com a diminuição do ritmo do crescimento econômico (baixos salários, aumento do desemprego, da pobreza, das taxas de mortalidade infantil, da marginalidade e do

número de favelas), o modelo de saúde vigente era incapaz solucionar os problemas de saúde coletiva (endemias, epidemias), e atender a população que durante esse período ficou marginalizada, devido ao alto custo da medicina curativa, e a diminuição de arrecadação do sistema previdenciário, o desvio de verbas para cobrir outros setores, com a União deixando de repassar os recursos para a saúde, de forma adequada. (GIOVANELLA, 2008, p. 16-20).

Outra importante disciplina acrescida no currículo de enfermagem foi a das *Ciências do Comportamento* – *incluindo noções de Psicologia e Sociologia*, instituindo, a partir da legislação educacional de enfermagem, uma nova visão do Homem. Assim, por meio do embasamento científico, o corpo humano passou a ser considerado além dos aspectos biológicos, nas suas dimensões psicológicas, sociais, históricas e culturais, o que propiciou um entendimento maior em relação ao processo saúde-doença.

Pela primeira vez apareceu na legislação de enfermagem, por meio do Parecer n. 163/72 uma terceira categoria profissional, o Técnico em Enfermagem, como reflexo da fase tecnicista da educação⁷⁸, cuja proposta era compartilhar a assistência de enfermagem com os demais elementos da equipe, conforme o nível de complexidade do cuidar. Entretanto, verifica-se que essa legislação se contradisse, na medida em que considerou que os outros profissionais (Auxiliares/Técnicos em Enfermagem), estão em níveis inferiores que o Enfermeiro, e não que suas atividades seriam diferenciadas de acordo com a sua formação e com o nível de conhecimento de cada um, de forma que todos fossem importantes para a implementação do cuidar:

- a) as atividades de Enfermagem devem ser, conforme a sua complexidade crescente, partilhadas por profissionais dos três níveis de ensino, vale dizer o Auxiliar de Enfermagem, o Técnico de Enfermagem e o Enfermeiro;
- b) o currículo que se vai fixar diz respeito ao curso de graduação do Enfermeiro, ou seja, do profissional a que ficaram cometidas as tarefas mais complexas, transientes e de maior responsabilidade da Enfermagem, inclusive a pesquisa e a docência em nível superior, mediante estudos complementares de pós-graduação;
- c) o profissional, a cuja formação visa o currículo, deve ser o requerido pelas peculiaridades e demanda do mercado brasileiro de trabalho, prevista a sua

⁷⁸ Na década de 1960, com a Lei nº. 4.024/1961 ampliou os horizontes de formação, no sentido da profissionalização em nível médio, sendo em 1966 reconhecida a formação de Técnicos em Enfermagem pelo Ministério da Educação, o que despertou o interesse da enfermagem para esse tipo de ensino, pois existia uma lacuna não preenchida entre os cuidados de enfermagem, considerados mais elementares, realizados pelo Auxiliares de Enfermagem, profissionais com formação do ensino primário, e os cuidados realizados pelos Enfermeiros, a quem competia, também as atividades de ensino, supervisão e chefia dos serviços de enfermagem. Em parecer nº. 171/66, o CFE, aprovou a criação do curso colegial Técnico de Enfermagem.

influência, tanto no aperfeiçoamento como na formação empírica dos **profissionais de Enfermagem dos níveis inferiores**⁷⁹;

As análises desse Parecer podem se abrir para uma dualidade de interpretações no que se refere ao fato da docência e a pesquisa serem consideradas como uma tarefa mais complexa: de um lado, o enfoque para a implementação direta do cuidado no sentido mais amplo poderia ser perdido, pois aquelas atividades complexas estariam diretamente relacionadas a ela, no sentido de uma assistência embasada no aprofundamento das questões científicas; de outro lado, ao colocar a possibilidade da pesquisa, o enfoque para repensar a prática a fim de rever erros e implementar as teorizações referentes às ações consideradas positivas, como resultados da pesquisas.

A Resolução n.4 de 25 de fevereiro de 1972 trouxe uma proposta interessante, conforme reforçou a possibilidade de inclusão de outras disciplinas, a critério da escolha das instituições e colocou a opção de quatro itinerários de formação na graduação, com carga horária distinta, alterando o tempo de duração do curso de três para quatro anos:

- a) na habilitação geral de Enfermeiro – 2.500h de atividades, integralizáveis no mínimo de 3 (três) anos e no máximo de 5 (cinco) anos letivos;
- b) nas habilitações em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia e Enfermagem de Saúde Pública – 3.000 (três mil) horas de atividades, integralizáveis no mínimo de 4 (quatro) é no máximo de 6 (seis) anos letivos;
- c) na modalidade de licenciatura – além da parte de conteúdo prescrita para qualquer das modalidades anteriores – a formação pedagógica da licenciatura exigida no Parecer nº. 673/69.

É possível identificar, nessa lei, uma questão dúbia no tocante à mudança da denominação do curso de enfermagem. A proposta inicial havia sido a formação do Enfermeiro Generalista e do Enfermeiro Obstétrico em momentos distintos; contudo, nesse momento o curso passou a ser chamado de Enfermagem e Obstetrícia; por outro lado, uma questão bastante positiva é a que faz referência à docência e à formação para a pesquisa.

A área da saúde ainda enfrenta duas questões sérias em seu campo educacional: a primeira delas trata de superar a improvisação de docentes, se deseja de fato qualificar a profissionalização que é promovida; a segunda trata de gerar condições para manter um quadro suficiente de educadores nesse campo

⁷⁹ Grifo nosso para salientar a concepção do dispositivo legal sobre os Auxiliares/Técnicos em Enfermagem, perante o Enfermeiro.

profissional, em seus diferentes níveis – médio e superior. Evidenciando que a instituição da licenciatura pela Resolução n. 4 de 25 de fevereiro de 1972 (já citada no texto) não contribuiu muito para alterar a situação.

Esse educador atua geralmente como um profissional de saúde que ensina o conteúdo que domina, com ênfase nos aspectos técnico-científicos, do modo como aprendeu com seus professores; razão essa pela qual se diz que ele ainda é um técnico que ensina basicamente sustentado pela sua intuição e boa vontade. A formação pedagógica que contribuiria para que ele se tornasse, também, um docente em saúde, muitas vezes, nem sequer é reconhecida como necessária.

A profissionalização docente representada pela licenciatura, que na enfermagem existe desde 1972, como exigência legal para o exercício do magistério de nível médio/técnico está repleta de exemplos desse desinteresse pela dimensão pedagógica. Na realidade, esse desinteresse estende-se também ao ensino superior, com conceitos errôneos comumente veiculados, pelo qual se acredita que a capacitação adequada para formação do professor nas modalidades de ensino de enfermagem deve ser construída somente com anos de experiência profissional em instituições de saúde. Dessa forma volta-se à questão da valorização da aprendizagem em serviço, o que coloca a formação pedagógica como um atributo desnecessário, com conceitos inadequados de que o docente realmente precisa *saber fazer*. Denota-se a suprema valorização da prática, que só esse conhecimento será necessário e suficiente para propiciar o desenvolvimento do processo ensino e aprendizagem junto aos discentes.

Podemos exemplificar essa situação por meio do que ocorre com a obrigatoriedade para a docência no Estado de São Paulo. Somente no ano de 2007 as exigências legais para a formação pedagógica do docente de enfermagem do nível médio tornaram-se mais incisivas por meio da Indicação Conselho Estadual de Educação (CEE) Nº. 64/2007:

Estão habilitados para a docência na Educação Profissional Técnica de nível Médio os profissionais graduados na área ou componente curricular do curso e licenciados (licenciatura plena, programa especial de formação pedagógica de docentes), além dos pós-graduados em cursos de especialização, especialmente planejados e aprovados para o fim de atuação docente.

Com base na indicação do CEE Nº. 64/2007, o COREN-SP por meio da Portaria DIR/26/2007 resolve disciplinar a obrigatoriedade do Enfermeiro comprovar sua capacitação pedagógica para atuar na formação profissional:

Art. 1º. Podem exercer a docência em Curso de Educação Profissional Técnica de nível médio na área de Enfermagem:

I - os profissionais graduados na área ou componente curricular do Curso e os licenciados (licenciatura plena, programa especial de formação pedagógica);

II - os profissionais graduados na área ou componente do Curso e pós-graduados em Cursos de Especialização, especialmente planejados e aprovados para o fim de atuação docente;

III - os portadores de Diploma de Mestrado ou Doutorado nas áreas dos componentes curriculares do Curso de Educação Profissional.

IV - os profissionais graduados na área ou componente do Curso que comprovarem a respectiva matrícula em Cursos de Especialização, especialmente planejados e aprovados para o fim de atuação docente.

Nesse contexto, o que se estabelece é uma inadequação dos cursos de graduação em enfermagem, que se preocupam em formar o Enfermeiro voltado exclusivamente para a assistência em enfermagem, preservação da saúde e autocuidado. Raras são as Instituições de Ensino Superior (IES) que propiciam a licenciatura em enfermagem, sendo que a maior parte delas estaria deixando de atender à DCN, que propõe uma dimensão educativa para a formação do Enfermeiro, esquecendo que lhe cabe uma prática educativa, não só na docência em cursos técnicos e superiores, como também junto aos usuários dos serviços de saúde, que visa de forma generalista a inclusão da capacitação pedagógica para o ensino de enfermagem, independente da licenciatura em enfermagem. Dessa forma, temos ainda, a despeito da Indicação CEE Nº. 64/2007 e da Portaria DIR/26/2007, uma grande parcela de docentes sem a formação pedagógica, o que evidencia a inadequação dos atuais docentes dos cursos técnicos em enfermagem, os quais, embora graduados, não possuem licenciatura e, portanto, não teriam condições para desenvolver uma ação didático-pedagógica condizente com a almejada qualidade na formação dos Auxiliares e dos Técnicos em Enfermagem.

É reduzido o número de Enfermeiros capacitados para essa docência, ou seja, licenciados e inscritos como tais no órgão disciplinador do exercício profissional. Todavia, o fato de se reconhecer a formação pedagógica em educação profissional como indispensável implica apontar algumas condições que precisam ser atendidas para que ela possa vir ao encontro do educador em saúde. Quanto à formação do Enfermeiro as Instituições de Ensino Superior seguem o que é

preconizado na LDB - "um terço do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado".

Entende-se que a formação pedagógica precisa, não apenas ser contextualizada quanto às necessidades políticas e pedagógicas de formação de profissionais que promovam a saúde, mas também representar um itinerário de crescimento profissional atraente e consistente em termos técnico-pedagógicos, profissionais e éticos. Deverá também contribuir para uma educação profissional de nível técnico que tenha qualidade formal e política, estar referenciada nas bases legais específicas para educação profissional, e ainda estar ao alcance dos educadores espalhados pelo país, pois educação e saúde são, constitucionalmente, direitos de todos os brasileiros.

Nesse sentido, um avanço possível de ser reconhecido é a presença da interdisciplinaridade; na medida em que o Enfermeiro compreenda que pode até estar, em parte, apto para exercer o cuidar, mas que para construir o cuidar junto ao outro desvelando suas facetas em toda a sua dimensão e suas possibilidades há a necessidade de algo a mais: reconhecer sua própria fragilidade humana em constante interação com o mundo e com o outro em busca do conhecimento.

Nesta direção, a licenciatura promovida por profissionais da área da educação poderia ocupar esse papel de fomentadora de um outro tipo de conhecimento necessário para a construção coletiva do cuidar junto ao outro; todavia, ela por si só não teria resposta para a solução de todos os problemas inerentes ao processo ensino-aprendizagem, mas poderia ser um sinal de reconhecimento do fato de que faz-se necessário, para a formação do futuro profissional, o uso de outros recursos que a formação do Enfermeiro Generalista não consegue suprir totalmente.

Em 1994 foi aprovada a Portaria nº. 1.721 do Ministério de Estado da Educação e do Desporto, que considerou o Parecer n. 314/94 de 06 de abril de 1994 do CFE, pelo qual foi fixado o novo currículo mínimo de graduação em enfermagem, por representar um longo período, onde muitas mudanças políticas e econômicas ocorreram na sociedade e estas, por sua vez, foram vivenciadas na educação, refletidas nos currículos propostos:

Art. 2º Os currículos plenos dos cursos de graduação em Enfermagem serão elaborados pelas instituições de ensino superior, objetivando estimular a aquisição integrada de conhecimentos básicos, teóricos e práticos que permitam ao graduado o competente exercício de sua profissão.

Ao analisar a Portaria nº. 1.721/94, verificou-se não só um enfoque para a formação generalista com uma preocupação voltada para a aquisição de conhecimentos básicos que supram necessidades teórico-práticas, mas também uma preocupação com o cuidar de maneira geral (como se apresenta também na atualidade), não dicotomizando a formação em especialidades ou áreas de conhecimentos distintos, mas, sim, pensando uma formação generalista que dê conta das questões básicas relacionadas com o cuidar.

Assim, pode-se afirmar que os Enfermeiros devem possuir uma base sólida de conhecimentos, pautada por um eixo comum, independentemente das áreas do conhecimento. Esse eixo é o da Assistência de Enfermagem.

Ainda nessa portaria, o curso volta à denominação inicial de Graduação em Enfermagem, em vez de Enfermagem e Obstetrícia como apresentado no dispositivo legal anterior, novamente reforçando o caráter de uma formação básica e integral, resgatando a essência da enfermagem para o cuidar, fixando uma duração mínima de quatro anos como uma das medidas que possibilitariam o alcance dos objetivos iniciais de formação. A Portaria também apresentou uma divisão do currículo em áreas temáticas, em que:

§ 1º Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem: nesta área, compreendendo 25% da carga horária do curso, incluem-se conteúdos fundamentais das Ciências Biológicas e das Ciências Humanas (...).(PORTARIA nº. 1.721/94).

Esta reorganização do currículo propondo áreas temáticas indicou que as áreas do conhecimento podem ser mais abrangentes, diminuindo o fracionamento do conhecimento em áreas distintas, como se entre elas não existissem pontos em comum ou zonas de intersecção. Ao estudá-las separadamente, nos modelos anteriores, dissecava-se o corpo humano em várias partes em que envolviam conhecimentos distintos, e ao aluno restava recompor o de uma forma que fizesse sentido, mas em um processo solitário. Esse novo modelo começou a propor de maneira sutil, o diálogo entre as várias áreas do conhecimento, uma possibilidade criando condições de um diálogo interdisciplinar ao remeter os fatores condicionantes do processo saúde-doença ao âmbito também macrossocial, sem restringi-los apenas às esferas biológicas do conhecimento.

As bases Biológicas e Sociais da Enfermagem subdividiram-se em Ciências Biológicas e Ciências Humanas, e nessas foram agrupadas três disciplinas: Antropologia Filosófica, Sociologia e Psicologia Aplicada à Saúde. Esse agrupamento representou um salto qualitativo no que tange ao cuidar, na medida em que essas disciplinas propiciam um trabalho com o ser humano segundo uma vertente de suas manifestações em nível social, e uma vez que na dimensão saúde, a patologia não se constitui apenas em uma manifestação no nível biológico, e sim, que os hábitos de vida, individuais e coletivos possam contribuir para a manutenção de um estado de equilíbrio ou desequilíbrio, interno e externo, influenciando no complexo mecanismo da saúde/doença.

Sempre existe uma história que precede o estado de saúde até a manifestação do estado de doença, no qual muitos fatores além dos biológicos poderão influenciar, com especial destaque para os fatores sociais. Nesse sentido, para resgatar a essência do trabalho do Enfermeiro, os cursos ficaram assim:

§ 2º Fundamentos de Enfermagem: nesta área, compreendendo 25% da carga horária do curso, incluem-se obrigatoriamente os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem, na assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo (em hospitais, ambulatórios e rede básica de saúde)[...].
§ 3º Assistência de Enfermagem: nesta área, compreendendo 35% da carga horária do curso, incluem-se obrigatoriamente os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente e ao adulto, considerando o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do País/Estado, predominantemente sob a forma de estágio supervisionado [...].(PORTARIA nº. 1.721/94).

Por intermédio da análise desses parágrafos, é possível identificar um discurso sobre o trabalho do Enfermeiro e da assistência de enfermagem, que se remete a um posicionamento sobre a essência do trabalho do Enfermeiro, definindo o papel de relevância assumido pela assistência, que na prática define-se pelo cuidar exercido com qualidade: um cuidar ao ser humano, totalmente, isento de imperícia, imprudência e negligência, e que esteja em todo momento pautado por fundamentos da bioética. Por conseguinte, verificou-se uma preocupação com o estágio (uma das formas de ensino-aprendizagem, que mais podem contribuir para a melhoria contínua da qualidade do cuidar), na medida em que essa proposta, diferentemente das anteriores desenvolvidas ao longo da legislação dos cursos de enfermagem, enfatizou a necessidade de articular a formação com as atividades desenvolvidas nos estágios, embasadas junto ao perfil epidemiológico da população;

não sendo apenas uma aprendizagem mecânica de técnicas desvinculadas do contexto social, não se constituindo- em uma mera execução de serviços, como uma forma de mão de obra barata.

Ainda de acordo com a PORTARIA nº. 1.721/94:

§ 4º Administração em Enfermagem: nesta área, compreendendo 15% da carga horária do curso, incluem-se obrigatoriamente os conteúdos (teóricos e práticos) de administração do processo de trabalho de Enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados de médio porte, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde.

A disciplina de administração teve um ganho conceitual, pois passou a ser denominada Administração em enfermagem, já que a questão administrativa é inerente às atividades exercidas pelo Enfermeiro. Não há como se abster dela quando se quer garantir a eficácia do cuidar, pois se faz necessário para tanto, um prévio planejamento, de modo a assegurar o cumprimento do cuidado proposto, saindo do mundo de idealizações ao enfocar domínios específicos do fazer em enfermagem, que propiciam o desenvolvimento das atividades clínicas que necessitam de subsídios de conhecimentos administrativos, porém aliados aos instrumentos básicos do cuidar em enfermagem.

Assim sendo, o Enfermeiro é muito cobrado diante das questões administrativas institucionais, e se esse profissional não sair da universidade ancorado por subsídios desse campo de conhecimento, dificilmente ele se manterá no mundo do trabalho. Faz-se necessário alertar para o risco de uma interpretação enviesada sobre a importância desse conhecimento administrativo. Ele é tão importante quanto necessário, mas, isoladamente, não é suficiente para a garantia do desenvolvimento do cuidar.

Uma outra questão proposta na lei e analisada aqui é a articulação entre a formação do Enfermeiro e a sua participação em serviços de saúde na comunidade onde realiza estágios - "§ 2º Na elaboração da programação de supervisão e avaliação do aluno, em Estágio Curricular Supervisionado, será assegurada efetiva participação do Enfermeiro dos serviços de saúde onde se desenvolve o referido estágio". Essa participação dos Enfermeiros dos serviços de saúde não se constitui como mão de obra barata, e sim como mais uma contribuição para a função abrangente da formação do ensino em saúde, de modo a interagir com a comunidade articulando o ensino, pesquisa e extensão de forma a contribuir com o envolvimento de todos que participam direta ou indiretamente do processo

educativo, envolvendo a comunidade na qual a formação se realiza, sempre visando o aprimoramento do cuidado prestado.

É possível afirmar que essa articulação entre a formação e a participação em serviços de saúde na comunidade propicia uma formação atrelada às questões sociais, favorecendo o conhecimento da comunidade na qual o estagiário se insere e participa oferecendo subsídios que podem ampliar a dinâmica e a abrangência do cuidado prestado. Essa proposta se remete ao que foi proposto em 1922, quando então se assegurava a participação dos Enfermeiros das instituições de saúde no estágio.

A legislação atual referente ao curso de graduação em enfermagem, a Portaria da Secretaria de Educação Superior (SESu) nº. 1.518 de 14 de junho de 2000, e a Resolução do CNE nº. 3 de 7 de novembro de 2001 do Ministério da Educação apresentam muitos pontos em comum, por isso optou-se por analisá-las conjuntamente. Nessas normas, pode-se observar uma preocupação com as questões sociais e um resgate da cidadania em que o Enfermeiro deverá exercer uma ação conjunta na sociedade, embasado nas políticas de saúde vigente, e tendo como eixo norteador o SUS, com um atendimento pautado no ser humano de forma integral e na bioética:

[...] Este bacharel deve possuir competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas [...]. (PORTARIA SESu nº. 1.518 de 14/6/2000).
 Parágrafo Único – A formação do Enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. (RESOLUÇÃO CNE nº. 3 de 7/11/01).

Estas duas normas ressaltaram questões referentes à própria identidade do profissional Enfermeiro, além de questões essenciais ao relacionamento profissional e interpessoal, e à humanização como categoria do cuidar:

[...] Sentir-se membro de seu grupo profissional.
 Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde
 Integrar às ações de Enfermagem às ações multiprofissionais. (PORTARIA SESu nº. 1.518, de 14/6/2000).
 [...] as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar [...].
 [...] o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais. (RESOLUÇÃO CNE nº. 3 de, 7/11/01).

Observa-se que há uma preocupação com vista a integrar a enfermagem a outras áreas do conhecimento, como as Ciências Humanas e Sociais, bem como a

interação com outras categorias profissionais da área da saúde de forma interdisciplinar; essa integração não só facilita a sua saída de uma posição fechada em torno de seu conhecimento, como ainda fomenta a tomada de decisões de maneira compartilhada com outros grupos profissionais em prol de um cuidar integrado e mais harmônico.

Outra contribuição importante verificada nesses últimos instrumentos legais normativos foi a preocupação com a pesquisa como forma de construção de conhecimento e participação na melhoria da qualidade do cuidar, motivo pelo qual se propôs o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de informação, bem como exigiu para a conclusão de curso a elaboração de uma monografia sob orientação docente - Resolução CNE nº. 3 de 7/11/01 - "[...] desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional".

Nessa perspectiva, a trajetória da pesquisa em enfermagem é extremamente recente, uma vez que a profissão percorreu apenas um quarto de século de atividade de pesquisa, e de forma lenta na primeira década do período, acentuando-se gradativamente até o presente momento. Em 1932 foi lançada a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), e os grupos de pesquisa surgiram na década de 1970 com a criação do primeiro curso de mestrado de enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Escola Ana Nery). Ainda nessa década, foram implantados mais sete cursos de mestrado: quatro na Região Sudeste, dois na Região Nordeste e um na Região Sul (ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011, p. 90).

Em 1971, foi reformulado o estatuto da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e criado o Centro de Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), órgão destinado a incentivar a pesquisa na área de enfermagem. Com o objetivo de atender ao volume de trabalhos, pois a pesquisa estava aumentando gradativamente, a partir principalmente das publicações da pós-graduação foram lançados outros periódicos: em 1967 a Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP); a Revista enfermagem em novas dimensões (1975/1978); a Revista Gaúcha de Enfermagem (1976); a Revista Paulista de Enfermagem (REPEN - 1981); a Revista Baiana de Enfermagem (1981), e a Acta Paulista de Enfermagem (1988) (LEITE; MENDES, 2000, p. 392).

Contudo, mesmo com a pós-graduação e o aumento de suas publicações, a enfermagem no CNPq encontrava-se inserida em uma coordenação de orientação nitidamente biológica. Segundo Erdmann, Fernandes e Teixeira (2011, p. 90), somente em 1981 teve início o primeiro curso de doutorado em enfermagem no país, o Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. A partir de então, a pós-graduação em enfermagem foi se expandindo em número de programas e cursos, mas num ritmo bem abaixo da expansão dos cursos de graduação. Dessa forma, a partir de 1986 passou a existir no CNPq, uma representante de enfermagem como membro do Comitê Assessor, bem como uma Enfermeira como técnico de desenvolvimento científico, ambas atuando junto ao Comitê Assessor da Saúde Complementar, constituído pelas áreas de educação física, enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional, fonoaudiologia, e odontologia (BARREIRA, 1993, p. 53).

Apenas em 2006 a enfermagem passou a ter seu Comitê Assessor no CNPq, que é constituído por três pesquisadoras representantes titulares e uma suplente (ERDMANN; LANZONI, 2008, p. 317). No final de 2010, segundo a avaliação trienal da CAPES, a enfermagem contava com um total de 48 programas, totalizando 72 cursos (42 mestrados, 23 doutorados e 7 mestrados profissionais), desses 48 programas, 21 estão classificados com nota 3, catorze com nota 4, nove com nota 5 e quatro com nota 6, majoritariamente concentrados na região Sudeste, e em instituições públicas (ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011, p. 92).

Segundo Erdmann e Lanzoni (2008, p. 317, 319), a enfermagem possui um total aproximado de 270 grupos cadastrados no Diretório de Pesquisa do CNPq, porém existe uma dificuldade de quantificá-los, uma vez que a ênfase está voltada para o trabalho interdisciplinar, e a denominação dos seus vários grupos de pesquisa volta-se a outras áreas do conhecimento como: Administração, Antropologia, Bioquímica, Ciências da Computação, Ciências Políticas, Economia, Educação, Educação Física, Farmácia, Filosofia, Genética, História, Letras, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social, e Sociologia dentre outras. Entretanto, as linhas de pesquisa giram em torno dos campos/áreas de atuação (profissional, assistencial e organizacional), das áreas de conhecimento (Enfermagem Clínica e Cirúrgica; Enfermagem em Saúde Pública;

Administração em Enfermagem; Enfermagem Fundamental; Educação em Enfermagem; Enfermagem Especializada), e das áreas de interesse que abrangessem as especialidades de Enfermagem (Pediátrica, Neonatal e Saúde da Criança e do Adolescente; Obstétrica, Ginecológica e Saúde da Mulher; Saúde do Adulto; Gerontológica e Geriátrica; Saúde da Família; Doenças Infecciosas; Psiquiátrica, Saúde Mental e em Álcool e Drogas; Condições Crônicas em Saúde; Oncológica; Nefrológica e Urológica; Neurológica; Ortopédica e Traumatológica; Cardiovascular, Respiratória e Endocrinológica; Oftalmológica; Dermatológica; Gastrointestinal e Estomatologia; Urgência, Emergência e Terapia Intensiva; Centro Cirúrgico e Central de Material; Arte e Tecnologia em Enfermagem; Ética, Bioética e Filosofia em Enfermagem; História, Legislação e Exercício da Enfermagem; Teoria e Pesquisa em Enfermagem; Práticas Pedagógicas e Curriculares na Enfermagem; Promoção, Educação e Reabilitação da Saúde; Trabalho e Saúde do Trabalhador; Vigilância à Saúde, Biossegurança e Saúde Ambiental; Gestão, Gerenciamento e Liderança em Enfermagem e Saúde; Gerência dos Serviços de Saúde e de Enfermagem; Auditoria e Acreditação dos Serviços de Enfermagem; Comunicação, Informação e Marketing em Enfermagem; Informática em Enfermagem e Teleenfermagem).

A maior parte das pesquisas realizadas foi do tipo descritivo e exploratório, seus resultados têm o mérito de subsidiar novos pontos de partida para projetos que busquem o aprofundamento e contribuições aos problemas estudados. No entanto, em decorrência dos fatores anteriores, as lacunas são enormes. Há muito que pesquisar, poucas linhas de pesquisa foram sedimentadas, há temáticas ainda intocadas, e há outras ainda insuficientemente abordadas. Por outro lado, existem necessidades de saúde da população e problemáticas de investigação que requerem empenho na atenção dos pesquisadores de enfermagem (LEITE; MENDES, 2000, p. 393).

Aliada à preocupação com a pesquisa está a apreensão com a extensão/assistência dos conhecimentos adquiridos pelo discente em seu processo de formação, de modo que ele possa contribuir com a comunidade na qual está inserido, e com a reflexão sobre questões relativas ao cuidar. Em outras palavras, faz-se necessário:

Assegurar a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão, garantindo um ensino crítico e reflexivo, que leve à construção do perfil almejado,

estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença. (RESOLUÇÃO CNE nº. 3 de, 7/11/01).

Segundo estudo realizado por Erdmann e Lanzoni (2008, p. 321), a caracterização dos membros dos grupos de pesquisa em enfermagem no CNPq, não apontou para a consecução dessa proposta, pois os grupos eram constituídos por estudantes, pesquisadores e pessoal de apoio técnico, sem a presença de alunos de graduação, o que em parte pode revelar alguma dificuldade no registro dos mesmos, como não envolvimento dos pesquisadores em atividades de orientação em pesquisa, ou ainda que pouco compreendem a importância do ensino do ponto de vista do acadêmico, de questionar as práticas conjuntamente com os estudantes, podendo, por fim, estar desconsiderando a responsabilidade de formar com qualidade futuros pesquisadores, com a consequente negação da possibilidade de formação do acadêmico, futuro profissional, e instituindo assim uma pseudoformação.

Todavia, o interessante nessa situação é que a enfermagem no final de 2011 alcançou catorze periódicos indexados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS)⁸⁰, sete no SciELO, cinco no Scopus⁸¹, quatro no Web of Science (WOS)⁸² e três entre os 89 títulos listados no Journal Citation Reports (JCR)⁸³ 2010. Considerando o

⁸⁰ Biblioteca Virtual da Saúde é mantida pelo Ministério da Saúde, sendo especializada em saúde e áreas correlatas.

⁸¹ Segundo o Portal de Periódico da CAPES, está disponível desde 13.01.06, é uma base de dados referencial nas áreas de Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Físicas e Ciências Sociais, da Editora Elsevier. Indexa além de títulos acadêmicos revisados (peer-reviewed), títulos de acesso livre(Open Access), anais de conferências, publicações comerciais (trade publications), séries de livros, páginas web de conteúdo científico(reunidos no Scirus) e patentes de escritórios. Oferece funcionalidades de apoio à análise de resultados (bibliometria) como identificação de autores e filiações, análise de citações, análise de publicações e índice H. Indexa publicações desde 1823 até o presente.

⁸² Fornece aos pesquisadores, administradores, professores e alunos, acesso para bancos de dados do mundo de citação principais, com conteúdo multidisciplinar que abrange mais de 12.000 dos periódicos de maior impacto mundial, incluindo revistas de acesso aberto e mais de 150.000 procedimentos de conferências (THOMSONREUTERS, 2012).

⁸³ Segundo o Portal de Periódicos da CAPES, o JCR é um recurso que permite avaliar e comparar publicações científicas utilizando dados de citações extraídos de revistas acadêmicas e técnicas e o impacto destas na comunidade científica. O JCR permite verificar os periódicos mais citados em uma determinada área e a relevância da publicação para a comunidade científica por meio do Fator de Impacto, avalia revistas de 3.300 editores, aproximadamente 200 disciplinas, e 60 países e permite acesso à estatística de citações desde 1997 até o presente.

universo de 5293 artigos originais e de revisão publicados em 2011 e pelos títulos de enfermagem indexados no WOS, o Brasil (com 435 artigos) ocupou o terceiro lugar no *ranking* mundial após os Estados Unidos (2397) e Austrália (517), tendo mais artigos que todos os demais que compõem os BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul)⁸⁴. Dos 435 artigos de autores com afiliação brasileira, 398 (91%) foram publicados nos três periódicos brasileiros, a Revista Latino-americana de Enfermagem (36%), a Revista da Escola de Enfermagem da USP (33%) e a Acta Paulista de Enfermagem (23%). Os dois primeiros publicam predominantemente em inglês enquanto a Acta Paulista de Enfermagem publica em português. A Revista Latino-americana de Enfermagem teve o maior impacto e está no terceiro quartil da distribuição do Fator de Impacto dos 89 periódicos de enfermagem no (JCR) 2010. Somente 8% dos 435 artigos com afiliação brasileira são de colaboração internacional. Esses dados mais uma vez evidenciam que a pós-graduação está distante da graduação. Será que os alunos da graduação não poderiam participar mais ativamente desse cenário em seu processo formativo? Quais são os fatores que impedem essa participação?

Por conseguinte, a preocupação com o cuidado aparece de forma integrada, tornando nítida a responsabilidade do Enfermeiro perante ele, tanto no nível administrativo quanto no nível de assistência direta, resgatando a essência do cuidar na formação do Enfermeiro. Esse cuidado será embasado por subsídios que se ancoram em uma visão holística do homem, respeitando as suas especificidades e indo ao encontro das diversidades regionais e das diferenças dos grupos humanos. Nessa acepção é preciso:

[...] incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional.

[...] intervir no processo saúde/doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de Enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

⁸⁴ Segundo o Itamaraty a ideia dos BRICS foi formulada pelo economista-chefe da Goldman Sachs, Jim O’Neil, em estudo de 2001, intitulado “Building Better Global Economic BRICs”. Fixou-se como categoria da análise nos meios econômico-financeiros, empresariais, acadêmicos e de comunicação. Em 2006, o conceito deu origem a um agrupamento, propriamente dito, incorporado à política externa de Brasil, Rússia, Índia e China. Em 2011, por ocasião da III Cúpula, a África do Sul passou a fazer parte do agrupamento, que adotou a sigla BRICS. Em síntese, o BRICS abre para seus cinco membros espaço para (a) diálogo, identificação de convergências em relação a diversos temas; e (b) ampliação de contatos e cooperação em setores específicos.

prestar cuidados de Enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade [...].

Utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de Enfermagem e da assistência à saúde [...].(RESOLUÇÃO CNE nº. 3 de, 7/11/01).

Outra questão muito importante levantada na DCN de 2001 é a preocupação com a função que o enfermeiro exerce como educador, seja de sua equipe, seja em suas atividades diárias ou em cursos regulares. Acredita-se ser necessário pensar sobre ela durante o curso de formação uma vez que, tendo ou não esses conhecimentos, ele irá exercer estas atividades:

[...] reconhecer-se como sujeito no processo de formação de recursos humanos [...]

Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitada para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

[...] os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais [...]

[...] os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do Enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem. (RESOLUÇÃO CNE nº. 3 de, 7/11/01).

Cabe considerar que a diretriz de 2001 baseou-se no princípio da autonomia, em que os conteúdos serão desenvolvidos de forma a articulá-los com eixos temáticos de formação e não em grades hermeticamente fechadas. O que se objetiva é o desenvolvimento de competências voltadas à formação do Enfermeiro generalista apto a planejar, coordenar, implementar e avaliar as ações necessárias para a implementação do cuidar no nível de proteção, promoção e reabilitação à saúde, por essa razão o "Enfermeiro deve ter uma formação generalista, crítica e reflexiva; estando apto, através de seus conhecimentos adquiridos, a promover uma assistência global à saúde" (Portaria ministerial 1.518/2000, a resolução CNE e Câmara de Educação Superior - CES nº. 3 de 7/11/01).

Para tanto, são sugeridos como conteúdos curriculares para os cursos de graduação em enfermagem, conhecimentos pertinentes às áreas das Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais, Ciências da Enfermagem, incluindo nesta última, Fundamentos da Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem.

Segundo Sacristán (1998, p. 13), os currículos são a expressão dos interesses e forças que gravitam sobre o sistema educativo apresentando, num dado momento, em seu conteúdo e forma, uma opção historicamente configurada dentro de uma trama cultural, política e escolar. Por conseguinte, comprehende-se que a

organização curricular parte do pressuposto de que o currículo é a totalidade das situações de ensino-aprendizagem planejadas de modo intencional pelo coletivo da escola de forma que proporcione experiências direcionadas ao alcance dos objetivos almejados. Assim, faz-se necessário diferenciar a organização curricular de currículo. A organização curricular consiste na tomada de decisões sobre as experiências que deverão ser vivenciadas pelos discentes, levando-se em consideração a legislação vigente; enquanto o currículo é previamente selecionado a partir de uma análise crítica da profissão e sua relação com a sociedade, na perspectiva filosófica e pedagógica aliadas à futura prática profissional. Compreende-se também que aqueles conteúdos já enunciados devem estar articulados de tal forma que propicie o desenvolvimento das seguintes habilidades consideradas de fundamental importância à formação do Enfermeiro: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente.

Nesse quadro, em que se propõe uma articulação entre as disciplinas e/ou os conteúdos há de se considerar ainda a articulação entre a teoria e a prática que se dá por meio do desenvolvimento do estágio e a regulamentação do estágio. Segundo a Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008, que regulamentou a lei de estágio:

Art. 1º Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

Pode-se afirmar, portanto, que o estágio não pode se ater exclusivamente ao cenário hospitalar, abrindo-se uma variedade de opções de aprendizado tanto para a instituição formadora, quanto para o discente. Ressalta-se que seria até um contrassenso mantê-lo estritamente no âmbito hospitalar, visto que as diretrizes curriculares propostas pelo MEC enfatizam a todo o momento a importância do SUS, que visa a integração de políticas de formação para a atuação profissional e objetiva embasar as ações de promoção, proteção e prevenção à saúde, que são medidas de extrema importância e que devem ser implementadas.

Nesse sentido, pode-se observar tal fato pela Lei Orgânica do SUS nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regula, no território nacional, as ações de saúde que estabelecem que a saúde tem:

Art. 3º [...] como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...].

Podemos reconhecer que alguns aspectos dos fatores determinantes e condicionantes das ações para à saúde, de certa forma, estão articulados como elementos importantes no perfil profissional do Enfermeiro, baseado na DCN:

Art. 3º, Parágrafo I, o perfil do formando egresso/profissional, como: Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (RESOLUÇÃO CNE/CES nº. 3, de 07/11/2001).

As DCN oferecem às IES todo o direcionamento que devem conter os projetos políticopedagógicos dos cursos, embora não sejam fórmulas prontas, uma vez que cada IES pode determinar seu itinerário formativo e sua matriz curricular. Ao definir o perfil do egresso, elas podem definir parcialmente a formação, na medida em que, independentemente do caminho a ser traçado, a reta de chegada deve ser a mesma. Assim, elas sinalizam um caminho que está imbuído em uma visão ideológica da sociedade e da construção de uma postura frente ao processo saúde-doença.

Essa DCN preconiza uma formação contemporânea, contextualizada e dinâmica, pautada na indissociabilidade de ensino, pesquisa e extensão, o que forma um Enfermeiro generalista, crítico e apto a atuar em todas as dimensões do cuidado como promotor da saúde do cidadão, da família e da comunidade, e com licenciatura em enfermagem, estando capacitado para atuar na educação básica e profissional em enfermagem. Além de ser um perfil muito amplo, pode-se notar que dentro do contexto atual das IES brasileiras, em que está presente a política de classificação de cursos promovida pelo MEC (por meio das notas atribuídas pelo Exame Nacional de Cursos - ENADE), pela qual as instituições podem reproduzir em

suas práticas cotidianas o modo de produção capitalista vigente na sociedade, como uma forma de também obterem bons resultados no ENADE.

Nessa perspectiva de análise do impacto social do ENADE, podemos nos apoiar nos conceitos desenvolvidos por Dufour sobre dominação:

Com efeito, a dominação sociopolítica é tanto o conjunto dos meios pelos quais certos grupos de indivíduos exercem um domínio econômico, político e/ou cultural sobre outros grupos quanto o conjunto dos meios pelos quais esses grupos dominantes dissimulam seus interesses particulares, tentando fazê-los passar por interesses universais. (DUFOUR, 2005, p. 194).

Na lógica capitalista, o homem é transformado em coisa, e o seu verdadeiro valor é atribuído ao produto de seu trabalho que, contraditoriamente, não mais lhe pertence. Dessa forma, o homem também pode ser considerado algo passível de descarte quando não traz mais lucros, e as práticas educativas vigentes podem refletir esse processo.

Em busca da compreensão dos impactos ideológicos que as DCN possam ter na formação do Enfermeiro, acreditamos ser relevante identificar quais foram os interlocutores que participaram do processo de sua elaboração, e trazer elementos para análise dos fundamentos que levaram as entidades regulamentadoras de ensino a promover esse diálogo com a sociedade. Eagleton (1997, p. 27 - 40) apresenta subsídios que permite aprofundar nossa análise:

[...] para terem êxito as ideologias devem ser mais do que ilusões impostas, e a despeito de todas as suas inconsistências, devem comunicar a seus sujeitos uma versão da realidade social que seja real e reconhecível o bastante para não ser peremptoriamente rejeitada.

Com essa perspectiva conseguimos vislumbrar o desejo político dos órgãos oficiais de ensino em ter a participação social como estratégia para assegurar que a proposta não seja rejeitada pela sociedade; podemos também considerar em uma análise mais superficial, que a leitura do texto possa fornecer a impressão de uma constante articulação com as questões colocadas ao atendimento das necessidades sociais do mercado do trabalho, formação e saúde, como se fossem em uma direção única, presumindo que o objetivo de todos os sujeitos envolvidos no processo fosse de fato igual.

Segundo Xavier (2001, p. 5), o curso de graduação em Enfermagem contou com a participação direta da comissão de especialistas de ensino de enfermagem da ABEn, que para contribuir de forma mais efetiva buscou embasamento nos

princípios do SUS, bem como a visão do processo saúde-doença e seus determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos.

Santana et al. (2005) relata que a elaboração da DCN também contou com a consulta pública às IES que teve início com a publicação do Edital nº. 4/97; tal documento as convocava para a apresentação de suas propostas, que depois de sistematizadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino (CEE) seriam encaminhadas ao Conselho Nacional de Educação (CNE). As primeiras propostas sistematizadas foram divulgadas na internet com a finalidade de suscitar sugestões e críticas ao documento inicial. Além do debate eletrônico, as áreas promoveram encontros e seminários em todo o país para a consolidação das propostas. Após essa etapa, a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura (SESu/MEC) recebeu as sugestões e as críticas sobre os documentos para que fossem agregadas à versão final a ser divulgada na internet, e posteriormente encaminhadas ao CNE.

Segundo Maranhão, além do debate público, a DCN contou com as seguintes referências:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº. 8.080 de 19/9/1990;
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº. 9.394 de 20/12/1996;
- Lei que aprovou o Plano Nacional de Educação nº. 10.172 de 9/1/2001;
- Parecer da CES/ CNE nº. 776/97 de 3/12/1997;
- Edital da SESu/ MEC nº. 4/97 de 10/12/1997;
- Parecer da CES/ CNE nº. 583/2001 de 4/4/2001;
- Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI, da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior – ocorrida em Paris no ano de 1998, promovida pela UNESCO, e o relatório DELORS de 1999;
- Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 15 a 19/12/2000;
- Documentos da Organização Panamericana de Saúde (OPAS); Organização Mundial de Saúde (OMS), e os instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

O discurso propagado pelo Sistema Nacional da Avaliação do Ensino Superior - SINAES (do qual faz parte o ENADE) pode estar embasado na perspectiva de classificação das IES para adequá-las à lógica da produção do mercado capitalista, que atenderá aos interesses particulares de grupos dominantes, e talvez estejam respaldados no discurso da melhoria da qualidade da educação; um discurso permeado pela esfera do universalismo, e invariavelmente algo com que todos concordam, por se tratar de um bem comum.

Não fica claro como medidas promovidas nas IES em suas práticas educacionais possam contribuir na formação do profissional, a partir apenas da classificação das IES promovida pelo ENADE como parte de uma política neoliberal. Acredita-se que podem, sim, promover uma contribuição na formação de um profissional competitivo, baseado nos conceitos de habilidades e competências para o mercado capitalista neoliberal, em que seja comum a competição a todo custo, já que a lógica neoliberal produz sujeitos que, funcionando precisamente na lei do mais forte, ainda reforçam essa lógica (DUFOUR, 2005, p. 194).

No entanto, parte-se do pressuposto de que na formação dos trabalhadores de saúde, os sujeitos não devem ser considerados propriamente insumos ou recursos, mas sujeitos com potencialidades para se desenvolverem constantemente em busca da autonomia possível, dentro de seus espaços de atuação, e devem ser capazes de aderir a projetos de transformação sem deixar de reconhecer que mudanças substanciais, e politicamente viáveis, tendem a se realizar pela ação conjunta de indivíduos articulados com movimentos e práticas sociais de sustentação.

Supõe-se que, nesse cenário que visa obter uma pontuação para atender aos órgãos regulamentadores de ensino, e também se manter dentro da lógica do mercado capitalista de produção, possa ser mais difícil a construção, a consolidação, e até mesmo a existência de espaços, ou mesmo se ocorre a real oportunidade do desenvolvimento de atividades pautadas no *rigor científico e intelectual*, ou se esse rigor possa ser interpretado de forma enviesada, para possibilitar a *formação generalista, crítica e reflexiva* que o perfil do egresso propõe.

Esse perfil profissional de competências e habilidades reconhece uma objetividade reflexiva não voltada para o sentido humano do profissional, compreendendo-o como uma pessoa aberta para o mercado de trabalho e capaz de se *instrumentalizar*, mas se constitui como uma pseudoformação para que o

profissional se adapte para o desenvolvimento das práticas profissionais, independente das práticas sociais no ambiente no qual se insere; talvez o perfil do egresso não consiga por si só a instauração de um processo de formação que articule as práticas escolares com o contexto social onde ocorre a formação, e que objetive o desenvolvimento da assistência em saúde, com vistas à superação dos desafios inerentes ao mercado de trabalho e as práticas em saúde coletiva.

Outro aspecto relevante a se identificar é a simples justaposição das ações de enfermagem propostas no perfil do egresso como - *capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença com ênfase na sua região de atuação*, além de ser um *promotor da saúde integral do ser humano*, essa associação simplória não é capaz de garantir à enfermagem a possibilidade de executar as ações necessárias e possíveis, dentro do que foi definido como sua área de atuação na DCN - *promoção, proteção e recuperação*, a fim de garantir o alcance do conceito de saúde presente no texto constitucional.

Embora o perfil do egresso contido na DCN objetive a busca da atenção à saúde integral, orientando quanto à adequação do currículo à demanda do SUS, a formação dos profissionais de saúde não tem acompanhado no mesmo ritmo o movimento das transformações e exigências da atenção à saúde, baseado no perfil epidemiológico do processo saúde-doença da população. A maneira como são estruturados, e, sobretudo, como se desenvolvem os processos de formação e de práticas profissionais em saúde, o que se configura é em um quadro comprometido com muitos tipos de interesse, exceto os que devem estar diretamente relacionados aos usuários dos serviços de saúde, e que perpassam pela garantia do alcance da qualidade de vida.

Sendo assim, a meta foi a formação de profissionais Enfermeiros generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, responsáveis pela gestão, assistência, ensino e pesquisa de enfermagem com qualidade nos diferentes níveis do sistema de saúde. Para que isso ocorra é necessário que o indivíduo seja possuidor de conhecimentos para atuar na diversidade social, com capacidade de interação multiprofissional utilizando a pesquisa e a educação como objetivos de transformação da prática profissional, intervindo no processo saúde-doença, na busca pela qualidade de vida e pela inclusão social.

O futuro profissional deve ser estimulado para ter consciência dos direitos e deveres preconizados pelo Código de Ética e pela Lei do Exercício Profissional,

reconhecendo a saúde como direito de todos, tornando-se agente de transformação no processo de desenvolvimento humano, político e social, sendo, ainda, orientado a desenvolver a práxis fundamentada nos princípios e diretrizes das políticas públicas de saúde no trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Portanto, é necessário o desenvolvimento de qualificação interpessoal e da capacidade de se relacionar e manter-se atualizado para que o mesmo atue com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Esse perfil também confere ao Enfermeiro postura profissional transformadora em qualquer nível de desenvolvimento dos programas de saúde, atendendo aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, solidariedade e hierarquização que norteiam o SUS. Considera-se que esse perfil foi elaborado a partir do entendimento das políticas de formação para a contemporaneidade e tem, não obstante, o seu caráter provisório, já que a definição de perfil do egresso é resultante do movimento permanente de leitura da realidade.

Assim, fazendo um paralelo com a formação do Enfermeiro, nota-se que em algumas instituições, além das exigências cabíveis à prática assistencial e dos requisitos que pesam sobre o ensino de enfermagem, existem os desafios da construção de conhecimentos para dar respostas a situações específicas. Aos Enfermeiros impõe-se posição compatível não só com a prática de cuidar e de ensinar a cuidar, mas com a procura de novas formas de interpretações da realidade orientada por um projeto profissional que reconheça outros saberes, novas formas de fazer e de compreender a complexidade dos contextos.

Tomemos como exemplo a expressão *Enfermeiro com formação generalista*. Quais sentidos essa expressão permite ao leitor construir? O termo *generalista* comporta mais de uma interpretação. Se por um lado, possibilita uma indefinição sobre o tipo de profissional que se deseja formar, por outro pode encerrar a ideia de que o egresso do currículo proposto estaria capacitado para atuar em todos os cenários da prática profissional, além dos aspectos técnicos do saber fazer e do cuidar.

Essa noção de capacitação pode remeter o indivíduo a uma constante busca pela competência para manter a empregabilidade. Nesta perspectiva é interessante analisar o que pode significar o termo competência. Roggero nos apresenta elementos para pensar esse significado do termo, que está implicitamente contido

nesse perfil profissional proposto pela DCN, como mais uma das manifestações das mudanças culturais para atender aos interesses dessa lógica capitalista:

O próprio termo competência contém um significado que remete qualquer idéia de fracasso ao indivíduo, descartando a idéia de relação social presente no conceito de qualificação. Ao remeter toda a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso no campo profissional - que está, antes de tudo, relacionado à própria sobrevivência - ao indivíduo, o capital neutraliza aspectos de sua relação social com o trabalho, ao mesmo tempo que amplia o fetiche da mercadoria, fazendo com que o próprio indivíduo se coisifique em seu desenvolvimento. (ROGGERO, 1998)

Essa competência surge como um imperativo, que submete os indivíduos nessa situação de constante busca pela formação e os remete ao individualismo, responsabilizando exclusivamente o indivíduo por sua formação, para manter a empregabilidade, como se as questões relacionadas à sua formação estivessem intrinsecamente ligadas apenas à esfera individual, sem considerar o contexto histórico e econômico da formação. Nesse aspecto, Bauman nos apresenta que - "Neste mundo novo, pede-se aos homens que busquem soluções privadas para problemas de origem social, e não soluções geradas socialmente para problemas privados" (BAUMAN, 2010, p. 50).

Assim, instala-se um processo que não representa um avanço da consciência social, uma vez que impede a capacidade de resistência dos indivíduos aos processos alienantes instaurados na processo formativo, ficando os objetivos educacionais subsumidos aos interesses empresariais, e o conceito de qualificação substituído pela noção de competência. Esse processo dá um caráter ainda mais perverso do ponto de vista da emancipação humana, por se revestir como processo formativo, que tende a perpetuar as relações de dominação e exploração ao tentar impedir/mascarar a compreensão da totalidade social. Sua instalação é sutil e chega a ser revestida com um discurso totalmente voltado em prol das necessidades sociais, sob o manto da aparente neutralidade científica conferida pela objetivação.

Contudo, dentro desse processo pseudoformativo estão presentes as estruturas capazes de levar à sua superação, por meio das políticas governamentais instauradas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, que dão peso à formação de trabalhadores, voltadas ao perfil epidemiológico do processo saúde-doença como forma de atender aos interesses do SUS. A articulação da formação com o SUS pode acontecer dentro da própria estrutura formativa, o que seria uma possibilidade

de um processo educativo que venha a superar a pseudoformação. Adorno ressalta a necessidade da emancipação ser percebida como categoria dinâmica:

Se não quisermos aplicar a palavra emancipação num sentido meramente retórico, ele próprio tão vazio como o discurso dos compromissos que as outras senhorias empunham frente à emancipação, então por certo é preciso começar a ver efetivamente as enormes dificuldades que se opõem à emancipação nesta organização do mundo. (ADORNO, 2003, p. 181)

A inserção de temas sobre políticas de saúde na formação do profissional, numa abordagem que articule as políticas e as estratégias promovidas pelas dinâmicas instituídas por meio do capitalismo, o que evidenciem as tensões e os conflitos nesse processo; conhecimentos que discutam a configuração e as tendências do Estado no capitalismo, sobretudo as formas de adesão ao movimento do capital sob uma perspectiva histórico-social, que poderá constituir-se em uma educação para a emancipação.

Num contexto que tenta promover o predomínio da construção de sujeitos individuais em detrimento da construção de sujeitos coletivos, por meio da instauração da competitividade de forma acirrada, como uma das prováveis facetas dissimuladas em que se apresenta a alienação e é instalada pela noção de competência para manter a empregabilidade. A enfermagem passa atualmente por um processo de mudança na formação frente à última resolução do CNE/CES - RESOLUÇÃO Nº. 4, DE 6 DE ABRIL DE 2009 - que dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, ou seja, bacharelados na modalidade presencial/semi-presencial. Essa Resolução determina o aumento da carga horária do curso de graduação de Enfermagem que passa de 3.500 horas em oito semestres letivos, para 4.000 horas com limite mínimo de integralização em cinco anos:

[...] II - a duração dos cursos deve ser estabelecida por carga horária total curricular, contabilizada em horas (60 minutos), passando a constar do respectivo Projeto Pedagógico;

Art. 2º As Instituições de Educação Superior, para o atendimento ao art. 1º, deverão fixar os tempos mínimos e máximos de integralização curricular por curso, bem como sua duração, tomando por base as seguintes orientações: Grupo de CHM entre 3.600h e 4.000h: [...].(RESOLUÇÃO Nº. 4, DE 6 DE ABRIL DE 2009)

Ao analisar as questões pedagógicas discutidas na última legislação, essa Resolução não traz nenhuma alteração nos pressupostos pedagógicos, contudo, ela

amplia a carga horária mínima do curso, mas não as horas/aulas (hora/relógio de sessenta minutos), além de acrescentar 500 horas na formação, deixa explícito que essa duração será baseada em horas aulas de 60 minutos, o que traz um impacto de tempo na formação profissional. Essa colocação agradou as associações de classe, que entenderam que esse tempo poderá propiciar uma formação mais embasada cientificamente e preparará o aluno para atender as questões inerentes ao processo saúde-doença, com a perspectiva do perfil epidemiológico populacional.

Contudo, essa Resolução não agradou todas as instituições formadoras, notadamente as IES privadas que, em sua maioria, não ofertam esse curso em período integral, pois usualmente têm um aluno trabalhador, aliado às exigências mercadológicas de aceleração na formação profissional, em vistas de um mercado em constante transformação, e que consome as informações quase que instantaneamente.

Essa Resolução também apresenta uma ambiguidade, pois além de aumentar a carga horária, o que inviabiliza cursos que não sejam organizados em período integral, a integralização dessa carga horária fixa o tempo mínimo de integralização em cinco anos: *d) Grupo de CHM entre 3.600h e 4.000h: Limite mínimo para integralização de 5 (cinco) anos.* Todavia, abre a possibilidade das IES utilizarem outro itinerário formativo, o que talvez permita o uso da Educação à Distância (EAD) para a integralização dessa carga horária: "a integralização distinta das desenhadas nos cenários apresentados nesta Resolução poderá ser praticada desde que o Projeto Pedagógico justifique sua adequação". (RESOLUÇÃO Nº. 4, DE 6 DE ABRIL DE 2009)

Embora a Resolução não tenha apresentado sugestões do que poderia ser feito para o desenho distinto para a integralização, e o prazo para iniciar os cursos com esse novo formato de carga horária tenha sido estabelecido a partir de 2010 (para alunos ingressantes), algumas IES ainda estão se adequando para seguir o que é preconizado na Resolução, oferecendo disciplinas consideradas de formação geral (Metodologia da Pesquisa, Ciências Sociais, Língua Portuguesa) na modalidade à distância; as demais aumentaram a carga horária sem aumentar o período de integralização, uma vez que somente no Estado de São Paulo existem 188 cursos de enfermagem em nível superior, representando a oferta de 46% do total da oferta de cursos públicos e privados do país, o que gera uma competitividade acirrada.

No que concerne à legislação de ensino, desde sua primeira lei, em 1922, até esta última regulamentação de 2009, pode ser evidenciado um grande amadurecimento e desenvolvimento da enfermagem identificada como ciência e profissão (desenvolvimento de um corpo conceitual próprio de conhecimentos, estímulo do desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem articulado com o perfil epidemiológico do processo saúde-doença da população, articulação da formação com a comunidade a qual se insere, estímulo à pesquisa). Esse crescimento pode ser sentido nas esferas políticas, éticas, econômicas, sociais e estéticas, em que a enfermagem tem mostrado uma preocupação de estar apta para a tomada de decisões, de acordo com as necessidades regionais, os perfis epidemiológicos e os grupos humanos, englobando todas as dimensões do processo saúde/doença, com a participação dos diversos grupos profissionais envolvidos, por meio do entendimento do ser humano em todas as suas dimensões biopsicossociais e históricas, resgatando, ainda, o papel do Enfermeiro como Educador.

3.2 A Profissão Enfermagem

A enfermagem é uma profissão autorregulamentada por meio de seu conselho profissional. Nesse sentido, é relevante estabelecer comparação entre o que consta na regulamentação frente ao proposto no currículo, para poder analisar a questão do poder político, que envolve a área da saúde.

Embora seja uma característica das profissões regulamentadas ter o controle de seus requisitos educacionais na forma de currículos mínimos que lhes conferem direito a certificados, ou autorização de praticar determinados atos e de exercer algumas atividades, isso não ocorre dessa forma com a enfermagem, uma vez que seu conselho profissional funciona apenas como um órgão fiscalizador do exercício profissional e da ética profissional, julgando e tomando medidas disciplinadoras sobre seus pares, em caso de constatação de exercício profissional inadequado; sendo que o currículo do curso de enfermagem é proposto pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), por meio da DCN para o curso de graduação, e por meio do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos para os cursos de nível médio, o que abrange também a formação do Técnico em Enfermagem e do Auxiliar de Enfermagem.

O COFEN é uma autarquia do Ministério do Trabalho que fiscaliza o exercício da profissão; normatizado pela Lei nº. 5.905, de 12 de julho de 1973 (Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências), o COFEN é órgão responsável por regulamentar a profissão em todo território nacional, e realiza essa atividade por meio do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e/ou por meio da emissão de pareceres de suas Câmaras Técnicas referentes a atuação do profissional.

O Sistema COFENs - CORENs (órgão de atuação do COFEN em nível estadual) atua na regulamentação do exercício profissional, desenvolvendo ações de fiscalização do exercício do profissional formado, sem regulamentar diretamente o processo formativo, que é feito pelo MEC. A Resolução COFEN 240/2000, revogada pela Resolução COFEN 311/2007 que constituiu o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em vigor na atualidade; esse documento está dividido da seguinte forma:

- CAPÍTULO I - Dos Princípios Fundamentais;
- CAPÍTULO II - Dos Direitos;
- CAPÍTULO III- Das Responsabilidades;
- CAPÍTULO IV - Dos Deveres;
- CAPÍTULO V - Das Proibições;
- CAPÍTULO VI - Dos Deveres Disciplinares;
- Capítulo VII - Das Infrações e Penalidades;
- Capítulo VIII - Da Aplicação das Penalidades;
- CAPÍTULO IX - Das Disposições Gerais.

Como podemos observar, nenhum de seus capítulos aborda diretamente a composição do currículo dos cursos de enfermagem (Auxiliar/Técnico em Enfermagem e Enfermeiro) por ser uma atribuição exclusiva do MEC, o documento apenas objetiva determinar condutas éticas e/ou disciplinares para o exercício da profissão.

O Ministério do Trabalho por meio da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) determina as famílias ocupacionais CBO 2235 e 3222 que correspondem ao conjunto dos profissionais de enfermagem, e apresenta a legislação do COFEN para normatizar a profissão.

O Ministério da Saúde também participa indiretamente da regulamentação profissional da enfermagem, através de sugestões no que deve se constituir a

formação dos recursos humanos em enfermagem, suprindo as necessidades de saúde da população. Dessa forma ele pode favorecer algumas profissões e/ou instituições que detenham maior prestígio e poder econômico, recursos organizativos e políticos, o que lhes faculta maior capacidade de acompanhar o desenvolvimento de suas aspirações em comparação com outras profissões. Nesse sentido, podemos exemplificar a luta, desde 1955, pela jornada de trabalho de 30 horas para a enfermagem, uma jornada compatível com as características de seu trabalho, pois a própria Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomenda a jornada de 30 horas como sendo o melhor para profissionais e usuários dos serviços de saúde; no Brasil, a importância e necessidade desta reivindicação vem sendo reconhecida em Conferências de Saúde, no Legislativo e no Judiciário, pelos meios de comunicação e por entidades que representam profissionais e usuários dos serviços de saúde (ENTIDADES DE ENFERMAGEM, 2010, p.1).

A Enfermagem brasileira, há 13 anos desde 2000, vem lutando pela aprovação do Projeto de Lei (PL) n. 2295/2000 originário do Senado Federal, o qual estabelece a jornada máxima de 30 horas semanais para os Enfermeiros/as, Técnicos/as e Auxiliares de enfermagem. O projeto propõe que se insira no parágrafo do art. 2º da Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986 - “§ 2º A duração normal da jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares de Enfermagem e Parteiras não excederá de seis horas diárias e trinta semanais.” Cabe destacar que não se trata de uma reivindicação meramente corporativa de defesa de privilégios, e sim de uma luta pelo estabelecimento de condições mínimas para o desenvolvimento de uma prática assistencial segura para profissionais e usuários dos serviços de saúde.

No entanto, diferentemente de outras categorias profissionais como os Médicos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Técnicos em Radiologia, que têm regulamentadas suas jornadas em 20 a 30 horas semanais, a enfermagem ainda não conseguiu a aprovação desse projeto de lei, por isso a aplicação da sua jornada de trabalho é baseada na norma geral, desconsiderando as peculiaridades da profissão, sendo que esta não é diferente dos outros profissionais da saúde que conseguiram a aprovação de jornadas diferentes (menores) do que as estabelecidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo a única categoria profissional da saúde, em que seu trabalho é indispensável nas 24 horas, ininterruptamente nas

instituições de saúde; sendo ainda na iniciativa privada, preconizado pela CLT, uma jornada de 44 horas semanais (ENTIDADES DE ENFERMAGEM, 2010, p.1).

No debate mais recente acerca do PL n. 2295/2000 vem sendo alegado por empregadores do setor privado em saúde e por setores do governo que a redução da carga horária dos profissionais de enfermagem tem um enorme impacto financeiro para o setor, causando sérios prejuízos ao setor público. Por outro lado, há setores do governo que apoiam a proposta, como o Ministério do Trabalho que emitiu nota técnica em 2010 a favor da aprovação do PL. Há também as entidades de Enfermagem, que realizaram um estudo técnico com base nos dados oficiais contidos na Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (MAS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2005, e dados do Programa/Estratégia Saúde da Família (ESF) de 2009, demonstrando o pequeno impacto no gasto anual em saúde.

Em suma, as análises das políticas de formação propiciaram, a identificação de questões referentes ao cuidar, na formação da identidade profissional, ao papel do Enfermeiro, e ao que vem a ser *Enfermeiro* na sociedade contemporânea, à atuação do Enfermeiro como Educador, bem como ao que seja formar um profissional para atuar na área de saúde, e ao compromisso social da profissão.

Capítulo IV. AS HISTÓRIAS DE VIDA DE ENFERMEIRAS E OS CAMINHOS PARA UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

O pensamento crítico luta por definir o caráter irracional da racionalidade estabelecida (que se torna cada vez mais óbvio) e por definir as tendências que fazem que essa racionalidade gere sua própria transformação.

(Marcuse)

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Sujetos da Pesquisa

Em busca de uma delimitação sobre o número de participantes da pesquisa, nos apoiamos na contribuição de Horkheimer e Adorno (1973, p. 124), que nos estimulam à reflexão sobre a relevância social do estudo de casos particulares na investigação social empírica, para a compreensão da estrutura social em que esses casos particulares estão inseridos - "as concepções verdadeiramente produtivas nascem, em geral, do estudo de casos particulares em que a estatística serve mais para controlar do que para gerar tais concepções".

Partimos dos pressupostos de que a Enfermagem é uma prática social e da necessidade de compreender a formação que possibilite o exercício da autonomia no desenvolvimento do cuidar como objeto de nossa pesquisa. Assim, pretendemos, a partir da análise de casos individuais de quatro Enfermeiras como sujeitos da pesquisa, compreender suas trajetórias biográficas, com vistas à compreensão do ambiente social em que suas práticas se inserem e são exercidas. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 20):

Nos estudos qualitativos, a questão "quantos?" nos parece de importância relativamente secundária em relação à questão "quem?", embora, na prática, representem estratégias inseparáveis. Afinal, o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos (o "N" dos epidemiologistas), mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles.

Na pesquisa qualitativa, a escolha da amostra valoriza a representatividade referente à profundidade e à diversidade de informações, e não a quantidade de

sujeitos envolvidos. Por esse motivo, quatro entrevistadas podem ser suficientes. Duas Enfermeiras também são educadores, atuando diretamente com a formação de Enfermeiros (uma docente de uma instituição privada e uma docente de uma instituição pública). Para esses sujeitos no que se constitui a sua participação na formação, tendo em vista as relações que se estabelecem entre vida, trabalho e formação?

Ao eleger como sujeitos da pesquisa Enfermeiras e Enfermeiros docentes, aprofundarmos nossa análise sobre a formação, e a formação para o trabalho, sob a perspectiva das práticas desenvolvidas nas instituições escolares com base no que Alves afirma:

A organização do trabalho didático constitui-se, conceitualmente, nos limites de outras categorias mais centrais, tais como trabalho e organização técnica do trabalho, e as implica. Daí, também, a sua riqueza, pois, ao embutir categorias centrais importantes para a revelação das relações sociais, permite que a discussão da educação e da escola desvele as características mais profundas que as permeiam. (ALVES, 2007, p. 256).

A pesquisa também confrontou os diferentes pontos de vista sobre a formação e as relações sociais que são estabelecidas no âmbito educacional, ao analisar os distanciamentos e proximidades entre as experiências profissionais, enquanto também estudamos a Enfermagem como prática social. Assim, esse distanciamento do tempo entre as gerações de Enfermeiros evidenciou se ocorreram diferenças na formação, em relação ao exercício da autonomia para o cuidar, entre a gerações. Dessa forma, elegemos também como sujeitos da pesquisa duas Enfermeiras formadas a partir de 2006 (uma Enfermeira formada por uma instituição pública e uma Enfermeira formada por uma instituição privada), pelos pressupostos da última DCN vigente para o curso de graduação em Enfermagem, contextualizando o momento histórico dessas formações.

O presente estudo não objetivou aprofundar a questão das diferenças sociais a que estão expostos os gêneros masculino e feminino em todos os contextos macrossociais, contudo, consideramos ser relevante a compreensão de como são tratadas as questões de formação e trabalho nessa perspectiva histórico-social, e se existem implicações no desenvolvimento da autonomia para o cuidar frente a essa questão dos diferentes gêneros⁸⁵, uma vez que a profissão,

⁸⁵ Segundo Santos (2011, p. 13) a consciência de gênero diz respeito à percepção da construção social das diferenças entre homens e mulheres, que incidem sobre a relação das construções sociais delimitadas pelas diferenças sexuais que, de forma excludente e hierarquizada, criam modelos

historicamente possui uma identidade feminina e na qual, mesmo a despeito do aumento gradativo do número de homens que vêm exercendo a enfermagem nos últimos anos, a presença feminina ainda é majoritária.

Zeldin (1997, p.222) traz elementos que possibilitam a compreensão das contradições presentes na vertente feminina do cuidar e na divisão de tarefas no trabalho em Enfermagem:

Nos séculos XVII e XVIII, veio ser a profissão exclusivamente feminina. Isso abriu amplas oportunidades a mulheres, porém com resultados inesperados e infelizmente emocionais. As pessoas passaram a crer que somente as mulheres tinham vocação para Enfermeiras, que se tratava de uma tarefa comparável à da dona-de-casa e que devia estar subordinada ao controle masculino.

Nesse excerto da obra de Zeldin, temos a ênfase na contradição da sociedade em relação às mulheres, quanto à questão de gênero reforçando os diferentes tipos de funções e valores que são destinados a homens e mulheres na sociedade. Os cuidados podem ficar praticamente sob a responsabilidade das mulheres, como se todas tivessem natos atributos para exercer o cuidar, e como se o cuidar dos enfermos estivesse igualado, com o mesmo grau de complexidade, às tarefas domésticas, enquanto aos homens, mesmo sem exercer o cuidar, é-lhes facultado o *controle* desse cuidar que é exercido pelas mulheres.

O cuidado é parte integral da vida humana e está contido nas raízes da história das mulheres, pois é ao redor do cuidado que a principal parte do destino das mulheres foi tecida. Contudo, o papel de Enfermeira era assumido não por todas as mulheres, mas por aquelas que possuíam o real desejo e habilidade para cuidar. Questionamos se essas mulheres souberam apoderar-se dos espaços que lhes *foram deixados*, exercendo com autonomia o cuidar, para, dessa forma, conseguir alargar de alguma maneira a sua influência social.

Durante os períodos em que as mulheres estavam restritas ao lar por convenções sociais e suas ações eram limitadas à vida familiar, a Enfermagem era caracterizada como uma arte doméstica. Portanto, nossa pesquisa objetiva compreender também os complexos fenômenos e as interrogações que norteiam o

pretensamente naturalizados e opostos de feminilidade e masculinidade, que remete a estrutura social de dominação simbólica. Neste contexto, a enfermagem é uma atividade que sempre foi vista como afeita ao ser feminino à medida que ela tem sido identificada como um *ato de cuidar*, que exige de quem a executa características que são vistas como fazendo parte da “natureza” feminina. Por conta disso, acaba sendo difícil definir o seu *estatuto*, ou seja, se ela é uma ciência, se é uma arte ou uma prática social (PASSOS, 1996 p. 19)

público e o privado, o coletivo e o individual, o masculino e o feminino na formação e trabalho em Enfermagem.

Pretendemos fazer a análise possível das relações entre formação e trabalho, sobretudo, significar o que cada um entende ser a formação para o exercício da autonomia na implementação do cuidar (categoria eixo da pesquisa), bem como as estratégias de enfrentamento ou não da submissão historicamente constituída do universo masculino sobre o feminino na construção da identidade profissional.

4.2 Dimensão Conceitual

Embora a obra dos autores frankfurtianos, sobretudo Adorno e Horkheimer, não nos remeta, em um primeiro momento, de forma direta às questões do corpo e da saúde, a temática corpo é recorrente em sua obra e aparece em alguns de seus textos como a obra *Dialética do Esclarecimento* e o texto *Educação para quê?* Com essa base, pretendemos aprofundar o olhar na perspectiva de evidenciar se tais relações se fazem possíveis.

Pretendemos utilizar, fundamentalmente o conceito de pseudoformação, pois a partir dos aspectos que foram discutidos no delineamento do tema da pesquisa, a formação em Enfermagem talvez não deva ser embasada apenas no domínio de conhecimentos técnicos e científicos na esfera da simples instrumentalização. Acresce-se a eles, a necessidade da utilização desses conhecimentos, articulados e voltados para o atendimento das necessidades da realidade, na qual os egressos dos cursos de Enfermagem estarão inseridos.

Nessa direção, Horkheimer e Adorno apresentam elementos para aprofundar nossa análise quanto à questão ideológica, que pode estar contida nos discursos oficiais do conceito de saúde, que podem produzir a pseudoformação do Enfermeiro:

Mas, como a ideologia já não garante coisa alguma, salvo que as coisas são o que são até a sua inverdade específica se reduz ao pobre axioma de que não poderiam ser diferentes do que são. Os homens adaptam-se a essa mentira, mas ao mesmo tempo, enxergam através de seu manto. A ideologia já não é um envoltório, mas a própria imagem ameaçadora do mundo. Não só pelas suas interligações com a propaganda, mas também pela sua própria configuração, converte-se em terror. Entretanto, precisamente porque a ideologia é a realidade dada, à falta de outra ideologia mais convincente, converte-se em ideologia de si mesma, bastaria ao espírito um pequeno esforço para se livrar do manto dessa aparência onipotente, quase sem sacrifício algum. Mas esse esforço parece ser o mais custoso de todos (HORKHEIMER & ADORNO, 1973, p. 203).

A área da saúde se impõe de forma diferente de outras áreas sociais, através do estabelecimento de um significativo envolvimento emocional, profissional e ético com as pessoas que buscam assistência exigindo, assim, um repensar e um refazer das práticas profissionais e dos processos de trabalho no âmbito do SUS, que, necessariamente, passam por uma redefinição na formação de seus profissionais.

Encontramos nos estudos de Bassani e Vaz (2003, p. 35), uma contribuição sobre os escritos dos teóricos frankfurtianos relacionados ao corpo, que pode nos fornecer elementos sobre as intervenções específicas dos profissionais de enfermagem dentro do contexto da saúde:

[...] Existe ainda pelo menos uma outra contribuição de Adorno no que se refere ao tema *corpo*, que emerge em praticamente todos os ensaios do livro em questão (*Educação após Auschwitz*). Trata-se de uma série de expressões empregadas por Adorno, tais como *cicatriz*, *ferida*, *arrepio*, *sangue*, entre outras. A hipótese é de que essas expressões que, na falta de uma designação melhor, chamaremos de *metáforas corporais*, não são empregadas por acaso, sem um propósito, sobretudo se considerarmos a envergadura de um filósofo como é o caso de Adorno, e sua preocupação e rigor quanto à forma da linguagem como meio de expressão rigorosa do objeto. Ao que tudo indica, um estudo amplo e minucioso a respeito dessas expressões, que aparecem também no núcleo central das obras do autor, trará contribuições importantes para a educação do corpo, e certamente revelará pistas para compreendermos melhor o lugar do corpo em sua Filosofia Social.

O tema corpo alcança uma dimensão na obra de Adorno, utilizando expressões que denotam a fragilidade corporal – cicatriz, ferida, sangue e arrepio. A questão emergente é a possibilidade, dessas fragilidades apontadas, irem ao encontro da realidade social à qual esse corpo está submetido, ou representarem o reflexo das condições sociais somatizadas pelo corpo.

Nessa perspectiva Carvalho salienta que:

Pensar, portanto, esse interior real do corpo implica uma mudança significativa na tradicional divisão entre ciências humanas e ciências biológicas, pois essa divisão atribui às ciências biológicas uma empiria feita de músculos, carne, ossos, em suma, de matéria, ao passo que às ciências biológicas humanas é atribuído o estudo da subjetividade, que por sua vez, tende a ser considerado a sede do puro espírito. Quando se olha para alguém, está-se olhando para um interior que é vedado e, por isso, tende-se a modelizar e a esquematizar esse interior na expressividade do corpo. (CARVALHO, 2003, p. 244)

Dessa forma, os processos de formação na área da saúde estão intimamente relacionados com a realidade social e com os processos de

desenvolvimento econômico, científico e tecnológico. Por essa perspectiva, as transformações que caracterizam a contemporaneidade onde a realidade está colocada na esteira da incerteza, devido ao seu caráter de constantes mudanças em um curto período de tempo, até mesmo no âmbito das ciências, suplantando essa divisão entre ciências humanas e ciências biológicas, ao se pensar em uma formação integral, que vá de encontro as questões colocadas por essa corporeidade.

Outra vertente desse período, que se faz necessário observar, é o acesso aparentemente universal à informação, a valorização da tecnologia e à transformação do modo de produção e do trabalho, com a quase normatização de algumas qualidades consideradas necessárias aos trabalhadores para a inserção no mundo do trabalho (que se apresenta cada vez mais competitivo, exigente e instável).

É frequente poder observar as discussões a respeito das inovações tecnológicas na formação do profissional da saúde. Contudo, o que invariavelmente se presencia é o aumento do uso de tecnologias, tornando o cuidar, uma *ciência asséptica*, que parece não estar voltada à sociedade, às pessoas que a sustentam, na medida em que os profissionais mostram-se mais preocupados em evidenciar seus domínios no uso das tecnologias e das descobertas científicas, para se inserirem e se manterem no competitivo mundo de trabalho, do que compreender as necessidades do ser humano a quem está prestando cuidado.

Zuin elabora pertinentes considerações a esse respeito, em seu estudo sobre a publicização do corpo e a formação, na perspectiva da Teoria Crítica:

A imagem da educação pela dureza, na qual muitos crêem irrefletidamente, é basicamente errada. A concepção de que a virilidade signifique o máximo de capacidade para suportar a dor já se transformou há tempos em símbolo de um masoquismo que – como demonstra a psicologia – se funde com demasiada facilidade ao sadismo. Em última análise, a elogiada têmpera para a qual se é educado significa pura e simplesmente indiferença à dor... Aquele que é duro contra si mesmo adquire o direito de sê-lo contra os demais e se vinga da dor que não teve a liberdade de demonstrar, que precisou reprimir. (ADORNO, 1986, p. 39 apud ZUIN, 2003, p. 45)

Pode-se questionar o tipo de formação necessária, não apenas para atender as demandas do capital impostas à sociedade, mas uma formação que consiga dialogar com a essa realidade social, promovendo a consciência formal dessas contradições levantadas, em que a perpetuação da dor, subjugando o outro no

momento em que se encontra em maior vulnerabilidade não seja uma ação corriqueira.

Em *Dialética do Esclarecimento*, Horkheimer e Adorno (1997), ao descrevem a trajetória de Ulisses de volta a Ítaca, a narram com passagens repletas de acontecimentos, onde o valente navegador aprende a dominar a natureza e a sua própria natureza representada pelo seu corpo, dominando também a natureza corporal de seus subordinados para completar com êxito a sua viagem. Os textos Teoria Tradicional e Teoria Crítica – critérios, princípios, valores e o caráter interdisciplinar; e *O Conceito de Esclarecimento*, podem propiciar subsídios conceituais para a compreensão da razão instrumental em que se reveste a ciência positivista, que fundamentou e fundamenta o modelo hegemônico biomédico hospitalocêntrico, como forma de perpetuar a dominação humana revestida da linguagem instrumental e tecnológica na sociedade capitalista de consumo de saúde.

Por outro lado, a articulação desses novos conhecimentos com o perfil epidemiológico do processo saúde-doença parece não ser relevante nas práticas sociais cotidianas, como se para suprir as necessidades de saúde fosse necessário apenas o conhecimento e o saber fazer tecnológico. Na esfera das ciências da saúde, parece se apartar a cidadania para explicar a relação do processo saúde-doença sob um prisma restrito, o da vertente exclusivamente biológica, instrumental e tecnológica, que trazem, invariavelmente, certezas imediatas, e que se autodenominam como legítimas para alcançar uma suposta qualidade de vida. Adorno (2002, p. 94) fornece elementos para aprofundar a análise dessa situação:

Como vários outros elementos do materialismo dialético, também a noção de ideologia foi transformada de um meio de conhecimento em um meio de controle do conhecimento. Em nome da dependência da superestrutura em relação à infra-estrutura, passa-se a vigiar a utilização de ideologias, em vez de criticá-las. Ninguém mais se preocupa com o conteúdo objetivo das ideologias, desde que estas cumpram a sua função.

A *ciência asséptica* poderá ocorrer na medida em que, na formação do Enfermeiro, a vertente tecnológica possa aparecer como objetivo último, a ideologia predominante de promover a solução imediata a todos os problemas de saúde, se distanciando de qualquer possibilidade de reflexão sobre o que ocorreu antes de instalado o processo saúde-doença, promovendo um distanciamento, uma descaracterização da função social do profissional da área de sua ação em âmbito

preventivo. Essa formação tende a levar a uma racionalidade instrumental, apartando o sujeito das possibilidades de reflexão sobre a realidade em que se insere, podendo levar à impossibilidade da construção da autonomia do pensar nos processos formativos. Pode não mais propiciar uma formação intelectual e cultural ampla. O que se apresenta é uma *pseudoformação*.

O avanço técnico que poderia libertar o homem das diversas formas de trabalho massificadoras, o tem aprisionado no tecnicismo. Horkheimer e Adorno (1996, p.5) nos apresentam essa situação:

O sonho da formação – a libertação da imposição dos meios e da estúpida e mesquinha utilidade – é falsificado em apologia de um mundo organizado justamente por aquela imposição. No ideal de formação, que a cultura defende de maneira absoluta, se destila a sua problemática.

A pseudoformação se apresenta como algo distorcido, que nega ao sujeito a compreensão das questões às quais está relacionado o processo saúde-doença, restando-lhe simplesmente se instrumentalizar. No caso específico dos profissionais da área da saúde, a busca incessante pela instrumentalização tecnológica, com vistas à adaptação ao *mercado da saúde*. Esse processo pode excluir a possibilidade do desenvolvimento da consciência dos sujeitos, dos processos causais dos desequilíbrios da saúde.

A pseudoformação pode ter como elemento constitutivo, a separação, no âmbito das relações capitalistas, aos diferentes tipos de trabalho, a insegurança social e econômica, levando os indivíduos a ter ações imediatistas em busca da satisfação de suas necessidades materiais. Segundo os autores:

A formação tem como condições a autonomia e a liberdade. No entanto, remete sempre a estruturas pré-colocadas a cada indivíduo em sentido heteronômico e em relação às quais deve submeter-se para formar-se. Daí que, no momento mesmo em que ocorre a formação, ela já deixa de existir. Em sua origem está já, teleologicamente, seu decair. (HORKHEIMER; ADORNO, 1996, p.10)

O indivíduo pseudoformado acaba aprisionado em processos formativos acelerados, fragmentados, cujo imediatismo pode deformar a capacidade de perceber, pensar, entender e sentir, por não remeter à consciência e à autoconsciência. Contudo, mesmo num ambiente que privilegie esse movimento, Adorno argumenta que a própria reflexão sobre a situação de pseudoformação se apresenta como possibilidade de emancipação.

Uma questão importante a ser considerada na pseudoformação é a questão das especialidades. O saber tecnológico em áreas restritas e cada vez mais especializadas se faz crucial para manter-se no mundo do trabalho, contudo corre-se o risco de não ampliar o olhar para as questões mais abrangentes que estão intimamente relacionadas a esse saber especializado, e focar apenas em uma formação mais ampla, diversificada e geral, na medida em que se absolutiza em si mesmo, ao se congelar em categorias fixas, diagnosticando o caráter regressivo, um provável colapso dessa pseudoformação, ao não ampliar o foco de atenção, e sim diminuir, até se perder de vista o objeto.

Nesse ponto, a formação cultural pode ser negada, apresentando-se como uma formação falsa. O pseudoculto, por acreditar ser possuidor de uma formação adequada, pode apresentar um bloqueio para uma formação mais abrangente pelo simples fato de acreditar ser possuidor de conhecimentos já relevantes. O que Horkheimer e Adorno conceituam como pseudoculto é o indivíduo com uma consciência eminentemente instrumental.

4.3 Dimensão Empírica

De acordo com Thompson (2002, p. 44), "a história oral é uma história construída em torno de pessoas. Ela lança a vida para dentro da própria história e isso alarga seu campo de ação". O autor refere que o valor do relato oral está em trazer as pessoas que viveram a história e que não fazem parte dos relatos oficiais, ela "admite heróis vindos não só dentre os líderes, mas dentre a maioria do povo". A história oral possibilita desvendar uma história desconhecida e contribui para que outros atores igualmente importantes conquistem a dignidade, autoconfiança e a possibilidade de compartilhar o sentimento de pertencer a determinado lugar e a determinada sociedade.

A parte empírica da pesquisa foi realizada através do método de história oral, segundo Meihy (2000, p. 12), "algumas histórias pessoais ganham relevo à medida que expressam situações comuns aos grupos ou que sugerem aspectos importantes para o entendimento da sociedade mais ampla". Acreditamos que a história oral possa apresentar a possibilidade de evidenciar e aprofundar as representações sobre as experiências educacionais, ao permitir a expressão da subjetividade dos sujeitos em suas narrativas, manifestando suas vivências e

experiências na formação e no trabalho. A história oral veio servir aos anônimos como abrigo de suas vozes, dando sentido às suas experiências vividas e fazendo com que esses se sintam sujeitos sociais e legítimos fazedores de História.

Silva (2010, p. 95) afirma que num breve levantamento bibliográfico na área de enfermagem, o método história de vida, apesar de ter começado a ser empregado recentemente nas pesquisas da área, já apresenta uma variedade de objetos de estudo. A história não acontece apenas quando são observadas grandes experiências que trazem consequências para o crescimento e aperfeiçoamento, ou para a evolução da humanidade, mas também quando perpassa as realidades daqueles que construíram, edificaram e que vivenciaram o passado e ainda permanecem entre nós, silenciando ou aduzindo a importância dos fatos (SILVA, 2009, p. 14).

Em Josso (2004, p. 39), encontramos elementos que apontam para a utilização da história oral para pensar a formação e aprofundar nossa análise:

Se a abordagem biográfica é um meio para observar um aspecto central das situações educativas, é porque ela permite uma interrogação das representações do saber-fazer e dos referenciais que servem para descrever e compreender a si mesmo no seu ambiente natural. Para perceber como essa formação se processa, é necessário aprender, pela experiência direta, a observar essas experiências das quais podemos dizer, com mais ou menos rigor, em que elas foram formadoras.

Nessa perspectiva, entende-se a narrativa como um fenômeno também investigativo sobre a compreensão da formação, ao explorar a formação para exercer a autonomia no cuidar, o trabalho na transferência das constatações efetuadas durante esse processo, e o sentido dado a suas escolhas profissionais. A história oral também possibilita a compreensão dos processos históricos e mecanismos utilizados na formação em diferentes épocas, ao adentrar no campo subjetivo da formação, possibilitado pela análise das narrativas dos sujeitos.

A prática social do trabalho em enfermagem pode ser considerada como um modelo que espelha as práticas sociais em geral, como em Roggero, cuja pesquisa:

[...] buscou compreender de que modo os elementos da formação moldam o indivíduo para a sua função social no mercado de trabalho, e se é possível encontrar as possibilidades de sua libertação quando ele se auto-reflete, tendo presente que os limites dessa libertação estão presentes no quanto cada indivíduo se encontra envolvido pela lógica da dominação – o que não é possível medir, mas se permite observar – revendo sua própria história de vida, por meio de um depoimento, numa relação de troca simbólica pelo diálogo que se estabelece com um outro. (ROGGERO, 2007, p. 81)

As narrativas são analisadas se estendendo aos elementos subjetivos e objetivos, significando o impacto das informações objetivas como contexto das histórias de vida, que possibilitam a formação da subjetividade e a constituição da identidade profissional para o exercício do trabalho com a autonomia possível, em um cenário multifacetado que exige a todo momento a representação de papéis, e a adaptação constante para manter-se no *perfil profissional* exigido socialmente. Existem várias dimensões sobre as quais podemos refletir sobre a produção do conhecimento relacionado à história e memória, para que possamos analisar e interpretar sobre esta evolução.

As memórias são experiências vividas anteriormente, quando buscamos quem somos e o que fizemos, e são componentes que fazem parte de nosso passado. Quando as encontramos, somos capazes de articulá-las à história de vida. Nessa perspectiva Nunes apud Silva (2009, p. 22) afirma que:

As memórias que temos do trabalho que nos dedicamos, das nossas reminiscências da infância, da escola em que estudamos, de todas as práticas vividas, enfim, têm uma validade relativa, histórica, já que são construídas socialmente. A sociedade determina em boa medida como devemos desempenhar as nossas funções e com que categoria pensá-las, o que vale tanto para o indivíduo como para a coletividade.

As fontes orais estão sendo utilizadas para dar um novo direcionamento à visão apenas documental, como podemos observar na descrição de Meihy:

Por meio da história oral, por exemplo, movimentos de minorias culturais e discriminadas, especialmente de mulheres, índios, homossexuais, negros, desempregados, além de migrantes, imigrantes, exilados, têm encontrado espaço para abrigar suas palavras, dando sentido social às experiências vividas sob diferentes circunstâncias. Logicamente, as elites também podem ser objeto de atenção, como, aliás, vem sendo, de um modo genérico, a história oral tem dado espaços, preferencialmente, a aspectos ocultos em manifestações coletivas. (MEIHY, 2000, p.14).

O objetivo de utilizar o método de história oral de vida, é que por meio das narrativas se possam levar a compreensão do processo de reflexão sobre as relações estabelecidas nos espaços sociais do trabalho em saúde, as quais envolvem a organização do trabalho e as políticas de saúde, que direcionam as ações voltadas ao cuidado e pressupõem a necessidade de buscar as raízes históricas do processo de trabalho e sua relação com a formação.

4.4 Coleta dos Dados

A pesquisa foi autorizada (anexo 3), pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CoEP da Universidade Nove de Julho e está registrada sob número CAAE - 20567013.4.0000.5511, e Número do Parecer de aprovação - 391.421.

Após a assinatura dos narradores no Termo de Consentimento Livre Esclarecido e Carta de Cessão de Entrevista (anexos 1 e 2), as entrevistas ocorreram individualmente em local previamente escolhido pelas colaboradoras, em espaço reservado. As narrativas foram gravadas, e após a coleta de delas procedeu-se a transcrição e transcrição das falas. Nesse processo, as falas das entrevistadas foram registradas fielmente, palavra por palavra, a fim de se resguardarem com fidelidade e sigilo as informações. A transcrição consistiu na reformulação da transcrição literal para torná-la mais comprehensível à leitura, sendo corrigidas nesse processo as possíveis desigualdades existentes entre o código verbal e o escrito, por meio da retirada de palavras, frases e parágrafos, ou sua alteração no sentido de encontrar e compreender o pretendido dito dentro do não dito, conforme ensina Meihy (2002, p.89-90).

A coleta de dados iniciou a partir da vontade das entrevistadas de contarem suas histórias de vida e formação, da maneira que achassem melhor. As narrativas foram analisadas a partir do referencial teórico do estudo. Segundo Silva (2010, p 95), o acesso aos fenômenos a serem analisados pelo pesquisador somente se materializa quando ele participa ativamente, como agente, do mundo a ser examinado, pois esses fenômenos são exatamente as produções sociais significantes e estabelecidas pelos agentes. Assim, procurou posicionar-se a pesquisadora.

A história de vida não pode ter um sentido, mas, sim, vários sentidos, pois o relato não corresponde necessariamente ao real, a vida não é uma história. O que importa é o sentido que o sujeito dá a esse real, de forma que o momento de análise posterior dê conta do indivíduo como social. Os relatos colhidos são produções de si que os sujeitos elaboraram e não uma apresentação de si.

A maneira como o indivíduo narra, oferece o acesso a outras dimensões sociais, como uma ponte entre o individual e o coletivo. Ao contar sua vida, o sujeito fala de seu contexto – fala do processo por ele experimentado, intimamente ligado à conjuntura social onde ele se encontra inserido. Ao se trabalhar o vivido subjetivo

dos sujeitos, através do método de história de vida, temos acesso à cultura, ao meio social, e, sobretudo, aos valores que ele elegeu.

4.5 Histórias Orais de Vida

Depois de feitas as entrevistas, as narrativas foram transcritas e se procurou preservar a oralidade, retirando-se apenas o excesso de expressões coloquiais típicas da oralidade. Antes de cada uma das entrevistas, foi feita uma breve apresentação da pesquisadora, articulando com os objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em dia e local previamente agendados, foi solicitado às colaboradoras que lessem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2 – conforme modelo fornecido pelo Comitê de Ética) e a Carta de Cessão (Anexo 3). As entrevistadas leram, preencheram e assinaram os documentos, antes do início de cada entrevista. A identidade das entrevistadas foi preservada e os nomes apresentados nos relatos são fictícios.

Ficaram gravados no início do áudio, nome e autorização para gravação e uso da entrevista na pesquisa. Foi estabelecida, em cada caso, uma breve conversa preliminar com o intuito de estabelecer uma relação entre pesquisadora e entrevistada. A cada uma, como questão disparadora da entrevista, foi solicitado que contasse:

- Como e quando surgiu a vontade de ser Enfermeira?
- Como a enfermagem entrou na sua vida e, que faz de você ser a Enfermeira que você é?

Foi orientado que narrassem livremente, da maneira que fossem lembrando.

As transcrições completas das narrativas dos Enfermeiros estão apresentadas na sequência, divididas em instituições privadas e públicas. Embora a pesquisa não objetive estudar a instituição de ensino, mas categorizamos os sujeitos da pesquisa, em formados em instituição pública e/ou privadas, julgamos ser conveniente caracterizar brevemente a instituição formadora, como forma de subsidiar nossas análises posteriores das narrativas. Atendendo a solicitação das entrevistadas para preservação da identidade, elas foram nomeadas aleatoriamente com nomes de pedras preciosas e, os outros nomes citados em suas narrativas foram substituídos por suas letras iniciais.

a) Instituição Privada

A instituição localiza-se no Estado de São Paulo, em um município pequeno, em 1964 foram instaladas as primeiras faculdades do complexo educacional que, a partir de 1973, passou a ser a considerada universidade. Segundo informações de seu site, tradição e pioneirismo marcam os cinquenta anos de história da instituição, que ao longo deste período, vem preparando seus alunos, que hoje somam mais de 20 mil em seus dois *campi*, para as exigências do mercado de trabalho e para o exercício da cidadania.

A universidade possui dezenas de cursos, seu corpo docente é formado por 60% de mestres e doutores, com desenvolvimento de importantes projetos científicos, que contam com a participação discente, que recebem bolsas de iniciação científica, a instituição mantém intercâmbio com instituições nacionais e internacionais e oferece, ainda, laboratórios, equipamentos modernos e espaços especialmente planejados para o desenvolvimento de aulas, palestras, conferências, entre várias outras atividades acadêmicas; pela última avaliação institucional do MEC, a nota obtida foi 4, o que a colocou entre as melhores universidades particulares do país e, a melhor (pela avaliação) da região em que está instalada sua sede.

Uma história de Tenacidade

A entrevista foi realizada no dia 30/01/2013, quarta-feira, às 15h, na coordenação do curso de enfermagem da instituição (Turqueza além de docente, também é a coordenadora pedagógica do curso). Turqueza tem 50 anos, é separada, tem duas filhas, uma adulta que mora fora da cidade e, outra adolescente, que mora com ela; aceitou participar da pesquisa prontamente, me recebeu de forma afetuosa, foi uma narrativa muito envolvente, que apresentou momentos de intensa emoção, em que foi evidenciando a constante busca pela formação e o compromisso em desenvolver o cuidar. Após a entrevista, conversamos sobre a formação e a importância das novas tecnologias na educação.

Com nove anos de idade eu fui fazer catecismo e, eu achava muito interessante o trabalho das freiras e, nessa mesma época eu tive glomerulonefrite e eu fiquei internada

num hospital, cuidado por freiras e, eu era cuidada por freiras, eu achava muito interessante o trabalho delas. (Se emocionou e, seu olhos se encheram de lágrimas).

Aí depois fui fazer o catecismo e eu resolvi que eu queria seguir a carreira, eu queria ser freira.

Para que?

Para ajudar as pessoas, minimizar sofrimento, cuidar de doente... Por que não?

Eu sou de uma família de cinco irmãs, as minhas irmãs mais velhas foram para a universidade, o meu pai morreu. Eu tinha 17 anos, então esse meu sonho foi se perdendo... De repente eu cheguei na época de sair do colegial e, de escolher uma profissão, a princípio o primeiro vestibular que eu fiz foi para farmácia-bioquímica, influenciada pela minha irmã mais velha que eu, porque ela é farmacêutica. Então ela fez a faculdade, ela já trabalhava (já que a nossa distância de idade é um pouquinho grande) e, ela falou assim olha:

- *É uma profissão que você tem um campo bom. Você tem salário bom.*

Ela trabalhava em indústria internacional, e fui influenciada por ela e, eu saí do colegial, prestei o vestibular para a farmácia, porque em Araraquara que é minha cidade natal tem o curso de farmácia lá pela VUNESP⁸⁶, então eu não consegui passar, eu passei na primeira fase e fiquei na segunda, eu fui fazer cursinho. Aí no ano seguinte quando eu fiz o vestibular, eu fiz o vestibular para Araraquara pela VUNESP farmácia e, fiz Ribeirão Preto enfermagem, passei em Araraquara, passei de novo na primeira fase, passei em Ribeirão Preto na primeira fase, fiz a segunda fase, e eu fui chamada em Ribeirão e, eu fui lá e fiz a minha matrícula.

Em Araraquara eu fui chamada na segunda chamada e, eu já tinha me matriculado em Ribeirão Preto, quando foi feita a segunda chamada eu nem me preocupei em ver as outras chamadas, não passei na primeira nem me preocupei depois que eu fui ver que eu tinha passado na segunda fase, eu já estava em Ribeirão Preto, já tinha começado a faculdade e, já tinha perdido o prazo da inscrição.

Quando iniciaram as aulas eu fui sozinha, nunca tinha saído de casa sabe, era uma menina assim do interior, bem *chucrinha* mesmo sabe, eu fui sozinha, porque a minha mãe ficou, não deu para ir comigo, eu tinha mais duas irmãs menores.

Fui para faculdade, depois teve lá a recepção de calouros, uma coisa muito nova... Arranjei uma pensão para ficar e, comecei a frequentar as aulas e, eu fui me identificando...

Primeiro ano a gente sabe, são as disciplinas básicas, a gente não tem o contato assim com as disciplinas da profissão. Mas assim, lá na USP é tudo muito organizado, os departamentos, a biblioteca é imensa, então eu tinha todo o recurso para ficar lá. Eu não pagava faculdade, eu não pagava os livros, eu tinha uma bolsa do COSEAS⁸⁷ (não sei se existe mais isso) de alimentação e, isso em 1981, eu pagava a mensalidade da pensão e, as minhas coisinhas pessoais.

Aí fui me enturmando com a turma, a gente vai conversando com os outros períodos, vai fazendo amizade, então tinha gente muito boa lá, eu tive uma influência muito boa; terminou o primeiro ano, beleza, as minhas notas boas, tudo bonitinho. Aí o segundo ano já começou a matéria que antigamente era fundamentos de enfermagem, com as professoras que todo mundo né...

Aí as professoras de fundamentos são as piores... Com a M... Com a B... Nem sei, eu acho que elas nem estão mais lá, porque na época elas já eram doutoras... Já tinham muito tempo lá na faculdade.

⁸⁶ Criada em 26 de outubro de 1979, pelo Conselho Universitário da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), a Fundação para Vestibular da Universidade Estadual Paulista (VUNESP), é uma fundação pública sem fins lucrativos, caráter jurídico de direito privado. (FUNDAÇÃO VUNESP, 2013)

⁸⁷ Órgão que administra o Conjunto Residencial da USP (CRUSP), que oferece, para os alunos vindos de outras cidades e de baixa renda, moradia dentro da própria Cidade Universitária, formado por sete blocos, com apartamentos de dois ou três quartos, com um banheiro. A cozinha é coletiva a todos os apartamentos do bloco. Dois dos blocos são destinados a alunos da pós graduação e o restante para alunos da graduação. (FEA – USP, 2013)

Então aí a gente começou a aprender procedimentos, entre outras coisas... Fui gostando... No terceiro ano a gente foi aprendendo as disciplinas: clínica médica; clínica cirúrgica; obstetrícia, saúde mental e, no terceiro ano a gente já fazia um bloco teórico e, a gente já fazia um bloco prático, então a gente já ia para as instituições, então a gente foi para o hospital psiquiátrico, a gente foi para a unidade básica de saúde, a gente foi para o hospital e, olha assim, o interessante é que no último ano a gente optava pela habilitação: médico cirúrgico ou saúde pública, eu escolhi saúde pública.

E fui fazer saúde pública, terminei beleza, quando eu saí de lá, no outro dia eu já estava empregada, com diploma na mão, no outro dia eu já estava empregada num hospital, não trabalhei com saúde pública, depois de dez anos, assim, eu fui para um hospital em São Paulo, um hospital particular, aí eu fiz um concurso no Estado, vim trabalhar em Ferraz, por que aí eu morava em Mogi, aí eu casei e vim morar em Mogi, antes eu morava em São Paulo na casa da minha irmã, aí vim morar em Mogi, fiz concurso, passei em Ferraz, fiquei em Ferraz dois anos e meio, e depois eu vim trabalhar no ambulatório, na enfermaria aqui da universidade.

Eu vim trabalhar como Enfermeira no ambulatório, em enfermagem do trabalho e, fui convidada para ministrar a disciplina de MI⁸⁸, iniciei com a disciplina de MI a parte teórica e, a parte prática eu ia com os alunos para HC⁸⁹ em São Paulo, lá no sexto andar com a *Enfermeira I*, que hoje ela está no Emílio Ribas, a gente também foi para o Emílio Ribas, também fizemos estágio no Emílio Ribas e, aí depois a gente foi assumindo outras disciplinas, então aí eu saí da MI, fui para fundamentos de enfermagem, semiologia, atualmente eu sou da saúde do adulto.

Nesse meio tempo, eu sempre enquanto professora, sempre tive o meu pé na assistência, depois que saí de Ferraz, saí da enfermaria, eu trabalhei no hospital Luzia de Pinho Melo, na época que só tinha a parte do Pronto-Socorro, então tinha o Pronto-Socorro, um Centro Cirúrgico pequeno com três salas na parte de baixo, não tinha nem a parte de cima pronta ainda, uma Observação Pediátrica, uma UTI com três leitos, uma Observação Adulto, e uma Central de Material bem pequenininha, tudo aqui em baixo era o Pronto Atendimento de um lado e, do outro lado tinha um Ambulatório de Especialidade.

Trabalhando, fiz uma especialização em saúde pública e, continuava na assistência, em saúde pública; depois eu fiz mestrado na saúde do adulto, aí o meu mestrado na saúde do adulto foi avaliando o aprendizado psicomotor do aluno nas habilidades, nos procedimentos, enquanto no laboratório de enfermagem, como é que o aluno aprendia as técnicas no laboratório de enfermagem.

Enquanto isso, eu saí do Pronto-Socorro do hospital e fui trabalhar na nefrologia em Suzano, assistencial, Enfermeira, eu me identifiquei muito com essa área, eu fiquei cinco anos lá na Santa Casa de Suzano, nesses cinco anos eu fui credenciada na Soben, na Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia. Em 2000, nós fomos para o congresso brasileiro em Natal, eu e o *Enfermeiro S*, aí nós prestamos a prova, nós estudamos, nós não fizemos o curso de especialização, tudo que a gente aprendeu a gente deve à *doutora A*, a *doutora S*, o *doutor E*, que depois foi para Natal, eu encontrei ele lá no congresso, tudo incentivado pelas médicas daqui, em estudar, em se especializar e, tudo o que a gente começou a aprender prático foi com AN, uma Auxiliar de Enfermagem, pessoa assim muito difícil, mas assim que a gente se dava muito bem, eu aprendi a lidar com ela e, ela me respeitava muito.

Então assim, desde a minha formação, eu sempre fui Enfermeira assistencial que eu gostava de ser e, que eu gosto de ser. Se você me perguntar, você prefere uma sala para dar aula, ou um Pronto-Socorro, uma Sala de Emergência no Pronto-Socorro, eu digo para você, eu prefiro o Pronto-Socorro, porque o resultado do seu trabalho você vê de imediato, o reconhecimento de imediato.

Na formação, ultimamente a gente tem recebido os alunos muito despreparados, e assim, eles não percebem o valor que tem o conhecimento que a gente transmite para eles,

⁸⁸ Moléstias Infecto contagiosas.

⁸⁹ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

que a gente de qualquer forma, tenta que eles busquem também esse conhecimento, eles não entendem o valor daquilo no momento, pode ser que depois eles entendam, mas no momento eles não entendem. Então, para mim é mais gratificante eu trabalhar na assistência do que na formação do aluno.

E aí os caminhos da vida, a vida vai correndo e, os caminhos vão cruzando e descruzando, eu vim parar na coordenação do curso, desde 2009 estou na coordenação do curso. Em 2009, eu saí da assistência, em 2009 eu já não estava mais no Instituto de Nefrologia, eu já tinha saído em 2006. Em 2006, eu voltei para o hospital Luiza de Pinho Melo, porque a administração já era da UNIFESP, e em 2009 eu tive que sair, por conta da minha carga horária aqui na universidade, de assumir mais responsabilidades. Eu saí em julho e, em dezembro eu fui convidada para trabalhar com a professora A, na Vigilância Epidemiológica.

Aí como já estava mais estabilizada, eu aceitei o convite e, eu trabalho no subgrupo de Vigilância Epidemiológica aqui de Mogi das Cruzes que é do Estado, o grupo oito, e trabalho agora na parte de imunização, e então você acredita que meu diploma, minha habilitação de saúde pública, meu diploma de especialização, veio valer agora em 2009 depois de muito tempo de formação, agora que estou atuando nessa área de saúde coletiva, depois de muito tempo, mas até 2009 eu era Enfermeira assistencial.

Eu me identifiquei na parte de imunização, porque também é muito cuidar da população, então a gente tem notificação de meningite, não é do meu programa, não é da minha parte, mas assim, se não tiver ninguém lá para tomar providências, a gente vai, toma providências, comunica o município, comunica o CVE⁹⁰. O que vai fazer? O que colhe, o que não colhe? O que que encaminha, não encaminha? Faz bloqueio, não faz bloqueio?

Então eu estou aprendendo muito desde 2009 e aí a gente continua cuidando de certa forma, não diretamente; a minha obrigação aqui, a minha tarefa aqui, a gente faz muito treinamento para os municípios, treinamento para os Auxiliares, para os Enfermeiros, o calendário de vacinação sempre está mudando, tem coisas novas, a gente continua estudando, e a gente continua cuidando e, eu nunca parei de estudar.

A relação com o cuidado ficou muito, mais muito bom para mim (*Se emocionou e, seu olhos se encheram de lágrimas*), quando comecei a trabalhar em nefrologia, porque assim, eu falava para a *doutora A*:

Ai, esses pacientes renais crônicos são terríveis, são tudo complicado, são tudo bravo, não aceita, são rebeldes e, ela falou assim:

Turzeza, ao contrário, eles são rebeldes e ficaram renais crônicos.

Esses pacientes, na época que comecei a trabalhar com nefrologia, você imagina que a máquina era máquina tanque, a gente preparava o banho, a máquina não dava parâmetro nenhum de segurança para a gente, a gente tinha que fazer o paciente perder peso, então a gente usava aquela pincinha para aumentar a pressão transmembrana, o banho a gente media a condutividade, podia às vezes estar hiperosmolar/hiporosmolar e, aquela correria toda.

Então uma tensão muito dobrada em relação ao paciente que estava na máquina, então ele ficava dependendo da gente e, como esses pacientes três vezes por semana chegavam para a gente, a gente começava a conversar muito sobre tudo na vida deles, não só do tratamento, não só ali da diálise, então a gente já ficava amigo, a gente ficava de psicólogo, ficava de amigo, começava entender toda a realidade que aquele paciente vivia, então a gente no começo achava uma pessoa *crica*, esse é chato e, depois que a gente conhecia toda a história de vida, toda a história da família, toda a história da doença, a gente até entendia.

Então às vezes, eu até comentava com o S, porque a gente trabalhava em turnos diferentes, aí o S falava assim:

Tal paciente, aquele chato, vai ficar no seu turno, porque a gente está se desentendendo, não aguento mais ele!

⁹⁰ Centro de Vigilância Epidemiológica

Por mim tudo bem, vamos lá, então manda ele. Então já vinha o chato para o meu turno, então o que eu fazia, a primeira coisa eu já desarmava. Porque o paciente já sabia que ele estava sendo transferido por indisciplina, então ele já chegava bravo, querendo... Aí eu já desarmava o paciente logo no primeiro dia, no primeiro dia ele vinha, eu pesava, média - *o senhor veio, me conta, e isso, e aquilo...* Aí minha filha, acabava a rebeldia. Entendeu?

Cuidar para mim é isso, não é só eu ser tecnicamente habilitada a fazer todos os procedimentos na máquina!

Isso salva a vida do paciente? Salva, mas não 100%. Porque se a gente não dá uma atenção, se a gente não conversa com o paciente e com a família, se a gente não entender o problema dele, o paciente pode até cometer suicídio, ele desiste do tratamento.

Ás vezes tinha paciente que faltava duas a três vezes. *E aí gente, o paciente não veio por quê?* Aí os colegas da ambulância:

Ele não quer, vai morrer e tal...

A gente entrava em contato; conversava; ia e pedia para a ambulância - vai e traz ele para o Centro, ele precisa dializar. Entendeu?

Então, o cuidado para mim é isso!

O cuidado na Vigilância Epidemiológica não tem nenhuma diferença desse cuidado, é a mesma coisa, a gente sempre fica preocupado, aí vamos olhar lá a cobertura de vacina: *não, as crianças não estão sendo vacinadas.* A gente fica muito bravo quando alguma mãe fala:

Ai, eu não vou vacinar meu filho, porque tem muito evento adverso.

A gente fica muito bravo, porque é assim, é uma coisa que a gente acredita.

Então para mim é a mesma coisa, eu faço visita domiciliar, até estou participando de um projeto de efetividade da vacina, que foi introduzido em 2010, eu vou nas *bibocas*, eu vou nas casas, quando tem surto de meningite aqui em Mogi das Cruzes, a gente foi fazer bloqueio num bairro inteiro, a gente lá é técnico da vigilância, foi junto com o município aplicar vacina, percorrer a rua com isoporzinho do lado.

Então para mim é a mesma coisa, eu tenho o mesmo cuidado, a mesma consideração, o mesmo respeito. Sabe?

Não é porque é mais pobre; mais rico; mais branco; não tem nada disso, isso para mim não conta.

Atualmente, eu dou a disciplina de saúde do adulto, então nas minhas aulas, eu tenho algum tempo de experiência, eu trabalhei na área hospitalar... Na nossa população de alunos, têm alunos que nunca tiveram contato com a profissão e, a gente tem aluno que são Auxiliares, que são Técnicos, que já trabalham, então o que as alunas me falam, uma ou outra, tem alunos que não gostam, tem alunos que gostam, eu além do conhecimento técnico, procuro dar exemplos,uento histórias - *olha, tal coisa aconteceu dessa forma, desenrolou assim, se a gente tivesse tomado tal atitude desenrolava de outro jeito.*

Algumas alunas que já tem contato com a profissão, elas percebem que o que eu falo, nos meus exemplos têm a ver com o dia a dia delas, então elas falam assim:

Ai professora será que um dia eu vou ser igual a você? Professora adoro suas aulas!

E tem alunos que não gostam, a gente tem um universo bem diversificado. Eu já tive uma aluna, quando a gente fazia o estágio e, eu estava dando na época o estágio de clínica médica, a aluna chegou para mim e falou assim:

Professora olha, eu tenho muita dificuldade de cuidar de paciente, dá para mim um paciente que anda e que fala; porque eu não vou trabalhar no hospital, eu vou trabalhar na saúde pública, se eu for cuidar do paciente, dependendo do paciente, eu vomito, eu passo mal...

Ela tinha nojo de cuidar do paciente, aí eu disse assim para a aluna:

Meu bem, paciente que anda, que fala, que está tudo bem, não está aqui internado nesta unidade, ele está na casa dele. Para você ser habilitada, e receber o seu diploma, você vai ter que cumprir o estágio, então eu vou continuar te dando os pacientes que você precisa cuidar. Certo?

E ela achava que me enganava. Então eu dava o paciente, nunca dei um paciente assim muito difícil, com muita complicaçāo, mas o paciente tinha alguns cuidados, algum cuidado tinha que ter. Virava as costas, a hora que eu voltava estava tudo pronto. Quem fazia? As colegas de trabalho dela, do grupo, eu sabia que isso acontecia?

Bom, essa menina não foi na minha disciplina que ia reprovar, que ela não ia passar, que ela não ia se formar. Foi e se formou, pois é...

Depois de um tempo, eu encontro ela novamente e, ela se esqueceu que ela me falou isso; e essa profissional coitada, ela não tem muita sorte, porque eu acho que é o tipo de trabalho que ela quer fazer, ela foi trabalhar em saúde pública, só que ela foi trabalhar numa unidade, que agora a gente tem 24 horas no posto de atendimento, então ela teve que cuidar de pacientes. Ela foi coordenadora de um curso técnico, aí já não tinha muita a aproximação do cuidar, só que ela não permaneceu aí, e hoje em dia ela não está trabalhando.

É o caminho que a pessoa escolhe. Eu creio que não é a vocaçāo; porque se o Enfermeiro gostar do que faz, tem que ter um lado, um pouquinho da vocaçāo, por que é o que eu estou te falando, eu sou Enfermeira, eu tenho habilitação tanto para ser docente, quanto para ser assistencial, se eu tivesse que escolher o que me satisfaz mais como profissional Enfermeiro - é assistencial; mas eu gosto muito também da parte acadêmica, nossa eu cresci muito de quando eu iniciei na universidade, eu fiz uma especialização, iniciei uma disciplina, agora sim eu tenho um conhecimento razoável, mas tem muita coisa que eu preciso aprender, então é assim, mas o que me gratifica mesmo é a assistência.

Não estou mais acompanhando estágio, não dá mais tempo (e não sinto falta), no estágio, eu estou mais lá como observadora, eu não estou lá, a gente não está na instituição, está na instituição não fazendo parte dela, então a gente não pode tomar atitudes, a gente não pode tomar condutas, porque a gente não faz parte do quadro de pessoas do hospital, então a gente está como observador, então a gente vai ao aluno, ensina o aluno a fazer o procedimento, vai preencher os papéis, vai conhecer o paciente, exame físico, vai pesquisar a doença, vai ver que exame fez, entre outras atividades. Mas a gente não pode interferir no andamento do lugar, a gente não pode adiantar, acelerar processos, que a gente vê que em alguns lugares são muitos morosos, às vezes a gente percebe que o tratamento do paciente está pendendo para um lado, que não é aquele que a gente percebeu, trata-se de uma outra coisa, que poderia ser pesquisado, que a gente ia encontrar outro resultado.

Então a gente não pode interferir, a gente fica muito na da gente, tem que ficar muito na da gente, fazer a parte acadêmica no local, a gente não pode misturar a parte assistencial com a acadêmica, a gente tem que andar conforme a norma, e a rotina do lugar.

E agora, enquanto o quadro do lugar, por exemplo trabalhei muito na UTI, muito em emergência, são os lugares que eu mais adoro trabalhar, se eu tiver que tomar uma conduta que – *a norma do hospital é duas visitas, mas eu sei que esse paciente tem um prognóstico ruim, veio a família, mas tem um monte lá fora esperando para ver, eu libero*. Como professora eu não posso, eu faria isso, mas agora aqui a gente não pode fazer. Entendeu?

E aí eu arco com as consequências, enquanto profissional do lugar. Por que é que você abriu exceção?

Então aí a gente tem que conversar também com a equipe multidisciplinar, então por exemplo dentro de uma UTI a gente tem um médico 24 horas – *ó doutor, eu vou liberar mais um pouquinho*. Entendeu?

A relação com a equipe multidisciplinar às vezes é tranquila e, às vezes não, porque o outro profissional, é a gente mesmo em relação ao outro profissional, a gente sabe quando o outro profissional é seguro de si e, faz aquilo certo e, quando não, aquele que enrola... Não sei que...

Geralmente na equipe multiprofissional, a gente tem mais proximidade do Médico, quando o Médico sabe que você é competente, que você tem conhecimento, que você sabe o que está fazendo e, você sabe o que ele está fazendo e, cobra dele, ele já vem com pedra na mão, então ele não te trata bem. Mas quando você trabalha com uma pessoa

competente, tanto quanto você, que você sabe o que ele faz, ele sabe o que você faz, ele confia em você e, aí não tem problema nenhum. Entendeu?

Então muitas vezes eu não tive problema nenhum e, toda vez que tive algum problema de algum Médico ser autoritário, entre outras coisas. Eu sempre demonstrei ou, deixei entender depois, que ele não estava correto.

Por exemplo, trabalhando lá no Pronto-Socorro, a gente fez o curso de ACLS⁹¹, tem todo o algoritmo etc. De vez em quando aparece uns Médicos no Pronto-Socorro que não tem experiência em atender uma emergência, uma parada, os meus funcionários eram assim belezinha, tudo treinadinho, então chegava à parada, cada um já assumia a sua posição e, já ia preparando as coisas e, ficavam esperando ao meu comando, se o Médico que vinha atender a parada era um Médico que já seguia o algoritmo, já ia entubando, já ia falando as medicações, tudo bem.

E vamos supor que um paciente que tem um ritmo cardíaco, uma parada, assistolia, não adianta você dar choque. O que você tem que fazer? Massagem. Aí vem o Médico: - *Prepara o desfibrilador!* Os funcionários olhavam para mim: - *Prepara?* - *Eu não.* Vai fazendo massagem aí. *Espera aí doutor, ele está fazendo massagem aqui, vamos fazer um ciclo, vamos ver, olhar...* A gente ia contornando a situação. Entendeu? Para quê? Para não prejudicar o paciente. Por quê? No Pronto-Socorro é uma rotatividade enorme de Médico; na UTI não acontecia isso, porque o Médico já estava lá, já estava acostumado, então em qualquer emergência que acontecia, a gente já sabia tudo que ia acontecer e, a gente atendia assim rapidinho, no Pronto-Socorro não.

As vezes o clínico, ele não sabe tocar parada; tem alguns Médicos que eles sabem que eles não sabem e, que a gente sabe. Então, o que eles fazem: *Pessoal e aí? E agora? Vamos.*

O que que eu fazia? Eu tomava a frente e, falava: *Então fulano faz a massagem. Vamos pegar a veia. Podemos fazer uma adrenalina agora?*

É boa ideia, pode fazer!

Estou preparando aqui o material para entubar⁹², você quer que a gente chame o cirurgião para entubar, para ajudar aqui?

Ah, é bom!

Entendeu? Então a gente ia levando desse jeito, porque a gente tem que salvar o doente, a gente não pode ficar brigando em cima do doente, certo?

Então, quando a gente sabia que tinha que chamar o clínico para atender a parada e que o clínico de plantão não era o mais experiente, a gente já chamava ele e, já pegava uma pessoa de lá, um cirurgião que tem mais facilidade para ajudar.

Podemos aqui fazer um ancoron?

O ritmo está tal, o que o senhor acha disso?

E a minha equipe, quando via que o Médico tomava uma conduta assim – essa não é agora, né? Eles olhavam para mim e, eu:

Esquece, que ele vai esquecer, ele vai esquecer.

Vamos continuar aqui, o nosso algoritmo, no nosso algoritmo aqui, nosso processo aqui, nós estamos indo bem, estamos certo.

E assim vai, filha.

⁹¹ A sigla em inglês ACLS – Advanced Cardiologic Life Support, ou na Língua portuguesa - SAVC - Suporte Avançado de Vida em Cardiologia , utiliza a simulação aplicada ao ensino em saúde é uma técnica destinada a substituir experiências de pacientes reais por experiências orientadas, reproduzidas artificialmente em cenários ou manequins, evocando aspectos do mundo real de maneira interativa. A educação continuada e o treinamento associado à simulação permitem criar novos métodos de aprendizado, sem colocar os usuários dos serviços de saúde sob risco, quando houver a necessidade de manobras de reanimação cardio-pulmonar e, estão entre as mais eficazes armas para melhoria da qualidade assistencial.

⁹² Introdução de um tubo através do nariz ou da boca até a traqueia, para permitir a circulação de ar em pacientes sob anestesia geral ou com parada cardio - respiratória.

E aí, esses Médicos, esses profissionais, que a gente trabalha junto, Técnico, Auxiliar, eles começam a pegar uma confiança muito grande na gente. A equipe que eu trabalhei, eu sempre recebo recadinho – *ai você, venha, volta; estamos precisando; nunca mais a gente teve uma Enfermeira igual.* E isso, é o que vale a pena. Entendeu? É isso que eu gosto.

É porque assim, eles viam o profissional, um bom profissional, que tinha o conhecimento, que tinha o lado humano, que gostava do que fazia; porque se a gente não gosta do que faz é horrível você trabalhar naquilo e acordar todo dia de manhã e pensar - eu tenho que fazer isso de novo.

E a enfermagem é a minha vida!

E de qualquer forma, aquele meu sonho de ser freira no começo, eu não sou uma religiosa hoje em dia, mas assim a enfermagem é como se fosse uma religião para mim. (*Se emocionou e seus olhos se encheram de lágrimas*)

Eu sou católica, frequento a igreja, faço parte de grupos da igreja atualmente, mas assim, a profissão da enfermagem tem muito disso, se a gente for comparar a freira com a Enfermeira.

As freiras foram as primeiras Enfermeiras. A gente teve aquele passado negro, que eram as piores pessoas que eram convocadas, que trabalhavam na enfermagem e tal; a abnegação, sabe, a disponibilidade de dar um pouco de si para o outro, tem tudo a ver, não é? É uma religião.

O que eu tenho a dizer a respeito disso (sobre os cuidados referentes às necessidades básicas do ser humano, como higiene e alimentação), eu tenho a dizer o seguinte:

Quando eu levei meu currículo lá para o hospital para trabalhar, a coordenadora de enfermagem (eu fiz uma prova, como todo mundo, eu entreguei o currículo e, eles me chamaram, tal dia vai ser a prova, fiz a prova, fui aprovada, e a gente teve a entrevista), na entrevista a coordenadora lá do hospital falou assim para mim:

Turqueza, que cargo você está querendo preencher aqui no hospital?

E eu falei para ela:

Eu não estou querendo cargo, por que você pergunta isso?

Ah, porque seu currículo é muito bom, você é professora da universidade, você tem especialização, tem mestrado; você vai trabalhar sábado, domingo e feriado?

Eu falei assim:

Vou, eu quero ser Enfermeira.

Está bom, e ela fez outras perguntas. Então, eu fui embora, aí eu falei assim – *ai acho que ela não vai me contratar.*

Uns dias depois fui chamada, comecei trabalhando na clínica médica, fui chamada comecei a trabalhar e, assim, muita gente falava assim:

Mas o que você está fazendo aqui na assistência, que você não é supervisora? Não é lá da diretoria?

Eu falei:

Eu faço o que eu gosto. Eu prefiro fazer isso.

Então, tem lugar para todo mundo. Então, tem pessoas que gostam de gerenciar, a gente precisa de administradores?

Precisamos!

Então, se essa é a aptidão dela, se ela conhece o trabalho, e é uma boa administradora, vai saber compreender a equipe. Porque tem supervisoras que são madrastas, não são supervisoras; elas não entendem, não gostam e mandam a gente fazer qualquer besteira, então aí a gente não respeita. Mas, se uma pessoa, que tem um bom conhecimento, que sabe a dinâmica do serviço, que realmente sabe tratar com o funcionário, tem jogo de cintura, ela está no lugar certo, ela não está na assistência, porque ela não quer ter contato direto com o paciente, ela está na supervisão, está cuidando da gente e, cuidando do que a gente precisa para cuidar do paciente, olha só!

Então, tem espaço para todo mundo, para todos os gostos.

Em Guararema tem uma Secretaria da Saúde que é Enfermeira, formada aqui na universidade. Entendeu?

Então, cada um ocupa um espaço, tem um espaço para cada um ocupar, é só ele encontrar o caminho dele, tem pessoas que vêm para cá para fazer o curso de enfermagem para ser Enfermeiro do trabalho, não é?

Então, encontrou um lugar, encontrou o lugar, beleza. Tem outros que vêm aqui para ser fiscal, tem outros que vêm para trabalhar no PSF e, assim vai. Depende da pessoa encontrar a área que ela se identifica mais; então às vezes quando o aluno me pergunta:

Ai meu Deus, como é que vai ser?

Você vai passar por várias clínicas, então você vai ter o conhecimento de todas as áreas, de uma grande parte de áreas, vai passar por várias instituições, vai fazer estágio na UBS, vai fazer estágio na UTI, na Clínica, vai na Pediatria, vai na Creche, vai no Asilo. Então, a gente tem meninas formadas aqui, que tem Casa de Repouso, muito bem e, eu faço parte do Conselho de Idoso Municipal aqui em Mogi, e é assim que a gente faz fiscalização das casas. Entendeu?

Então vai da área que você gosta, que você quer trabalhar, tem espaço para todo mundo, desde que você goste do que você faz, que você se apropria do conhecimento para você tomar condutas corretas, o mais correto possível, porque hoje em dia o que eu percebo, essa juventude e, eu estou incluindo meus filhos, sabe?

Eu tenho uma filha de 14 anos ainda, que eu ainda não sei o que ela vai ser, eu já tenho uma formada e, já trabalha, mora sozinha em outra cidade, longe daqui, é assim, a juventude hoje em dia está muito assim, é:

Não quer saber... Tem raiva de quem sabe... Se for bom para mim tudo bem, mas se eu for prejudicar outra pessoa - ah, coitada ficou prejudicada...

Então, a gente percebe que os valores hoje em dia estão um pouquinho deturpados, pouco ou muito deturpados, dependendo então o individualismo.

Então, tem espaço para todo mundo, eu acho?

E você, já encontrou o seu, Giane?

Uma história de Esperança

A entrevista foi realizada no dia 01/02/2013, sexta-feira, às 15h, na sala da Enfermeira, da Policlínica da universidade (exerce a função de Enfermeira na Policlínica da universidade em que estudou, há quatro meses. Esse é seu primeiro emprego na função, desde que se formou no final do ano de 2011). Sua atuação além de coordenar toda a parte administrativa do Centro Cirúrgico e Central de Material, atua diretamente com os usuários da dermatologia.

A clínica possui contrato com a Secretaria Municipal de Saúde, para os atendimentos oftalmológicos; serve como local da prática para os discentes de residência médica em dermatologia e campo para os estudantes de medicina, nas diversas especialidades; estágio para os graduandos de enfermagem e também tem uma estagiária de enfermagem (estágio extracurricular), os usuários que necessitam de atendimento do serviço são encaminhados via Secretaria Municipal de Saúde, ou pela universidade, a unidade possui um pequeno Centro Cirúrgico e uma pequena Central de Material. São oferecidos serviços médicos em diversas especialidades

como: nefrologia, pneumologia, pediatria, cirurgia de cabeça e pescoço, endocrinologia, pequenas cirurgias, cirurgia vascular, dermatologia, cirurgia do tórax, otorrinolaringologia, neurologia, cardiologia, reumatologia, ginecologia e obstetrícia, hematologia e cirurgia geral.

Madrepérola tem 27 anos, é casada; aceitou participar da pesquisa com entusiasmo, fui recebida de forma afetuosa, foi uma narrativa que evidenciou sua busca pela formação e, como se adaptou a situações consideradas delicadas no seu processo formativo; apresentou momentos de dúvidas e incertezas, sobre qual o melhor caminho profissional a ser percorrido, ficou evidenciado que tem muitos sonhos para sua profissão, apesar de já ter algumas desilusões sobre a mesma.

Meu interesse pela enfermagem começou quando eu tinha 15 anos, e começou por pura admiração mesmo, eu admirava a pessoa, eu achava bonito principalmente por andar de branco, era a parte que mais me interessava (*risos*), e aí foi quando eu resolvi. Com 15 anos eu não fiz o curso, tinha que esperar, daí minha vida tomou outro norte, eu trabalhei em outras áreas e, aí quando eu tive a oportunidade de iniciar a faculdade, já iniciei de imediato.

O branco, na verdade, me remetia mais à medicina, a parte mesmo, assim de assistência, algo mais na medicina na verdade, nem tanto pelos cuidados, pela parte administrativa que o Enfermeiro executa muito também, e mais pela parte mesmo de diagnóstico, de auxílio a cuidado, era mais medicina mesmo, nem tanto pela enfermagem. Depois na faculdade que eu fui descobrir o que era ser Enfermeiro e, aí também eu gostei, então eu mantive.

A primeira escolha era medicina, na verdade, eu acho que era muito nova; então eu acho que pelo *glamour*, era o principal na verdade.

No início eu fiquei bem empolgada, sinceramente acho que no primeiro ano foi bem interessante, depois que comecei a desanimar um pouco, quando a gente via as pessoas falarem muito de autonomia, porque tem aquela parte de Enfermeiro ser *auxiliar*, ser *bandeja de médico*, então isso me deu uma desanimada. Mas disse assim – *não, vou manter, já que estou aqui não vou desistir* e, aí fui mantendo, assim, foi quando comecei a ter essa autocrítica; porque a gente tem que mudar, somos nós, não é por todos. A gente vê muito mesmo - Enfermeiro sendo bandeja de médico e, isso me incomodou muito, e isso não era o que eu esperava, eu não imaginava o Enfermeiro como isso.

Porque no primeiro ano foi bem animador, porque mostrava o que era ser Enfermeiro, e aí depois fui vendo, em estágio principalmente, fui vendo o que que era realmente, foi a hora que me deu uma desanimada, mas eu falei – *não, eu vou manter, estou até aqui e, agora e vou continuar*, foi mais por isso mesmo.

O que me mais me animava no primeiro ano do curso era o salário, porque primeiramente; o pessoal falava muito de campos e, tinha muitos campos, muita área que a gente podia seguir, então isso me animava; falava que a gente tinha uma boa autonomia e, aí depois a gente vai vendo na prática que isso também não é bem assim, aí foi a hora que me deu uma desanimada.

O que mais me desanimou, ao aprofundar as matérias práticas do curso, eu acho que foi a falta de autonomia para começar, eu sentia que a hierarquia sobre a Enfermeira, o Médico mandava no Enfermeiro, sendo que a gente vê na verdade que não deve ser assim, porque é uma classe, a gente tem tanta responsabilidade, tanta autonomia quanto eles, assim como o nosso, nós não nos envolvemos na parte médica, a gente não fica criticando o que deve ser feito e, como deve ser feito, essa parte que eles querem mandar na nossa

classe e, dizer como tem que ser feito, foi que o que mais me incomodou, na verdade na prática acho que era isso mesmo.

E isso interferia na realização das atividades, às vezes mesmo o Enfermeiro tendo ali o ponto de vista dele, sempre a última palavra era do Médico, ela achava que não, mas ela fazia pelo que falavam que deveria ser feito, então acho que interfere muito.

O cuidado para mim, é você saber avaliar; você saber o que você aprendeu; é saber o que é melhor para o paciente; acho que o Enfermeiro tem que saber; é cuidar, é isso; é só falar. Então, ele tem que saber o que é melhor, a gente também estuda, a gente também lê, sabe o que é bom, aprendeu o que é bom, tem que saber também se impor, falar - olha eu aprendi assim, eu li assim, falar acho melhor que é esse caminho, é esse efeito, eu acho que é isso, cuidar é isso, é saber o que o melhor para o paciente, é esperar uma melhora, é ter aquela empatia, saber se você gostaria de ser bem cuidado, faz igual, faça o que você gostaria que fizessem para você, acho que o cuidado é isso, sabe.

A questão da autonomia interfere muito no cuidado, na parte que eu tive de experiência prática de estágio, interfere muito, na maioria das vezes as Enfermeiras e o pessoal da área de enfermagem, tinha às vezes até que você via que teoricamente era de uma forma, mas na prática mudava muito...

Na questão da autonomia do cuidado de enfermagem, frente às decisões médicas, o erro acho que fica mais por negligência, acho que a supervisão direta... É claro que é difícil... Às vezes um Enfermeiro para uma equipe enorme, não tem como ele ter olhos em todo o mundo, mas acho que o treinamento, que a união da equipe, tem que estar interagindo, tem que ter confiança em quem ele trabalha, se não realmente não funciona, não acontece, acho que os erros são mais por isso. Pessoal que ainda não está preparado para atuar, não teve um treinamento específico, não teve um acompanhamento adequado, é onde surgem os erros, mais por esse fato.

Quanto ao perfil dos profissionais que estão cuidando, se a gente for separar por local, existem lugares que eu presenciei que a Enfermeira sabia, a equipe sabia, mas por comodismo às vezes atuava de qualquer forma, porque não tem uma fiscalização, isso é independente para eles; mas tem muito profissional bem formado, eu acho que vai muito de cada um, assim como tem uns que a gente sabe que às vezes, até a gente que está estudando e pesquisa um pouco por interesse próprio, não batia as ideias de conhecimento teórico, mas é claro que a gente não se envolve.

Nas instituições em que percebi um tipo de cuidado mais adequado, eu acho que essa questão da supervisão, geralmente assim, é serviço público, eu acho que é um pouco mais tranquilo, assim, eles não ligam e tudo...

No privado, tinha um pouco mais de fiscalização, então ele se sentiam pressionados a fazer direito, eles faziam mais por esse motivo, sempre tinha um treinamento, a educação continuada sempre em cima, auxiliando, avaliando, eu acho que isso fazia toda diferença, mas acho que a maioria fazia pela pressão, pela formação, porque a maioria que a gente vê que é apreendido na prática, no dia a dia mesmo assim, mas eu acredito que pela pressão é o determinante.

Não noto assim, nenhum estigma, nenhuma diferença não, entre ser estudante de enfermagem e Enfermeira, perante a equipe profissional e a sociedade, foi mais a questão de hierarquia da Enfermeira, perante o Médico, que me desanimou.

Então, eu acho que a hierarquia tem que ter mesmo, mas dentro da classe enfermagem, acho que tem que ter sim alguém, que tem um pouco mais de experiência, que tem um pouco mais de conhecimento teórico, que tem ficar ali fiscalizando, acompanhando, ensinando a fazer essa parte, mas não é só apontar erros, mas também dar um norte - *olha isto aqui é a melhor coisa*, acho que dentro da enfermagem tem que ter mesmo, isso é essencial, e agora assim, fora da enfermagem, misturar as classes, um dizendo o que o outro tem que fazer, isso que eu acho que não é certo, na minha concepção não é certo, no meu conceito acho que não deveria, porque daí virá aquela coisa que eu falei para você no início:

A bandeja, o auxiliar, fica ali só fazendo o que manda, então para que uma faculdade? Para que o conhecimento teórico e científico, tantos anos de estudo e

investimentos para que? Isso aí qualquer um poderia fazer, é alguém só mandar e você fazer.

Entendo que a gestão dentro da equipe de enfermagem tem que partir primeiro da confiança, acho que o tratamento só de imposição não dá certo, acho que às vezes faz ali na frente o que tem que ser feito e, virou as costas faz errado e, só por imposição não, acho que tem que ter primeiro interação, tem que ter a confiança para começar, você tem que ter alguém ali do seu lado com responsabilidade, que você sabe que sabe fazer o certo, que faz por si próprio, porque sabe o que é certo e, não faz só porque estão mandando, eu acho que como ideal é isso, essa é minha visão, é mesmo ter interação, é ter confiança.

Dentro das várias dimensões do trabalho do Enfermeiro, eu acho que, recentemente, a parte assistencial está sendo cada vez menos privilegiada, menos assim do Enfermeiro é algo que está ficando cada vez menor, quanto mais ele puder passar, realmente para o cuidado do Técnico e Auxiliar de Enfermagem ele passa, para ficar mais com a parte burocrática, administrativa, do que assistencial. A faculdade ultimamente, já está mais norteando mais para a parte administrativa, a gente já sai com mais ênfase nisso, todos os estágios a gente ficava ali praticamente na SAE e, assim, a gente fazia os cuidados mais no início para a gente aprender, a gente vai ter que treinar e, precisa saber fazer para ensinar, mas o ensino já está trazendo a gente mais para área administrativa mesmo. Claro que existem cuidados específicos do Enfermeiro, pacientes mais críticos, que eu tenho visto assim, que até isso ele está tentando deixar mais para o lado do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem.⁹³

Eu fiz estágio voluntário no HC de Suzano para poder conseguir pegar mais prática e, eu vi bastante isso também, então são coisas que a gente começa a observar, coisas que a gente às vezes quer fazer, quer realmente, acho que é importante a gente como Enfermeiro fazer, porque é responsável por aquele cuidado, a gente assina como responsabilidade só nossa⁹⁴ e, aí se acontecer alguma coisa você tem que assumir também, então eu vi que às vezes não é o que acontece assim, a gente vai deixando, vai passando a mão, vai passando a bola e, mesmo que esta responsabilidade dá consequência, não se importam muito com isso.

Olha sinceramente, eu não faria isso, eu imagino que os Enfermeiros que não estão realizando o cuidado que deveriam que é por puro comodismo, não se importam mesmo com o resultado, é indiferente, acho que cuidar, mas acho um pouco do cuidado faz parte da Enfermeira também, não é só assistencial, não é só administrativo, um pouco, algumas coisas a gente também tem que assumir as responsabilidades, como a gente aprendeu na faculdade, são coisas mais privativas, são coisas que necessitam de um pouquinho mais de conhecimento teórico e científico e, a gente precisa aplicar isso e, aí mesmo que pudesse ser treinado, a gente vê que a pessoa faz errado, eu mesmo já vi um procedimento errado, feito por um Técnico, que deveria ser do Enfermeiro e, aí deu um péssimo resultado, e aí eu orientei o Enfermeiro, falei: *Olha, o procedimento está errado, alguma coisa, vamos*

⁹³ De acordo com a Lei do Exercício Profissional, algumas atividades são privativas do profissional Enfermeiro, vinculam entre essas atividades, os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte; os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, como a passagem de uma sonda nasoentérica ou, a coleta de gasometria arterial. (LEI Nº. 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986)

⁹⁴ Segundo a Lei do Exercício Profissional, compete privativamente ao profissional Enfermeiro, a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. Dessa forma, ele responde conjuntamente por todas as ações que forem realizadas pelos profissionais, que estão sob sua supervisão, mesmo que não tenha executado diretamente tais atividades, a responsabilidade técnica pelo cuidado prestado é sua. (LEI Nº. 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986)

acompanhar... E aí foi indiferente, no outro dia estava acontecendo a mesma coisa, acho que foi por puro comodismo...

Eu acho que o Enfermeiro não realiza os cuidados referentes às necessidades de higiene e conforto, não vejo nenhum Enfermeiro realizar esse cuidado, acho que primeiro porque é o que a gente aprende na faculdade, não é para fazer isso, é para aprender a fazer e a ensinar. A responsabilidade, saber se o cuidado foi bem feito, ou não está sendo; eu acho que é a questão da confiança da equipe que você tem, se você tem uma equipe para você, se você treinou e, você sabe como que cada um faz, você conhece sua equipe, você não tem que ficar o tempo todo fiscalizando tudo o que está faltando, você sabe que você tem um funcionário que você já conhece, faz bem feito, você mesmo treinou, então você ensinou como deve ser feito.

Acho que esse é o nosso papel, ensinar a fazer direito e, ter a confiança naquilo que ele faz, porque realmente não dá para a gente fazer toda a parte assistencial mesmo, porque não é nossa, porque tem a parte do Técnico e do Auxiliar e, não daria para dar conta do administrativo e, assistencial ao mesmo tempo. Eu acho que esta parte de orientar, de supervisionar, de treinar a equipe, é o essencial, é com isso a gente tem que aprender a fazer direito, sabe?

É confiar, aprender, chegou um novo, ensina, orienta, e aí acompanha alguns passos dele, a partir daqueles, dos próximos procedimentos, verifica o que está certo, o que está errado, orienta o que tem que ser reorientado e, aí começa...

A equipe eu acho que é isso, é união, é confiança, tem que ter isso, não tem jeito, você sabe com quem você está lidando, sabe qual vai ser o resultado daquilo que está sendo feito, então se acontecer alguma coisa, você já tem uma previsão disso, você sabe o que está acontecendo, o que pode acontecer. Porque, quando você não tem uma supervisão, não tem uma interação, provavelmente vai acontecer isso, vai acontecer alguma coisa e, você não sabe nem porque, da onde está vindo, nem porque está sendo feito.

A relação do Enfermeiro com o paciente, sendo bem sincera, é mínima, também, assim exame físico mesmo, que a gente aprende com tantos detalhes, a gente vê que não é feito, ou você pede maiores detalhes, a gente fazia no estágio e, por uma dúvida, alguma coisa, você pedia para uma Enfermeira – *você pode confirmar aqui para mim*, você vê que eles nem queriam escutar, porque não queriam pegar, algumas vezes é uma resposta que talvez nem ele mesmo soubesse, percebi que o contato é mínimo, assim, só na passagem de plantão .

Aqui é assim, não tem internação, os meus pacientes são do Centro Cirúrgico, a gente encaminha os pacientes para a cirurgia (cirurgias curtas, que são pequenas cirurgias, são dermatológicas), a gente chama o paciente, prepara o paciente, leva na sala de operação, auxilia o procedimento e, depois ele é liberado.

E o que eu tenho muito contato é com o paciente de fototerapia⁹⁵, então, as dermatologistas avaliam, e aí encaminham para a fototerapia, porque tem uma avaliação, e acham que o tratamento melhor é com a fototerapia, (geralmente eles tentam outras vias, medicamentos e, quando não tem resultado faz a fototerapia) e, o meu contato maior é com estes pacientes, eu chamo, faço o prontuário deles, avalio a quantidade de radiação que eles precisam utilizar de banho de luz e, encaminho. Todo dia eu tenho um grupo, são quatro grupos por dia, então, todo dia eu tenho esse grupo. A gente já chega, conversa, dá um beijo, eles já até sabem quem vai entrar, quem não vai, eu converso, conheço, já chamo, faço o controle diário deles; para eles; com eles; vou encaminhando, conheço aqueles que já sabem mexer na máquina, os que não sabem vou lá auxilio, mostro, coloco na máquina para funcionar e, os deixo fazendo o banho de luz, o meu contato maior aqui mais é com os pacientes da fototerapia mesmo.

⁹⁵ A fototerapia é utilizada desde o século passado, com várias modalidades, de irradiação (UVA ou UVB) e, tem demonstrado bons resultados terapêuticos, para tratar uma grande variedade de dermatoses (inflamatórias e com período crônico de evolução, como vitílico, psoríase, parapsoríase, linfomas cutâneos de células T, eczemas crônicos). (DUARTE et al, 2006)

Eu não consigo me ver como Enfermeiro, assim, como uma profissional da saúde, é como amigo mesmo, eu converso, minha mãe uma vez veio aqui e, aí à gente começou a conversar, minha mãe conheceu os pacientes, ficou conversando; então, assim, eu não tenho muito essa barreira de jaleco, não é comigo, com paciente não!

Eu tenho bastante contato pessoal com eles, muito, tem uns que ainda tem problema e, a gente como Enfermeira também é Psicólogo de vez em quando, às vezes eles chegam e, aí tem um problema psicológico, precisam desabafar, a gente sente a necessidade, tem uns que chegam até às vezes, que você vê que tem problemas físicos, mas é mais ansiedade e, aí você senta e conversa um pouco, dá meia hora de atenção e, já passa, já vai bem e, voltam no outro dia melhor, você conversa com os pacientes, tem bastante contato, tem bastante interação com eles.

Eu sinto respeito por eles, então, qualquer dúvida que eles têm, não hesitam em me perguntar:

Olha você sabe sobre isso aqui?

Então, eu sinto que eles têm menos medo, eles conversam sobre tudo comigo, qualquer coisa do tratamento, eu sinto melhora nesta interação, acho que é importante por isso, sinto que eles não têm medo, está com algum problema sobre medicamento, aí eles vem e conversam comigo, às vezes, eles não querem nem falar diretamente com a Médica, porque tem essa barreira, tem esse medo delas serem grosseiras, agressivas com eles; eles veem e eu mesma vou lá e converso com elas, resolvo o problema para eles. Então, sinto mesmo o profissional, só na área mesmo de dúvidas que eles sentem, mas a gente têm bastante interação, eu sinto uma amizade mesmo, do que: *Aqui eu sou apenas uma Enfermeira, você senta aí, eu resolvo seu problema e pronto.* Sabe assim?

O tratamento deles aqui, mesmo com essa minha interação, não seria diferente, porque alguns na verdade, já querem alta, porque é um tratamento longo, demora a surtir efeito, por exemplo: pacientes com vitiligo, demora para repigmentar, tem pacientes de três a quatro anos em tratamento; então às vezes eles cansam, porque eles têm que vir duas vezes por semana, é idoso; criança, a gente conversa:

Olha como já surtiu efeito aqui!

Eu vou dando incentivo para eles não parar, apesar da fila ser longa e, ainda tem muitos pacientes que aguardam para iniciar, mas como tem que fazer um controle de quantidade de pessoas; porque eu tenho que dar conta da fototerapia; do Centro Cirúrgico e, todo o resto da clínica, eu tenho que fazer um controle, então, eu converso quando falta e, também falo:

Não falta, porque tem pacientes que estão aguardando, precisam também, querem, tem a necessidade de começar o tratamento - já valorizo. Então, eu converso com eles, falo com eles: *Não para!*

Aqueles que querem desistir, eu converso: *Olha como é bom! Tem gente esperando para começar o tratamento.*

E aí eles vão continuando, sabe? Vão dando continuidade, mas acho que precisa, porque se você só falar –segue o tratamento...

Acho que isso é independente da profissão, acho que é da pessoa, não acho que seja pela profissão, sabe?

Acho que se você é uma recepcionista, que tem um pouco mais de empatia ou, se você um Enfermeiro que tem menos, seria a mesma coisa. Então, acho que é mais você avaliar a pessoa, como pessoa e, não como um número aqui, um paciente, que se não quiser eu coloco outro lugar, acho que o mais importante é isso.

Os meus conhecimentos como Enfermeira também auxiliam essa minha visão, com certeza o que mais fala mesmo, é a nossa visão como Enfermeira, como alguém da saúde, que quer resultado. (*se emocionou bastante e chorou nesse momento*).

Eu acho que o compromisso profissional é responsabilidade, dedicação e, o amor ao que faz, amor a profissão, ao dia a dia, eu acho que é isso.

Eu acho que os Enfermeiros não se interessam pelas questões políticas da área da saúde, pelo fato realmente de não ser muito focado mesmo, acho que não relaciona tanto hoje em dia, essa parte política com o cuidado.

Então, assim, realmente é um pouco separado, é uma aula que não traz tanto incentivo, que não traz tanto a atuação para a gente que é Enfermeiro, eu acho que isso faz a diferença, que isso incentiva e influi um pouco, essa parte vira mesmo só uma burocracia, é uma coisa que não vai ser utilizada para nada. Então, acho que isso é que influencia bastante, sabe, para formar recém-formados, assim.

Pelo menos na minha época, realmente é uma coisa que ouvia falar pouco sobre as diretrizes e, o SUS e, mais isso, não tinha muito foco, não unia a assistência e, esta parte mais política mesmo. Às vezes, acho que isto faz um pouco da diferença, que relaciona muita mais a parte burocrática, mais a parte menos atraente para o dia a dia, por isso é que não tem tanta influência na nossa vida como Enfermeira (*risos*), acho que é mais por isso.

Ao me colocar no lugar de quem é cuidado, eu esperaria o que fazem o que eu faço, eu espero uma pessoa humana, e que tenha um pouco mais de olhar na pessoa, nem tanto em doença, nem tanto em estar aqui agora, e mais um número, está no leito, é só mais um número, só mais um cuidado hoje, é só mais um resultado que tem que sair daqui a alguns meses; então precisa liberar este leito. Eu vejo assim mesmo, empatia, sabe fazer aquilo por alguém, que você gostaria que fizesse por você, esperar o retorno, igual você, sabe?

Eu vejo desta forma, já fiquei internada, já fui parar em hospital, já fui maltratada, como muita gente também; às vezes até em hospital particular, você vê a arrogância, você vê a indiferença e, eu acho que é isso assim, sabe?

É isso que eu espero, é um tratamento de um Enfermeiro que se coloque como realmente profissional, para cuidar, para ver a pessoa, não ver a doença, não ver o número ou, vê ela que está cuidando é você, então hoje eu nem vou ver esse paciente, como acontece; eu fiquei internada onde não vi o Enfermeiro. (*risos*)

Então, acho que essa parte do Enfermeiro deveria ser um pouco mudada, ter um pouco mais de presença, de vivência na vida do paciente, que está ali internado ou, aquele que só vem fazer o tratamento apenas e, volta para casa logo, fazer essa diferença, acho que hoje o que mais importa para enfermagem, sabe a Enfermeira, acho que precisa os Enfermeiros, precisam mudar um pouco mais essa parte.

b) Instituição Pública

Segundo dados de sua página oficial, a instituição localiza-se no Estado de São Paulo, a formatura de sua primeira turma ocorreu em 1946, constituída por 38 alunas, das quais 32 eram professoras normalistas. O curso tinha duração de três anos, com total de 1095 dias efetivos, com carga horária de 44 horas semanais de atividades e 70 dias de férias, distribuídas ao longo do curso. A instituição conferiu grau de bacharel em enfermagem a 3.255 Enfermeiros, em 65 turmas de egressos, no período de 1946 a 2011.

Em 1959 foram criados seus dois primeiros cursos de pós-graduação, um deles de Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem e o outro de Administração de Unidade de Enfermagem, em nível *lato sensu*. Em 1973 foi instituída sua pós-graduação *strictu sensu*, com o Mestrado na área de concentração de Fundamentos de Enfermagem, atualmente a instituição possui quatro programas de pós-graduação *strictu sensu* (Enfermagem; Saúde do Adulto; Gerenciamento em Enfermagem e, Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem). Os

programas somavam, até agosto de 2012, mais de 1695 egressos da pós-graduação, sendo 1014 mestres e 681 doutores.

Para formar profissionais de enfermagem, a instituição dispõe de infra-estrutura composta por laboratórios de enfermagem, de informática, de pesquisa experimental e de um centro histórico, além de disponibilizar de biblioteca própria e de parcerias com instituições congêneres para o ensino de ciências básicas da saúde e externamente, como cenários de práticas (nas Unidades Básicas de Saúde ou em instituições de assistência em diferentes níveis de complexidade, nos setores público e privado). A instituição possui Serviço de Biblioteca e Documentação que, detém o maior acervo impresso de enfermagem da América Latina. Esse Serviço tem ampliado a atenção aos usuários em geral e também tem oferecido oficinas de capacitação em levantamento de dados.

Uma história de Determinação

A entrevista foi realizada no dia 07/05/2013, terça-feira, às 12h, no gabinete da docente na instituição de ensino. Cristal tem 54 anos, é separada, tem uma filha que faz graduação em outro país; aceitou participar da pesquisa prontamente, foi uma narrativa muito interessante e, em alguns momentos bem descontraída, que evidenciou como a enfermagem entrou de forma inusitada na sua vida, mas apesar dos caminhos diferentes, ficou evidente o quanto a enfermagem e o cuidado foram e são relevantes em sua escolha de vida.

Eu me formei em 1983 e estar na enfermagem foi quase um acidente de percurso. Na verdade eu fui parar na enfermagem porque inicialmente optei por trabalhar com Saúde Mental; eu fazia engenharia antes de fazer enfermagem, como eu já tinha feito um ano de cursinho antes da engenharia e não me encontrei, não gostei da engenharia. Fazia engenharia de alimentos e quando eu fui visitar a fábrica da Cica, quando eu vi a atuação do engenheiro, que era um administrador de grandes projetos, eu não me engracei com a perspectiva.

Eu lia muito, gostava muito de ler sobre a questão da Saúde Mental, eu tinha uma colega na república, ela fazia biologia, nos estudávamos na UNICAMP, e ela gostava muito de ler também sobre saúde mental; então a gente lia, discutia, conversava...

Mas como eu já tinha feito um ano de cursinho e dois anos de engenharia, e dependia do meu pai (o curso era em período integral e não morava com a minha família, minha família morava no interior), então achei que tinha que fazer ... Eu queria ir para a área de Saúde Mental, mas escolhi o curso que fosse mais curto, para que eu conseguisse chegar à Saúde Mental mais rapidamente. Foi essa a minha escolha pela enfermagem, então foi acidental, foi um instrumento para eu chegar à Saúde Mental.

Pensei em psicologia, que eu achava muito interessante, mas eram cinco anos e, aí trabalhar num consultório... Também não me engracei com a história e, na UNICAMP não tinha psicologia na época, em Campinas tinha na PUC, eu não ia fazer uma escola privada e, ainda mais um curso de cinco anos; para fazer medicina, para depois fazer psiquiatria piorou, porque seriam 10 anos para chegar ao mercado de trabalho.

Na disciplina de educação física, lá na UNICAMP, você optava pelo horário da educação física, não era a turma específica de cada curso, era turma com estudantes de vários cursos, você escolhia pelo horário tal e, lá você encontrava com vários cursos e, coincidentemente tinha muitas meninas da enfermagem na minha turma da educação física, eu na engenharia ainda. Eram meninas do centro acadêmico que estavam lá fazendo educação física, elas estavam sempre conversando sobre o que estavam fazendo e, eu comecei a me encantar pela aproximação com o movimento estudantil, aí quando soube que elas faziam enfermagem eu fui olhar no catálogo de cursos da UNICAMP como era o curso de enfermagem, e vi que tinha enfermagem psiquiátrica no último ano do curso.

Falei tudo bem, eu aguento as pontas porque são só quatro anos, eu chego lá e, foi assim que mudei para enfermagem. Minha família ficou muito desesperada, mesmo porque meu pai morava numa cidade do interior, na cidade que nasci, que na época tinha 10 mil habitantes, então para ele Enfermeiro não precisava fazer faculdade:

Eu mantendo você lá, eu vou bancar você lá, pagar para você ser Enfermeira! Você vem aqui trabalhar na Santa Casa, aqui as moças entram varrendo o chão, passando pano e se aposentam como Enfermeira, assim que é. Você não precisa pagar para fazer enfermagem lá.

Então foi uma comoção geral, meu irmão que tinha contato com um pesquisador da área de engenharia de alimentos marcou horário para eu conversar - *Quem sabe pelo lado da pesquisa você gosta...*

Não teve jeito, eu já tinha optado pela Saúde Mental, assim eu fui fazendo os quatro anos, continuei lendo sobre Saúde Mental, que era o que gostava muito e, no quarto ano eu enrosquei um pouco. Porque eu gostei muito da Saúde Pública, na época não era Saúde Coletiva era Saúde Pública e, aí eu me encantei muito. Fiz os quatro anos, era do centro acadêmico, participava do movimento estudantil, enfim, essa foi a minha formação paralela. Com a Saúde Pública me encantei também, mas eu dizia - *não vou trair minha paixão antiga, eu entrei para fazer Saúde Mental.*

Fiz os quatro anos pensando em fazer especialização, já fui procurando onde ia fazer, fiz inscrição para a residência em Porto Alegre, mas eu fui visitar, era muito rígido, não gostei como era o tratamento lá com os pacientes, achei que não aguentaria. Fiz especialização em Ribeirão Preto, não tinha residência lá, eu gostei muito, já era uma outra linha, mais dinâmica, funcionava muito junto com o departamento de psiquiatria, com a residência médica, mas com a área mais dinâmica da psicanálise, eu gostei muito, fiz um ano lá de formação em Saúde Mental e, em seguida trabalhei muito tempo na área, muito tempo na assistência na Saúde Mental; de fato foi minha grande paixão, sempre gostei muito desta área, deu muito certo.

Em 1985 eu já trabalhava no ambulatório de Saúde Mental. Quando abriu o primeiro CAPS⁹⁶ de Saúde Mental de São Paulo, que era o Itapeva, era vizinho ao prédio que eu trabalhava no Ambulatório Centro, nós fazíamos um projeto conjunto, um trabalho noturno, fora do horário de trabalho, com os usuários do Ambulatório Centro, a gente estava fazendo um processo, uma tentativa de inserção no trabalho, não era nos moldes de tratamento;

⁹⁶ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como uma alternativa de mudança da medicalização para o tratamento em Saúde Mental são considerados a principal alternativa ao modelo de manicômios. Dividem-se em modalidades de acordo com a abrangência e o tipo de cuidado e complexidade do caso em: CAPS dos tipos I, II e III; CAPSI (para crianças e adolescentes) e; CAPS AD (álcool e outras drogas). Atualmente, conforme dados do Ministério da Saúde, existem 1.981 CAPS em todo o território nacional. (CEBES, 2013)

acompanhamento medicamentoso e psicoterapêutico eles faziam durante o dia no ambulatório.

Nesse projeto noturno não era acompanhamento nem medicamento ou psicoterápico, era um projeto de socialização que a gente chamava, chamava-se Ponto de Encontro, era às quintas-feiras das 19 às 21 h, nós fazíamos no prédio do CAPS, que era uma casa linda, que tinha na esquina da Itapeva, atrás do MASP.

Naquela época eu e uma enfermeira do CAPS, a A, fazíamos formação em psicodrama, montamos na Sociedade de Psicodrama de São Paulo (SOPSP) um grupo para atendimento de psicóticos, que lá na SOPSP não tinha. Trabalhamos muito, e juntas, ela foi fazer o mestrado em 1993 e eu vim em 1994, por influência dela, fazer aqui o mestrado, mas eu não queria fazer na Saúde Mental, aqui o enfoque era muito psiquiátrico. Ela também não foi fazer nesse departamento, nós não éramos professoras daqui, ela veio fazer aqui no departamento de Saúde Coletiva, e aí quando ela me contou as coisas que ela lia do referencial teórico que usavam aqui, eu me entusiasmei e vim no ano seguinte, vim fazer mestrado aqui, eu vim com a temática da Saúde Mental, mas para fazer aqui na Saúde Coletiva.

Comecei a me aprofundar no referencial teórico daqui da Saúde Coletiva, que na época tinha influência bastante grande do referencial marxista, da epidemiologia crítica, da determinação social do processo saúde-doença; me encantei com esse referencial e fui estudar. Na época, saí do Ambulatório Centro e fui para a prefeitura, já estava no Hospital Dia (na prefeitura não se chamava CAPS quando começou, era Hospital Dia). No mestrado eu fui estudar o Hospital Dia, usando o referencial teórico de processo de trabalho e, modelos de atenção em saúde, essa foi minha dissertação de mestrado.

Inicialmente foi na temática da Saúde Mental que fui me compondo como Enfermeira, sempre na relação do trabalho em equipe. Eu precisei trabalhar também à noite como Enfermeira de hospital clínico porque a renda não dava para me manter sozinha, para me bancar, depois de um tempo aliás que achatou o salário do Estado, então trabalhei em hospital clínico, mas eu nunca trabalhei nestes meus trabalhos principais, que foram na saúde mental, eu nunca trabalhei, por exemplo, coordenando uma equipe de enfermagem; se você disser assim: qual era a especificidade do seu trabalho como Enfermeira? Eu não tinha, eu me compus na equipe, claro que eu fazia trabalho de coordenação de enfermagem, mas junto com a equipe porque a gente tinha um projeto em comum, tanto nós do ambulatório, quanto no CAPS. No ambulatório tinha uma Auxiliar de Enfermagem, eu era a única Enfermeira, eu fui da primeira turma de Enfermeiros que entrou no Estado, em ambulatórios de Saúde Mental.

Anteriormente ao governo Montoro, que foi quando ingressei no Estado, os ambulatórios de saúde mental eram como pronto socorros que encaminhavam para internação em hospitais psiquiátricos, manicômios; depois veio o governo Montoro, que passou mesmo a ser acompanhamento ambulatorial, para efetivar fechamento de leitos hospitalares, foi implementada uma rede de atenção à Saúde Mental, foi muito interessante essa época e, aí entrou um conjunto de Enfermeiros para o ambulatório. Como eu tinha feito especialização em saúde mental e, embora fosse numa escola de enfermagem, era interdisciplinar, porque a gente fazia os estágios, as aulas práticas da especialização junto com estudantes de outros cursos, eram das residências de medicina, de psicologia, de terapia ocupacional, a gente já fazia um trabalho muito conjunto, muito interdisciplinar, então foi assim que eu implementei meu trabalho como Enfermeira, sempre nessa perspectiva interdisciplinar.

Nesse ambulatório eu trabalhava muito próximo de um Terapeuta Ocupacional, na época a gente montou um trabalho conjunto. Estávamos em um ambulatório antigo, era atrás do MASP e, conseguia ir para lá os funcionários antigos já, eles entravam na periferia e conseguiam chegar no Centro só quando estavam já há anos na carreira, portanto nós éramos os mais novos. Eu e este Terapeuta Ocupacional, que entramos no mesmo dia, terminamos a especialização e fomos para lá. Então, nós não tínhamos nomes, nós éramos os meninos: *chama os meninos*. Chegava alguém em surto - *chama os meninos!*

Então nós fomos montando um trabalho que hoje em dia se chama acolhimento, tem esse nome que vem da Saúde Mental, esta perspectiva de trabalho que hoje tem na Atenção Básica veio da Saúde Mental. A gente fazia um atendimento nesta perspectiva de acolher as pessoas que estavam sem agendamento, ou porque estavam em surto, ou o porque tinham perdido a consulta. A gente montou esse esquema de acolher, atendia também em grupos, atendíamos a família, trabalhávamos muito.

Quando eu cheguei nesse ambulatório havia lá uma Auxiliar de Enfermagem, ela se dizia ser Enfermeira até então, porque já tinha trabalhado no Juqueri⁹⁷ como Auxiliar de Enfermagem, lá em Franco da Rocha e veio para o ambulatório porque também era antiga no Estado, por isto que ela conseguiu trabalhar ali na Paulista, aí eu penei, porque era meu primeiro emprego e eu era "a menina", era assim que ela me chamava, e ela era a Enfermeira, assim que ela se nominava.

Então, fui mesmo fazendo um trabalho paralelo, ela fazia o pedaço dela lá, ela ia trabalhar de branco no ambulatório de Saúde Mental (ninguém trabalhava de branco, ela ia de sapato branco e tudo), então fui fazendo um trabalho muito paralelo, ela ficava com a parte de ministrar medicação, que era o pouco que iria fazer. Fui fazer formação em psicodrama, atendia, trabalhava no atendimento mesmo, junto com a equipe. Então, nunca fiquei num trabalho específico só do Enfermeiro, mas não tenho a menor dúvida que sempre fiz o trabalho específico do Enfermeiro que é o cuidado, é um instrumento que o Enfermeiro tem, cuidado para mim é o instrumento específico do trabalho do Enfermeiro, é por meio dele que a gente transforma o objeto do nosso trabalho.

Neste sentido eu sempre me instrumentalizei, tanto na formação em psicodrama, para atender, estudei muito e, depois fui fazer o mestrado, fui atrás de instrumentos de outras áreas de formação, de outros conhecimentos, mas sempre para instrumentalizar o meu específico que era o cuidado e, disto eu não tenho dúvida, sempre que tinha, tanto no ambulatório quanto depois que fui para o Hospital Dia, o atendimento, quando tinha lá pacientes em surto que precisavam de cuidado, embora a gente trabalhasse junto na equipe, eu conseguia sempre perceber o instrumento de cada um. Embora todos cuidem, todos fazem o cuidado, embora o cuidado não seja específico do Enfermeiro, óbvio que não é, mas os instrumentos que a gente usa para fazer o cuidado são específicos, acho que o cuidado não é só do Enfermeiro, embora o trabalho específico do Enfermeiro seja o cuidado. Acho que cada um usa o seu conjunto de instrumentos, que incidem numa dada face do objeto, mas eu não tenho a menor dúvida que eu fazia o cuidado junto com os outros.

Mas, o meu trabalho como Enfermeira tinha uma especificidade, as pessoas percebiam e, eu também, no atendimento à família, eu fazia o atendimento familiar também, junto com outros profissionais.

Aí, quando eu vim para a Saúde Coletiva foi justo por conta dos instrumentos, porque eu comecei a chegar num ponto, depois que eu terminei o mestrado, eu achava muito interessante, mas eu dizia assim:

Qual é o referencial teórico que a gente usa? Por que eu agora cheguei num ponto que eu não tenho referencial teórico da Saúde Mental, não existe.

A gente busca conhecimento de outras áreas para compor nosso instrumento de trabalho, então eu vinha estudando psicopatologia, psicofarmacologia e conhecimentos da

⁹⁷ Em 1898 o governo estadual de São Paulo fundou o Asilo de Alienados do Juqueri, na gleba de uma grande fazenda em um subúrbio da capital, com o mesmo nome da fazenda e do município - Juqueri, o primeiro presidente da instituição foi o psiquiatra Franco da Rocha. No ano de 1929 o nome foi alterado para Hospital e Colônia de Juqueri, a década seguinte consagrou o termo Juqueri como a casa dos loucos, fato que levou os moradores do município a se organizar para mudança do nome da cidade, que hoje chama-se Mairiporã. Num mesmo complexo misturavam-se várias funções e, todas saíam prejudicadas, os usuários estavam longe de ser os principais beneficiários, pois sofriam com o abandono da família, as infrações médicas e os maus tratos dos funcionários. Misturavam-se idosos, crianças, inválidos, pacientes neurológicos e psiquiátricos, o número de internos chegou a ser 16 mil em um único ano (meados de 1960). A instituição foi fechada somente no ano de 2005. (PRUDENTE, 2013).

psicanálise, da psicodinâmica, grupos, grupos operativos, Pichon-Rivière⁹⁸, os autores de grupo, entre outros, mas chegou num ponto:

Bom, qual é o referencial teórico que eu vou optar agora? Para onde eu vou?

Não tinha intenção de fazer doutorado direto, mas eu já tinha começado a dar aula na Saúde Mental e continuava trabalhando no Hospital Dia, eu sempre achei que era importante estar na assistência para dar aula (inclusive foi quando te conheci, eu dava aula de Saúde Mental) e, aí chegou um ponto que eu comecei a pensar assim:

Onde é que eu preciso me aprofundar no conhecimento teórico? Vim para cá no mestrado e aí fiquei numa encruzilhada: ou eu vou fazer formação em psicanálise ou eu vou adotar então o referencial teórico da Saúde Coletiva.

Foi aí que eu resolvi a história do doutorado, porque para mim a psicanálise não é um referencial teórico, ela é um corpo de conhecimentos, mas ela usa também outros referenciais teóricos, aí optei: eu quero algo que me explique e, aí a Saúde Coletiva me deu esta possibilidade de explicar o fenômeno do processo saúde-doença, não só na perspectiva do indivíduo que a psicanálise fazia. Mas, para mim tinha esse incentivo de entender o porquê as pessoas surtam, o que acontece, mas estava bastante voltado ao sujeito e a família, eu não conseguia por mais que eu lesse e soubesse da Reforma Psiquiátrica⁹⁹, que veio por dentro da Reforma Sanitária, mas eu não conseguia entender, como fazer?

Tinha a psiquiatria comunitária, mas como eu podia articular? Bom, é fazer a Saúde Mental, é atender o cara no grupo, na consulta, lá na UBS, mas eu nunca conseguia articular o que isso tinha a ver com as formas de viver. O que tem a ver com os determinantes sociais? Nunca conseguia fazer a articulação porque eu não tinha esse referencial teórico. Então, quando eu vim para a Saúde Coletiva me acomodou muito isso. Fui ler Joel Birman¹⁰⁰, que faz esta articulação e, aí pronto, me encantei pelo referencial da Saúde Coletiva e, no doutorado eu já abri mão.

Daí eu prestei concurso aqui na Escola e continuei trabalhando como Enfermeira num Centro de Referência de Farmacodependencia, onde estava na época. Era um local para tratamento ambulatorial para farmacodependentes, também trabalhava numa equipe, também não tinha uma equipe de enfermagem específica, não tinha nem Auxiliar de Enfermagem nesse lugar, tinha mais dois Enfermeiros, mas nós trabalhávamos na equipe, nós nos diluímos na equipe de uma certa forma, porque trabalho em equipe é isto, você se

⁹⁸ A técnica dos grupos operativos começou a ser sistematizada por Pichon-Rivière, médico psiquiatra, a partir de uma experiência no hospital de Las Mercedes, em Buenos Aires, por ocasião de uma greve de Enfermeiras. Esta greve inviabilizaria o atendimento dos portadores de doenças mentais no que diz respeito à medicação e aos cuidados de uma maneira geral. Diante da falta do pessoal de enfermagem, Pichon-Rivière propôs, para os usuários “menos comprometidos”, uma assistência para com os “mais comprometidos”. A experiência foi muito produtiva para ambos os usuários, na medida em que houve uma maior identificação entre eles e, estabelece-se uma parceria de trabalho, uma troca de posições e lugares, trazendo como resultado uma melhor integração. (Bastos, 2010, p. 161-162)

⁹⁹ Na década de 1980 o movimento da Reforma Psiquiátrica propôs a reinserção social dos portadores de transtorno mental no contexto comunitário, sinalizando a necessidade de reestruturação dos dispositivos de saúde, preferencialmente, que mantenham o indivíduo o mais próximo possível da sua família. Ao mesmo tempo, a Reforma Sanitária desenhou um novo modo de assistir as pessoas que convergia para o que indicava a reforma psiquiátrica. (MUNARI et al, 2008, p. 789)

¹⁰⁰ Psiquiatra e psicoterapeuta formou-se em medicina na década de 1970 e efetuou sua pós-graduação em São Paulo e Paris. Birman escreveu vários livros no Brasil e na França sobre psicanálise. Atualmente é professor de Psicologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Instituto de Medicina Social na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Está construindo, no Collège International de Philosophie, em Paris, uma linha de pesquisa interdisciplinar em psicanálise e filosofia em torno da questão das *Novas condições do mal-estar na civilização*.

dilui, embora mantenha algumas especificidades, é assim que eu comprehendo trabalho em equipe.

Você dilui por um lado a sua especificidade, na construção de um projeto, mas daí você volta e usa o seu instrumento específico para operacionalizar aquele projeto, mas no conjunto da equipe.

Então eu me compus como Enfermeira sempre nesta interface, da utilização do meu instrumento específico, mas sempre construindo com outros conhecimentos, eu nunca usei, por exemplo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, nunca estudei Teorias de Enfermagem, estou estudando agora as Teorias de Enfermagem, voltei a estudar, por conta das necessidades de saúde, eu fui lá escrever um capítulo de necessidades num livro de Saúde Coletiva, e ver um pouco como a enfermagem vem recordando as necessidades de saúde, desde que virou trabalho, para fazer a atenção, o cuidado, aí eu precisei estudar as Teorias de Enfermagem. Eu entendo as Teorias como sistematização das práticas, não como corpo teórico; eu fui estudar como é que a enfermagem vem fazendo o recorte das necessidades de saúde, por isso que fui estudar as Teorias; antes eu tinha só tinha estudado para fazer prova, um dia antes da prova. Wanda Horta, Orem¹⁰¹, as duas que eu me lembro um pouco, eu estudei na véspera da prova, então nunca usei as Teorias na minha atuação no trabalho.

Quando trabalhei à noite, por exemplo, em um hospital, foi muito pouco tempo, trabalhei três meses em um, dois meses em outro, mas eu ficava na supervisão porque era noturno, eu não fazia assistência direta.

Num desses hospitais clínicos fiquei um pouco mais próxima da assistência e na verdade o que eu mais fazia era assistência de Saúde Mental, na verdade eu fui contratada como Enfermeira da clínica mesmo, mas era numa enfermaria que as pessoas entravam e ficavam bastante tempo internados. Lá eles entravam para fazer diagnóstico e, então faziam cateterismo e quando tinham obstrução de aorta eles já ficavam para fazer a desobstrução, geralmente era para cirurgia de revascularização do miocárdio, era um período longo de pós cirúrgico, eles ainda ficavam um pedaço antes, então eles ficavam um tempo grande internados lá. Então a assistência que eu fazia era de Saúde Mental, não fui contratada para isso, mas eu ia lá e fazia. *risos*

Ficava lá com eles conversando, fazendo a assistência, até propus para meu supervisor para montar um grupo no noturno para atender, para fazer o atendimento das pessoas, mas obviamente não foi aceito, era uma proposta de fazer um grupo para lidar com as ansiedades no pré cirúrgico, eu observava que tinha vários casos de depressão no pós cirúrgico. *risos*

Desde o começo eu sempre trabalhei como Enfermeira, mas nunca trabalhei nos moldes do que no senso comum entende-se como trabalho do Enfermeiro, então várias pessoas que passavam por atendimento comigo achavam que eu era Psicóloga ou Médica:

Mas você é Enfermeira? Como você atende assim,, como é que uma Enfermeira atende assim?

É que estudei para isso, né? Então era um pouco esquisito porque as pessoas não me viam como Enfermeira, mas eu não tenho a menor dúvida que eu sempre trabalhei como.

Depois de uns anos, depois que vim para o ensino, não me sentia mais uma Enfermeira, a não ser quando eu vou com os estudantes para campo de estágio, embora lá

¹⁰¹ Dorothea E. Orem, desenvolveu a teoria do autocuidado, que consiste, basicamente, na ideia de que os indivíduos, quando capazes, devem cuidar de si mesmos. Quando existe a incapacidade, entra o trabalho do Enfermeiro no processo de cuidar. Para as crianças, esses cuidados são necessários mediante incapacidade dos pais e/ou responsáveis interferirem neste processo. A primeira publicação deste conceito deu-se em 1959. Em 1971, publicou Nursing: Concepts of practice, com repetidas edições em 1980, 1985 e 1991. Cada uma dessas edições trouxe aprimoramento e ampliação dos conceitos, com desfecho em 1991 na publicação de sua teoria geral, que define a intervenção da enfermagem na ausência da capacidade de manter a quantidade e qualidade do autocuidado, como terapêuticas na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento de seus efeitos. (PORTAL EDUCAÇÃO, 2012)

eu seja professora, lá atuo como Enfermeira, mas quando entro para fazer algum tipo de atendimento geralmente ainda é de Saúde Mental. É muito interessante, nunca deixei de ser Enfermeira de Saúde Mental, então se a gente vai fazer inquérito domiciliar, por exemplo, o que vejo, as questões que abordo, é claro que utilizo o referencial da Saúde Coletiva para explicar como as pessoas adoecem e tudo mais... Mas eu sempre tenho esse olhar, vejo alguém que tenha algum quadro meio ... Um dia desses fui visitar, fazer inquérito domiciliar, e tinha um rapaz que tinha traços de esquizofrenia, e estava com acatisia¹⁰². Perguntei o que ele estava tomando, ele estava com impregnação neuroléptica, então orientei que precisaria voltar para onde estava sendo atendido... Expliquei à família porque estava daquele jeito.

Eu continuo sendo Enfermeira de Saúde Mental, embora tenha deixado de ser Enfermeira de campo, da assistência, como Enfermeira de Saúde Mental, me constitui como Enfermeira nas práticas de atenção à Saúde Mental. Eu nunca trabalhei em unidade básica de saúde, por exemplo, trabalhei muito pouco tempo na época do PAS, saí da prefeitura, me desvinculei, fiquei um pouquinho na unidade básica de saúde, mas muito pouco tempo.

Então, foi assim que me constitui Enfermeira, desse jeito um pouco, vamos dizer, um jeito meio heterogêneo assim, não um jeito hegemônico, e aí eu fui como Enfermeira de Hospital Dia de Saúde Mental dar aula, eu não fiz licenciatura, e a gente não dorme Enfermeira e acorda Professora, né? Eu fui me formando professora. Sabe que me descobri muito feliz como professora, qualquer coisa que fosse na vida ... Eu, poderia ter sido qualquer coisa na vida, se tivesse terminado como professora, teria sido ... pronto! Eu teria me realizado de toda forma, eu gosto muito.

Eu acho um pouco... Não acho que o Enfermeiro seja professor, mas ele tem muito essa vertente da educação, educação em saúde, tem essa perspectiva que é muito presente na prática, então eu gosto muito dessa perspectiva. Sabe, de ter o dedo, parece uma fala prepotente, mas eu sinto que eu tenho a possibilidade de por o dedo na história como professora, assim formando o trabalhador de saúde, com uma outra possibilidade de crítica, acho muito interessante isso. Como Enfermeira na prática sentia que minha prática tinha importância, porque eu tinha uma prática social, já que trabalhar na saúde é um trabalho social. Sempre trabalhei no serviço público, embora também tenha trabalhado em serviço privado, mas sempre como o segundo emprego para compor a renda. O principal sempre foi o trabalho no setor público.

Quando eu vou dar uma aula, por exemplo, eu coordeno o módulo do primeiro ano, que se chama Necessidades de Saúde dos Grupos Sociais e a Prática de Enfermagem, que é articulado com outro módulo, é outro departamento que coordena e chama-se Enfermagem como Prática Social, que discute mais os processos de trabalho do Enfermeiro, e nosso enfoque maior é na identificação de necessidades. Quando apresento a eles o conceito de necessidades de saúde, discuto que não são iguais, que são heterogêneas, são conformadas a partir da inserção dos grupos sociais nas diferentes características de reprodução social, que quer dizer que as formas de trabalhar dos sujeitos tem como consequência determinadas possibilidades de vida, e é essa relação que caracteriza as diferentes formas de adoecer de sujeitos dos diferentes grupos sociais.

Não tenho dúvida que estou ensinando o cuidado, ao fazer o cuidado não é você entrar nas campanhas de vacinação, que sem dúvida é um potencial de fortalecimento, mas você tem que enxergar lá a heterogeneidade das necessidades. Não é com campanha que se responde as necessidades de saúde. Hoje na aula, quando a professora abordou esta

¹⁰² Acatisia induzida por antipsicóticos é um transtorno do movimento relacionado ao sistema motor, caracterizado por sensação subjetiva de inquietude interna, irritabilidade ou disforia, que podem ser intensas. Associa-se sensação física e objetiva de desassossego e movimentos não discinéticos, incluindo movimentos alternados dos pés, caminhar no mesmo lugar quando na posição ereta, movimentos no sentido ântero-posterior do tronco ou balanço alternado das pernas quando sentado. Nos casos graves, os pacientes levantam-se e abaixam-se como tentativa de aliviar o sofrimento causado pela sensação de desassossego. (LIMA, 2000)

perspectiva política da nossa prática, a prática social, é isso. Sempre faço esta discussão da dimensão conceitual com os estudantes, mas sempre articulada com a dimensão política, de estar na vida das pessoas, a gente está na casa das pessoas, então é muito pouco, é muita pobreza e ingenuidade, irresponsabilidade inclusive, até porque a gente está numa universidade pública, quem paga meu salário, a cadeira que vocês estão sentados, são as pessoas todas, as que moram na favela, que compram sabonete, leite e pagam impostos; portanto, essas pessoas pagam uma parte do nosso salário, que vem de parte do ICMS.

Eu sempre lembro aos estudantes no primeiro dia de aula, da responsabilidade pública que a gente tem, da importância de termos uma prática que incida na dimensão política da vida. Não tenho dúvida que a opção pelo referencial teórico é uma opção política, não é neutra e tem coerência com a visão de mundo do professor, do pesquisador.

No entanto, para fazer sentido, essa discussão teórica se articula, como pode ser utilizada para transformar a prática, senão fica sem sentido. Apresentamos conceitos que ajudem a identificar necessidades de saúde e a planejar projetos com a população, projetos de educação em saúde numa perspectiva emancipatória, não prescritiva.

Quando vou lá para a prática não é muito diferente, a gente vai, eles fazem as consultas de enfermagem, a gente volta e discute, tenta fazer síntese com o referencial teórico... Neste ano estou muito entusiasmada porque a gente organizou um livro, eu e uma colega do departamento, organizamos o livro *Fundamentos de Saúde Coletiva e os Cuidados de Enfermagem*; saiu este ano, nós estamos usando como livro texto no módulo necessidades de saúde, ele está assentado nos capítulos do livro que foi escrito nessa perspectiva teórica da Saúde Coletiva, que a gente acredita e advoga.

Está muito interessante o que os estudantes tem trazido de questionamentos, estamos fazendo uma prática muito assentada nessa discussão teórica, acho que a gente discute a perspectiva do cuidado muito centrado no indivíduo como representante de um grupo social.

Então, aprimorar as condições de saúde daquele sujeito ali, quando você está na prática dentro da unidade básica, a gente tem que aprimorar as condições de saúde do indivíduo, isso não tem discussão porque esse é um instrumento que está desenvolvido há séculos, os da clínica médica, a medicação, o diagnóstico, etc. Então digo aos estudantes que esses a gente tem que utilizar na excelência, estes instrumentos a gente tem que dominar muitíssimo bem, na excelência, e isto não tem questionamento. Mas digo que vamos ali discutir, fazer a síntese, do que a gente não tem ainda domínio, que é esta perspectiva de atender o sujeito, de aprimorar as condições de saúde do sujeito, por referência ao grupo social ao qual ele pertence, pensando que é isso que é o coletivo, não é um conjunto homogêneo de pessoas, mas é o conjunto heterogêneo dos grupos sociais que compõem um determinado território, o da unidade básica, que a gente quer aprimorar as condições de saúde, quem sabe um dia chegar na igualdade, sair da equidade para ir para a igualdade, que é um projeto utópico lá na linha do horizonte, é isso.

Na prática, eles fazem discussões interessantes sobre o atendimento individual com os Enfermeiros da unidade básica, que são muito competentes nesta perspectiva clínica e é claro, que em outras competências também, eles discutem bastante essa perspectiva da clínica com os estudantes, e eu me ocupo mais com essa outra síntese, de fazer a discussão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, de articular a teoria com a prática, de operacionalizar projetos de educação em saúde, numa perspectiva emancipatória, como a gente atinge a dimensão do cuidado coletivo.

Não vejo diferença entre os alunos que cursam enfermagem na atualidade dos que cursaram quando comecei a dar aulas. Não acho que é uma questão de tempo, por um lado o que vejo assim, são diferentes características das diferentes instituições de ensino em que trabalhei. Comecei em uma instituição privada, onde eu te conheci, em que majoritariamente os estudantes trabalhavam, era uma batalha para pagar a universidade, eu que dava aula de Saúde Mental aos sábados de manhã, as pessoas iam lá só para ter aula de Saúde Mental, e eu dizia assim:

O peixe que vendo aqui é muito importante, eu acho que é muito importante e vocês estão pagando meu salário aqui, logo vocês resolvam se vocês querem comprar meu peixe ou não, são vocês que estão me pagando. risos

Mas tinha uma diferença, era difícil da gente exigir, solicitar leituras, porque a gente sabia do esforço que as pessoas estavam fazendo lá, acordadas no sábado de manhã, a gente buscava discutir durante os estágios, que eram em hospital psiquiátrico majoritariamente, a gente buscava fazer as discussões lá, a possibilidade de leitura era muito pequena. As universidades privadas, acho que um pouco menos do que agora, mas já eram uma possibilidade de acenar para o sonho do diploma universitário para quem já era Auxiliar de Enfermagem; não eram todos, mas era uma porcentagem bastante grande.

Sempre me preocupei muito com a qualidade da aula que eu dou. Claro que mudou e melhorou, porque eu fui estudando, fui investindo, mas tanto faz se eu estava lá naquela universidade privada ou aqui; a minha responsabilidade era a mesma, porque a ideia era que eu deveria por o dedo na história da formação do trabalhador de saúde, fui dar aula por conta disso. Mas não imaginava que fosse dar aula em escola pública, minha intenção era ficar dando aula num período e noutro período trabalhando na assistência, era o que eu gostava.

Agora, os estudantes, o que eu noto de diferente, é a possibilidade de investimento. Por exemplo, o que eu vejo, quando encontro com os estudantes de Mogi, isso eu vejo sim a diferença de quando não tinha este mar de escolas privadas, de cursos privados que tem hoje, que tem a finalidade de fornecer diploma em troca de pagamento de mensalidades, esta é a finalidade.

Às vezes o docente que está lá não tem condição nenhuma de fazer diferente, porque tem um peso institucional, e a finalidade da instituição é receber o boleto no final do mês. Então, tem que ter um número grande de alunos, especialmente nos primeiros anos, porque é quanto se ganha porque nos últimos anos tem que pagar mais professores para supervisionar estágios; onde mais se ganha é nos primeiros anos porque o investimento é baixo com os docentes. Depois, se os estudantes desistirem, tudo bem, ótimo, melhor ainda por que os lucros já saíram nos primeiros anos do curso; nos últimos anos a faculdade gasta mais, mas já ganhou bastante. Esta lógica me irrita, tenho vontade de sair gritando, falar isso no Jornal Nacional.

Então noto uma diferença muito grande de Enfermeiros formados em escolas privadas daquela época, com os formados nas de agora. Eu vejo, por exemplo, a inserção dos alunos de Mogi, encontro em outros lugares, enfim mesmo nas unidades básicas de saúde, nos cursos de pós graduação, às vezes encontro Enfermeiros de outros cursos, é muito diferente a postura profissional, a possibilidade de formação técnica; isso sim, noto muita diferença com essa multiplicação exponencial de faculdades de enfermagem privadas, que vendem o sonho do diploma universitário.

Estou aqui na universidade pública há treze anos, e também vim por contingência; trabalhava na prefeitura, fazia doutorado aqui, sempre gostei de fazer concurso para ver o que estava caindo, mesmo sem intenção de trabalhar no local. Prestei concurso em hospital, em Centro de Referência da AIDS, onde eu via que tinha concurso eu ia para ver o que estava caindo, o que tinha que estudar. Aí abriu concurso aqui na escola de enfermagem, aqui no departamento de Saúde Coletiva, eu falei - *jamais em tempo algum que eu vou entrar, nem tenho experiência nessa área.*

Tinha terminado o mestrado e estava bem no começo doutorado quando abriu uma vaga para 30 horas semanais, era meio período e eu trabalhava na prefeitura. Pensei: vou fazer esse negócio para ver como é que é o concurso aqui nesta universidade, mas com a certeza de que não ia entrar, nem da área de Saúde Coletiva eu era originalmente, nunca trabalhei na Saúde Coletiva, mas vim fazer o concurso e passei.

Já estava encantada com o referencial teórico que tinha estudado um pouco no mestrado, então estudei muito para fazer o concurso, pensei: mesmo que não seja classificada eu não vou passar vergonha, preciso fazer uma prova boa, afinal tinha feito o mestrado neste departamento. Então estudei muito, me apaixonei loucamente pelo referencial teórico.

Quando soube do resultado pensei: *nessa fogueira de vaidades que deve ser a universidade pública, não vou caber nesse negócio, não vou me enquadrar nunca, mas como é meio período vou experimentar, fico trabalhando na prefeitura meio período e experimento aqui meio período. Não tenho compromisso nenhum ainda, se quiser embora eu vou, eu tenho emprego* (estava em Mogi ainda quando prestei, depois foi que saí de lá), *se eu não quiser ficar aqui.*

E daí vim, comecei a estudar, comecei a gostar, a me envolver, daí depois de dois anos passei para o regime de dedicação exclusiva, experimentei os dois anos e, aí passei para dedicação exclusiva, depois eu terminei o doutorado e fiz um concurso para período integral.

Quanto aos estudantes daqui, o que eu noto por exemplo é que eles têm mais possibilidade de leitura, por um lado, mas de outro nem tanto, por terem um monte de outras disciplinas, o curso é em período integral, eles ficam em aula o dia inteiro, à noite eles estão mortos. Por outro lado, a carga horária da disciplina é diferente, não é uma aula por semana igual era lá em Mogi, embora ela atravessasse o ano inteiro. Aqui você tem um bloco mais condensado, mais concentrado de um semestre inteiro aqui também uma vez por semana, mas é o dia inteiro, agora, por exemplo, este módulo que estou é quinta-feira o dia inteiro e pelo semestre todo, é uma carga horária grande, são 400 e tantas horas, é um outro investimento. Então coloco a leitura durante o período da aula, eles leem com estudo dirigido, com roteiro, discuto, alguns têm um pouco mais de facilidade para interpretação de texto, porque estudaram em escolas de ensino médio com boa formação e, alguns não tem muita facilidade de interpretação de texto.

Agora, o que eu noto de diferente é o veículo, é o instrumento que você utiliza, em 2000 os estudantes daqui já tinham esta conexão com a Internet, mas é muito diferente de agora, você está falando e eles estão com o laptop no colo, então você fala alguma coisa: *tem não sei quem que já falou sobre isso.*

Questionam o que você está falando, porque eles conseguem ali na hora consultar, ou não, estão lá no facebook também, mas tem uma conexão que é muito diferente de 2000 ou da década de 1990, quando eu entrei na universidade. Tem essa diferença, você fazer aula expositiva com Power Point lá na frente, ficar falando, não tem o menor sentido. No início dos anos 2000, era o máximo você fazer Power Point com movimento, porque era transparência na época que eu comecei a dar aula; era retroprojetor, transparência, então você usar Power Point era o máximo da inovação, e hoje em dia não.

É uma geração que tem essa conexão, eles estão falando com você e, estão mandando mensagem, então não dá, por exemplo, para pedir para pararem de olhar para o celular. Eu peço, mas não dá, e eles conseguem participar, às vezes mesmo lá com celular e o laptop no colo. Agora, o que muda de ano para ano, isto eu noto, tem turmas mais envolvidas com o módulo que eu dou, que é muito encostado nas ciências humanas, nas ciências sociais, usamos os conceitos de território, de classes sociais, de reprodução social, para daí articular com processos saúde doença. O primeiro ano vem assim:

Quando é que vai começar a enfermagem, quando é que vai começar a entrar em hospital?

De grupo para grupo, de ano para ano, tem os que se encantam quando a gente vai fazendo esta discussão, eles vão descobrindo, a gente vai fazer visitas nos territórios que são áreas de abrangência de unidades básicas de saúde, logo na segunda semana de aula, no primeiro semestre do curso. Eles vão com um roteiro para olhar a dinâmica do território, quais são os setores da economia que predominam ali, onde é que as pessoas trabalham, qual é a porcentagem dos que não trabalham, moram longe, moram perto do local de trabalho, onde estão as casas, por referência ao centro do bairro, que características tem as casas, em que partes do bairro tem coleta de lixo, em quais não tem esse serviço. Enfim, tem um roteiro para olhar a estrutura e a dinâmica do território, eles entrevistam trabalhadores de instituições sociais do bairro, então eles se encantam, gostam, alguns a gente já captura, seduz a partir daí para esta discussão mais encostada nas ciências humanas. Tem grupos que são mais afeitos a esta discussão e, tem grupos que não, é isso que eu noto de ano a ano.

Este ano, por exemplo, tem sido um presente, esta turma foi um presente para mim, tem esta história do livro, acho que está ajudando muito, mas esse grupo é muito especial, a gente estava lá conversando, há duas semanas atrás, falando de determinação social dos processos saúde-doença, discutindo a questão da violência associada ao tráfico de drogas, que tem sido considerado como trabalho, os meninos que se inserem como trabalho no tráfico e morrem cedo, é um desgaste, mas não dá para julgar só pela questão do certo e errado, aí comecei a fazer uma discussão de determinação social e, aí uma menina lá no fundo, que estava lá com celular:

O professora está pesando esse negócio aí, está pesando!

O que está pesando? perguntei

Esta relação muito direta entre pobreza e violência, pobreza com a marginalidade!

Me deu vontade de dar um beijo, que lindo! É isto mesmo, eu disse, está prestando atenção. Eu não tinha terminado a discussão; enfim, fiz lá a continuação da discussão, com este reparo. É uma graça este tipo de crítica, é muito legal. Enfim, este ano o grupo está ... Claro que são 80, não são todos, mas tem um número grande de estudantes interessados nesta discussão, e atentos. O que eu noto de diferença é isso, de ano para ano, é ou mais interesse, ou menos interesse. Eu acho que a enfermagem formata, então é uma pena, às vezes o primeiro ano estão assim, quando você encontra de novo com eles lá no terceiro ano, já estão enquadrados, por conta do currículo.

Estou numa grande expectativa com este currículo novo que está aí, a gente forma a primeira turma neste ano, com o currículo novo. Eu tenho ido atrás de colegas que estão dando aulas para estudantes do quarto ano e, tenho perguntado: Como é que está aí pessoal? Como é que está o pessoal do currículo novo?

Mas, geralmente quando a gente pega lá no terceiro ano, eles já estão 3x4, porque é a questão da Sistematização da Assistência, é o hospital, é o enfoque na clínica. É isso que eu noto, de ano a ano, é mais essa perspectiva da conexão com o mundo, porque os jovens tem muito estímulo; quando eu encontro com eles no primeiro ano eles tem mesmo a carinha de quem acabou de sair do colégio, muito encantados com as questões, ainda muito na fase mais precoce da juventude. Mas não noto muita diferença de um ano para outro, a não ser os valores sociais que vão mudando, eles vão captando os valores sociais, de prazer imediato, a questão do consumo, e isso muda nesses anos, mas muda acompanhando os valores sociais predominantes, nada de diferente do que a gente vê da porta para fora, que eu vejo na minha filha... É essa a questão.

Uma história de Atenção

A entrevista foi realizada no dia 14/05/2013, terça-feira, às 16hs30, na casa da colaboradora. Ametista tem 24 anos, é solteira, mora com seus pais; aceitou participar da pesquisa prontamente, foi uma narrativa muito envolvente, que evidenciou os caminhos trilhados na formação e, algumas dificuldades do cotidiano do trabalho da Enfermeira, dentro da equipe multiprofissional e, sua constante preocupação em prestar uma assistência de enfermagem com qualidade.

Eu acho que o nosso cuidado na enfermagem é mais direto, porque sempre tem a gente 24 horas que fica realmente aqui. Que fica mais, você está mais junto, a parte que você está lá, você vai verificar sinais vitais, vai administrar uma medicação. Você fica muito mais tempo com os pacientes do que todos os outros profissionais e, acaba criando um vínculo com o paciente, que ele acaba falando mais com você, até uma professora minha brincava assim:

A enfermeira é que tudo vê, mas não resolve tudo. Mas é ela que tudo vê e, vai passando, se precisa de um psicólogo, fisioterapeuta, vai chamando as outras profissões.

Tem esse cuidado mais direto mesmo, você está mais em contato com o paciente, você escuta mais, fica mais um certo tempo lá, conhece todo mundo, porque você está em uma unidade, você está com todo mundo ali, é tudo responsabilidade sua. Se vier e perguntar para você:

O paciente tal está com isso?

Aí eu paro para pensar – tal é não sei quem. Você é quem vai englobar todos aqueles pacientes. O cuidado de enfermagem é mais direto, é um cuidado que você está lá junto com o paciente, o tempo todo, está escutando as queixas, todos os anseios e, tudo o mais...

Sobre as dimensões do cuidar, acho que tem alguns que privilegiam uma parte e, diferenciam outra e, vice-versa, relacionada à assistência e o gerenciamento. Vejo que tem Enfermeiros que gostam mais de atuar direto, outros já não. Já vi alguns que só vai e examina o paciente para fazer a evolução dele, acabou, fez a evolução só vai lá se realmente acontecer alguma coisa. Não tem aquela paciência de conversar, de ver se o paciente tem alguma questão psicológica envolvida, eu acho que pode ser pessoal, mas pode ser às vezes da instituição, porque têm algumas instituições que cobram muito certas coisas gerenciais, os indicadores, a organização da unidade, se o expurgo está limpo e, tudo cai nas suas costas, vem às vezes um supervisor, vem um diretor, que às vezes vê e, aí fala:

Está faltando verificar a temperatura da geladeira do dia tal de manhã...

E aí vai tudo para a Enfermeira, acho que tem alguns que ficam muito ligados nesta parte, mas por conta de cobranças da instituição que é maior, mas também tem o pessoal, tem gente que não gosta de assistência isto é fato. Até voltei hoje com uma colega e, ela falou:

Eu quero sair da assistência, não aguento mais e, não quero.

Ela quer ir para a Classificação de Risco do PS¹⁰³ de qualquer jeito, ela quer sair do PS. Tem tanto a parte pessoal, quanto da instituição, eu mesmo fico me cobrando um pouco, até queria participar mais, às vezes de fazer um curativo e entrar, mas você se vê mesmo com falta de tempo, porque você tem tantas coisas para fazer, é um cobrando de um lado e, outro cobrando do outro.

No meu caso lá, que é uma instituição de ensino que ficam doze residentes¹⁰⁴ (doze R1¹⁰⁵ na enfermaria), então, você imagina às vezes, sem brincadeira fica uma fila atrás de você de cinco para perguntar as coisas, porque lá eles rodam a cada dois meses, então quando chegam, eles não sabem nada, não sabe como faz exames, como fazer pedido de encaminhamento, lá tem essa rotina que é um pouco difícil. Às vezes não dá para você entrar muito diretamente no cuidado, mas o mínimo que eu faço é passar visitas em todos, conversar com todos, dar uma olhadinha em todos os pacientes, realmente você vai examinar mesmo, melhor os que são da sua evolução e, infelizmente, apagando o fogo que

¹⁰³ A Portaria 2048 do MS propôs a implantação nas unidades de atendimento de urgências, o acolhimento e a triagem classificatória de risco. Este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos usuários colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com a Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional, visando a reestruturação de práticas assistenciais, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde x doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações desnecessárias. (BRASIL, 2002)

¹⁰⁴ A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos, sendo considerada o padrão de ouro da especialidade médica. (BRASIL, 2013)

¹⁰⁵ Médico no primeiro ano de residência.

surge durante o plantão, te chamam de um lado, te chamam do outro e, você vai fazendo isso.

Mas eu acho que você tem que ter as duas pernas, assim para fazer tanto a parte gerencial que é importante também, não tem jeito. Acho que algumas coisas até exageram, fogem da nossa alcada, de cobrar certas coisas, eu já escutei lá:

O que você acha desse quadro, esse quadro está feio, vamos tirar esse quadro, aí você tira você. (referência a um quadro artístico, não clínico)

Estava fazendo um negócio e te chamam para falar isso! Aí eu falo:

Este quadro é feio mesmo, deixa aí, para mim não importa este quadro aí.

Algumas coisas também exageram, mas acaba recaindo, parece que você tem que deixar tudo organizado, lindo, funcionando, que tudo é responsabilidade sua, me parece assim em algumas situações.

Apesar disto, consigo espaço para exercer a minha autonomia no cuidar, a gente vê direto, vê aquele cuidado, vê o que precisa para aquele paciente e, planeja algumas coisas, você tem que ter uma hora, que você tem que parar, eu falo assim, às vezes de você deve sair andando e, se te chamar:

Não posso agora, espera um pouquinho, eu preciso entrar no quarto desse paciente.

Vou, entro e avalio, quando eu volto às vezes ele não está mais lá, porque ele foi procurar outro Enfermeiro, mas se ele está lá, então eu pergunto:

O que você queria mesmo?

Sou super tranquila para isso, mas como a gente se conhecia desde antes, então eu chego e pergunto.

É que vou falar mais da experiência pessoal de onde eu trabalho, lá a gente tem uma autonomia bacana, importante em relação à decisão de cuidados, a gente avalia o paciente, lá tem umas rotinas diferenciadas, que eu acho que entra na autonomia do Enfermeiro, que está acompanhando, evoluindo aquele paciente, vendo a necessidade dele, por exemplo, a rotina lá de sinais vitais:

Pela manhã é realizado de todos os pacientes (PA - pressão arterial, pulso - batimentos cardíacos, respiração e temperatura), tarde e noite só faz o que o Enfermeiro prescrever. Então eu vou olhar - os pacientes hipertensos tomam três anti-hipertensivos - vamos fazer PA e pulso tarde e noite; está há cinco dias sem febre, não tem porque a gente ver temperatura tarde e noite; eu acho que isso já uma autonomia do cuidado, a gente está vendo aquela necessidade, a gente conhece o paciente, sabe como ele se comporta, então tem algumas situações, se mudar, a gente vê que fez uma febre, fez uma hipotensão, então vamos ficar mais atentos.

Isto já entra uma parte da autonomia do cuidado do Enfermeiro lá no hospital, mas eu acho que isto é particular de onde eu trabalho, tenho certeza que em outras instituições não é assim, às vezes tem alguns Médicos que questionam, que queriam que aferissem a PA e pulso duas vezes por dia, três vezes por dia, às vezes a gente até comenta:

Nossa, mais precisa!?

Mas, geralmente é assim, o residente comenta - é porque o assistente quer (que são os mais velhos, porque tem um grupo de residentes e, passa um assistente com cada grupo, os residentes são divididos em quatro grupos da manhã e , um grupo da tarde e, cada grupo tem dois assistentes, que é o que passa visita com eles, falas as pendências e vai embora, depois é eles que ficam). Como a gente conhece eles pessoalmente (assistentes), Médicos mais velhos, a gente já sabe como é cada um, a gente acaba perdendo um pouco às vezes, o assistente quer, ele vai dar *piti* com você, vai dar *piti* comigo. A gente acaba fazendo alguma coisa, que não tem necessidade.

Mas, são raras estas situações, a gente tem esta autonomia, tem também a autonomia de pedir curativo, a Enfermeira que prescreve o curativo, a gente avalia e prescreve, pede a opinião da colega, não tenho muita experiência em curativo, eu sempre chamo alguma mais experiente para olhar comigo quando tenho dúvida. Às vezes tem que chegar e falar, por exemplo, o paciente tem algum sinal clínico, você não acha que vale a pena, a gente brinca que a gente até prescreve no Hospital Universitário (HU):

O que você acha de fazer alguma medicação x ?

Ai eles olham lá, a gente tem bastante autonomia, dá para conversar com eles assim, bem bacana, acho que lá a gente tem uma autonomia interessante, acho que é mais por conta do local que estou inserida, eu sei com certeza. Já fiquei internada em hospital particular o ano passado, eles iam lá não tinha nada respiratório e, faziam PA, pulso, temperatura, frequência respiratória e, saturação oxigênio manhã, tarde e noite e, às seis da manhã, às oito, às quatorze, às vinte e, às 6 da manhã, ver todos os sinais vitais de novo (mas verificavam às cinco, porque às seis o pessoal da noite acabava adiantando).

Aí eu pedi para ver a prescrição e, ela mostrou a prescrição (sabe que é Enfermeira o pessoal fica atento), eu bati o olho lá na prescrição médica, tinha a prescrição médica, embaixo os cuidados de enfermagem na prescrição médica, com carimbo do Médico, não era prescrição de enfermagem! Por exemplo, eu estava fazendo um tratamento e, realizar glicemia capilar antes, eu bati o olho e, nem falei nada e, devolvi, ah está bom, já vi e, não estava tão a fim de ver a prescrição.

Então eu sei que esta parte da autonomia também está mais inserida onde eu estou, eu tive esta formação, nem foi dos docentes, é das Enfermeiras que eu trabalhei, que eu fiquei no HU mesmo, porque no quarto ano eu fiquei cinco meses lá, se a professora apareceu três vezes neste cinco meses foi muito, quem fica na supervisão mais direta dos alunos no quarto ano (para trás não, no primeiro, segundo e terceiro não), são as Enfermeiras do setor.

As Enfermeiras do setor, que eu me lembro da graduação, eram super abertas para perguntar, de mostrar como é a rotina da unidade, ensinar mesmo o que é que a Enfermeira faz, como é uma evolução, uma prescrição, o que deve ser feito, lá a gente tem o sistema que a gente faz a evolução no sistema, de ensinar como manuseia este sistema, eu acho elas muitas abertas, não sei se são todos os setores do HU também, onde eu fiquei são muito receptivas de ensinar, de mostrar o que deve, eu fiz noturno também quando estava no quarto ano, dela explicar como é a rotina da noite que é bem diferente.

Agora que estou do outro lado, tento fazer a mesma coisa do que eu aprendi com elas, porque todas que estão lá são as mesmas, não mudou nenhuma, só tem eu de intrusa no meio, são exatamente as mesmas Enfermeiras, as cinco Enfermeiras da manhã, agora sou a quarta da tarde (são cinco de manhã e, quatro à tarde). A unidade tem quarenta e um leitos, que são separados em: cuidados intermediários; alta dependência (quatorze leitos), lá a gente usa a Classificação de Fugulin¹⁰⁶ para internação dos pacientes, como são as mesmas, não tem uma que eu não conhecia, todas as que eu trabalho atualmente, até brinco com uma delas, que até uma Técnica veio falar para mim:

Nossa Ametista, você é muito parecida com a AC, vocês trabalham muito parecido.

Aí eu brinquei com ela, porque eu fiquei quatro meses com a AC no quarto ano (só que ela trabalhava à tarde na época, ela não tinha tanto contato) e, essa Enfermeira era da manhã e, agora é da tarde e está comigo também. Realmente, o que eu posso dizer, que o que eu sei, mas desta parte aqui, eu tenho muito que agradecer a duas Enfermeiras específicas, que é a AC e, mais outra, não adianta, você acaba tendo o espelho da sua formação.

A avaliação do estágio era junto com as Enfermeiras do setor, este estágio que foi em administração (foi no primeiro semestre, nos meses de abril e maio), a docente veio um pouquinho mais, que era até a FF, ela mesma que acompanhava o estágio e, eu até brinquei esta semana com os estagiários que estavam comigo, não sei do que elas estavam falando:

A FF perguntou de você hoje de manhã.

Ah tá, estou trabalhando à tarde, a FF é doidinha, ela é super espalhafatosa, aí ela falou:

FF?

¹⁰⁶ A classificação de pacientes de Fugulin et al., é um instrumento utilizado para conhecer o perfil dos pacientes em relação à complexidade assistencial, foi desenvolvido e implantado em 1991 na Unidade de Clínica Médica do HU-USP e referendado pela Resolução COFEN nº 189/96(7). (FUGULIN et al., 2005, p. 74)

Você está brincando comigo, que você não sabe que aquela F é a FF, a menina ainda fez um gesto de espanto e brinquei com ela:

Menos cinco pontos para você no estágio.

Aí ela falou:

Nossa que mancada.

Até a professora F uma vez em uma conversa no estágio, falou :

Eu estava lá e, um aluno de doutorado pediu para fazer uma entrevista comigo, ela ia fazer uma pesquisa sobre o assunto e, ela ficou:

Não, porque segundo F, não sei o que, não sei o que ...

Não sabia que era ela, ela esperou a menina falar meia hora para falar:

Prazer, eu sou a FF.

Muito engraçado esta parte, ela vinha um pouquinho mais, quando fazia a avaliação, elas entregavam para a Enfermeira um esboço da avaliação para ver o que seria abordado e, sentavam junto, você, a docente e, as Enfermeiras que ficaram mais em contato com você. No segundo semestre que era o estágio curricular (eram de três meses), também fiz lá, porque eu gostava muito, vou fazer na mesma unidade, eu até pensei em mudar e fazer na UTI, mas teve uma briga fenomenal aí eu falei:

Não vou entrar em briga. Vou fazer aonde eu gosto mesmo, é o setor que eu gosto, mesmo eu já tendo passado duas vezes lá, se eu passar a terceira vez vai ter um crescimento bacana.

Então, acabei indo para o mesmo local que eu fiz administração, a docente que acompanhava este estágio curricular, era a minha orientadora de iniciação científica e, de monografia, ela apareceu no último dia, só o da avaliação.

Como eu ia às reuniões com ela da monografia, do grupo pesquisa:

Ametista conversa lá com a F (chefe do setor), que dia que é melhor para eu ir lá, para a gente ver se a minha agenda bate com a dela.

Ela apareceu no último dia, sentou eu, ela e a chefe do setor, que sempre participa, apesar dela não estar diretamente ligada à sua supervisão, ela é muito atuante, lembro-me de todas as avaliações ela estar presente, não era só as Enfermeiras assistenciais, ela ia também, mas as assistenciais que ficaram diretamente ligadas a mim no estágio. A gente fazia uma conversa, elas começavam falando:

Não porque ela foi assim, ela se comportou desta maneira, está bom e acabou.

Era mais ou menos isto a avaliação, era mais uma conversa mesmo, informal, para ver a opinião delas de como você se comportou no estágio, as atividades que você fez, expressar como eu me senti, como que aconteceu e , acabou. A partir do quarto ano, quem está mais atuante são as Enfermeiras do setor mesmo, não são as docentes, porque elas mesmo falam:

Elas que estão lá, sabem muito mais para passar para vocês agora do que a gente, porque eu estou fora da assistência, estou fora de hospital, há dez, quinze anos, com certeza elas têm muito mais a passar para vocês neste momento do que a gente.

Isto eu ouvi de docente, acho elas devem confiar no trabalho das Enfermeiras do HU e, acabam passando a responsabilidade para elas, percebi que a responsabilidade lá é da Enfermeira do setor, de te acompanhar, de ver, de ensinar várias coisas e, elas só chegam lá:

E aí foi tudo bem?

Acabou, elas não estão muito ligadas nesta parte de acompanhar o aluno em estágio.

Senti a parte de hierarquia no quarto ano, do quarto ano para traz não me recordo, porque os estágios antes do quarto ano eram muito assistencial mesmo, na Saúde do Adulto, você ia, assumia o paciente, tirava medicação, via sinais vitais, administrava as medicações, dava o banho, fazia o exame físico, anotava e, tchau.

Neste momento não tinha a hierarquia presente, a autonomia não tinha, creio que a hierarquia e a autonomia entra no quarto ano da faculdade, você tem um ano para pegar, porque eu acho que antes você não lida com este fato.Tive os dois lados no mesmo local,

falei com as mesmas pessoas (Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem, chefe, Fisioterapeuta), é todo mundo o mesmo, lembro até quando cheguei:

Oi Ametista, você ficou um ano fora e, aí, repetiu a faculdade?

Me formei e, agora estou voltando, realmente teve os dois lados, com as mesmas pessoas, só papéis diferentes, um papel bem diferente do outro.

Agora que recebo estagiários, percebi que entra muito o lado pessoal, eu tive uma certa dificuldade no começo , como era formada há pouco tempo, já conhecia as pessoas, então chegava o pessoal - hum esse aí está fazendo estágio aqui. Aí eu falava:

Não Ametista, esquece o que ele era na faculdade, esquece o que ela fazia na atlética, esquece o que ela fazia no centro acadêmico, aqui é outra história.

Até conversei com outra Enfermeira que trabalhou comigo e, entrou também com um ano de formada , ela falou:

Nossa Ametista, eu também era assim quando entrei, difícil porque a gente conhece a pessoa, você sabe o que ela faz, é meio difícil no começo.

Este menino chato, o que está fazendo aqui. Aí eu falava:

Para, não pode, tem que dar.

Mas no começo foi um pouquinho difícil, mas agora com três anos de formada, eu já não conheço tanto, mas tem alguns ainda que conheço, que você lida, que você viu na faculdade, você acaba conhecendo. De lidar, eu tentava passar a mesma coisa que elas me passaram, por exemplo, o primeiro momento fazer junto, vamos passar a visita juntos para te mostrar o que tem que fazer , vamos demonstrar é assim, depois, agora você acha que você consegue fazer sozinho?

Eu consigo.

Então tá, faz sozinho, qualquer coisa vem conversar comigo. Eu tento fazer como faziam comigo, porque eu acho que foi uma fórmula que deu certo, penso assim:

Se comigo funcionou, eu creio que com outras pessoas pode funcionar também.

Tento fazer o mesmo papel delas, percebo que elas fazem a mesma coisa. Agora entrou residente de enfermagem lá no HU, então são pessoas a mais para você supervisionar, para você ensinar, agora de manhã estava com cinco residentes de enfermagem, duas alunas de administração e, mais sete alunos de saúde do adulto e do idoso. Saúde do adulto e do idoso, está bem, porque tem as supervisoras diretas deles, a gente não entra muito, na verdade a gente só tira dúvidas mesmo, porque quem acompanha este segundo e terceiro ano (que é de acompanhar diretamente o paciente, de assumir o cuidado), são as supervisoras deles, que no caso não são as docentes também (lá na USP abre o concurso público para Enfermeiro Especialista em Laboratório), quem acompanha os estágios direto são elas e, geralmente os alunos PAE(Programa de Aperfeiçoamento de Ensino)¹⁰⁷, sempre tem aluno PAE, também eu ouvi as meninas falando:

Tem alguns alunos PAE que vai, mas por exemplo, não conhece a rotina e, às vezes se formou e entrou direto no mestrado, não tem nenhuma experiência de um ambiente hospitalar, de ter trabalhado, muita gente se forma e emenda direto no mestrado.

Ás vezes é meio difícil também, aí elas costumam ir antes, passam uns três dias com a gente sem os alunos, acompanhando a gente também, como se fossem alunas, para depois entrar com os alunos, elas vão tirando as dúvidas com a gente. O docente também vai, como estou trabalhando na parte da tarde eu não estou acompanhando muito direto, porque é mais pela manhã, mas semana passada eu fui pela manhã porque tinha um curso que acabou às dez horas, como tinha um trabalho para apresentar no HU, fiquei na salinha dos Enfermeiros, eu vou aproveitar esse tempo, vou entrar às treze horas para trabalhar, ainda brinquei sou invisível, e um residente entrou, eu falei :

Não estou aqui hoje, não estou aqui.

Entrei e fechei a porta, aí a docente que estava lá acompanhando, ela entrava toda hora:

¹⁰⁷ Programa para os alunos da pós-graduação (mestrado e doutorado), que consiste no desenvolvimento de estágio de docência das disciplinas da graduação (somente para as que possuem o bloco prático), para acompanhar , supervisionar os estágios dos alunos da graduação.

Ametista como faz anotação? Esta anotação está correta que o aluno fez ?

Ai eu olhava:

Não professora, está correta.

Mas elas não vão todo dia. Falar para você que docente da USP acompanha estágio, não acompanha não, mais hospitalar. Em UBS no caso da C e da K elas são um pouco mais presentes, não digo que elas vão todos os dias, Saúde Mental que a gente faz estágio em CAPS, que a USP tem um âmbito psicossocial que são contra hospitais psiquiátricos, a gente não faz estágio no IPQ (Instituto de Psiquiatria), a gente só faz uma visita e vai embora, a gente passa uma manhã lá, todo o discurso deles de Saúde Mental é em relação ao CAPS, é o foco deles, todo estágio tem as especialistas, tem alguns docentes que vão mais, alguns que vão menos e, alguns vão bem menos. Realmente eles são muito presentes na teoria, a parte prática é pouco, principalmente na parte hospitalar, em UBS e CAPS acho que é um pouquinho mais presente, mais hospitalar é pouco.

Eu acho que quando a pessoa entra na faculdade todo mundo tem aquele cuidado hospitalar enraizado, trabalhar em um hospital, eu mesma não conhecia esta parte gerencial, não sabia como que funcionava, a parte de UBS também, não tinha noção do que uma Enfermeira na UBS fazia, no CAPS, até de CCIH, por exemplo, que eu acho super gerencial, não é assistencial porque não está direto, mas tem todo o cuidado envolvido, para uma assistência de boa qualidade. Todo mundo entra com aquele pensamento:

É o hospital.

Os próprios familiares falam, acho que eles vislumbram muito, vê o hospital, mas não conhece essa parte de posto de saúde, de outras atividades.

A pessoa entra na enfermagem com este perfil de querer mesmo trabalhar em um hospital e, à medida do decorrer do curso quando vai aprendendo por exemplo, a disciplina de Saúde Coletiva, uma disciplina de Gerenciamento, ou ver quais são as oportunidades de um mestrado, de um doutorado, a pessoa vai mudando de opinião no decorrer da graduação. Uma pessoa que não tem alguém na área, que conheça uma pessoa muito direta da sua família que é Enfermeira, que sabe todo o gerenciamento, que tem indicador, a organização da unidade, na UBS todos aqueles indicadores que eu não sei muito bem, eu não gosto muito da parte de Saúde Coletiva, não tenho muito contato, tudo aquilo que eles tem que fazer, o pessoal da UBS ficavam doidos para fechar aquele SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação)¹⁰⁸, aquelas coisas, eu acho que quem não tem alguém diretamente envolvido, que conhece um Enfermeira na tua família mesmo, nem amigo, eu não acho que saiba dessas coisas, que a gente faz de diferencial.

Eu acho que alguns Enfermeiros não querem exercer o cuidado diretamente, porque falam:

Eu não sou Técnico de Enfermagem, eu não vou dar banho no paciente, porque quem dá o banho é o Técnico.

Isto a gente encontra bastante, tem mesmo, mesmo que eu quisesse não teria como dar banho em todos os pacientes, não tem como, entendeu? Às vezes eles pensam isso, eu não acho que está errado, pois são profissões distintas, diferentes, cada uma tem a sua função e, realmente o Enfermeiro tem que saber dar um banho no leito, tem que saber administrar as medicações, tem que saber puncionar uma veia, apesar da Técnica saber muito mais que você, isto é inegável, eu brinco assim que puncionar veia não é uma das minhas maiores habilidades como Enfermeira, mas acho que tem que saber, porque lá por

¹⁰⁸ O SINAN foi implantado em 1993, esse sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado aos Estados e municípios incluírem outras doenças e/ou agravos de saúde importantes epidemiologicamente em sua região. Sua utilização permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento de saúde na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de indicar quais os riscos que as pessoas estão mais propensas ao agravo, contribuindo, dessa forma, para a identificação da realidade epidemiológica local. (SANINO, 2013, p. 121)

exemplo, a gente tem uma parte muito legal, eu creio que não tenha em todos os hospitais, já me falaram que isto é realidade de HU, no treinamento com a família de paciente acamado, que faz uso de sonda nasoenteral, a gente treina a família e, se o Médico chegar e, falar:

Esse paciente está de alta.

Eu vou falar:

Não vai embora.

Paciente acamado, que faz uso de sonda nasoenteral, eu não consigo dar todas as informações para esta família, de como dar um banho no leito, como cuidar da sonda nasoenteral e, preparar a dieta enteral em três horas. Não vai, vai amanhã. Então, a gente já explica quando todos eles entram:

Olha se o paciente é acamado, faz uso de sonda, está programando alta, vai tomar dez dias de antibiótico, entre o sexto e sétimo dia, chega assim e fala:

É só esperar o décimo dia de antibiótico para dar alta.

A gente já chama a família, se a família não aparecer convoca pelo serviço social, liga para o serviço social:

Preciso que você convoque a família para estar aqui hoje às três da tarde.

O serviço social liga, se não achar ninguém eles vão atrás até alguém aparecer lá para falar com você (a gente tem esta parte lá). Mas só que se eu não sei dar um banho no leito, não sei manusear uma sonda, como é que eu vou treinar a família? Não faço isso todo dia, mas eu tenho que saber fazer nessas situações. Então tem esta parte, creio que muita gente que se forma vai vendo e, não quer esse cuidado direto, mas porque são profissões diferentes, são funções diferentes.

Esta autonomia de alta é legal, já me falaram:

Você vive num mundo de uma bolha, é só o HU que tem isso.

Mas lá a gente tem, eu mesma já em um final de semana, o paciente estava de alta , conversei com a família e, com outra Enfermeira, falei:

O que você acha? Não dá para ele ir hoje.

Tudo bem que a Médica na segunda-feira deu um showzinho , mas eu pensei, cheguei e deitei minha cabeça no meu travesseiro e, fiquei bem. Porque eu achava que realmente não dava para ele ir, a família tinha que resolver toda uma parte social antes para esse paciente poder ir embora e, ele não foi. Mas, o que passou no outro dia a gente conversa e está tudo bem, é momentâneo. A gente fala:

Que não vai embora, não vou conseguir treinar tudo. Como a família vai ver uma nasoenteral ? É difícil.

Eu falo para o pessoal:

Nem eu sendo Enfermeira, se a minha irmã fosse Enfermeira também, eu ficaria assustada de levar uma paciente nessas condições para casa, mesmo eu que sei cuidar. Imagina para essa família?

E aí eles falam:

É verdade, coitados, realmente.

Mas aí a gente tem essa autonomia de falar, quando é paciente assim, a gente já tem um estarte, a gente chegue e fala:

Está programando a alta?

A gente tenta para não acontecer isso, porque precisa da vaga, do leito, não posso ficar bloqueando leito, a gente vai conversando assim, bate o olho e já está no dia sete de tazocin (antibiótico), não está fazendo febre, está bem, creio que esse paciente já está em vias de ir. A gente chega e pede para lembrar de avisar. Nós também vamos muito atrás, para não acontecer esse tipo de situação, às vezes a gente dá uns passos na frente da outra equipe, para poder depois ficar tudo certinho, a pró atividade do Enfermeiro, como te falei:

A gente vê tudo, não resolve tudo, mas vê tudo e chama quem tem que resolver, se outro profissional vai resolver foge da nossa alçada, mas a gente fica em cima.

Acho que o Enfermeiro pensa nas questões políticas que envolvem todas as decisões da área da saúde, ele pensa o porquê mas, não tem a respostas, eu por exemplo

não tenho, não sei te dizer, eu tive a experiência do HU e do hospital São Paulo que é da UNIFESP, também é uma universidade pública, renomada em São Paulo (em São Paulo é a USP e a UNIFESP que bomba, que você vê mais em pesquisa, mais na televisão), vivenciei realidades tão discrepantes entre um e outro, me incomodou muito quando fui para o hospital São Paulo, de ver a falta de material, a falta de recursos, é gritante a diferença.

Acho que o Enfermeiro não consegue enxergar essa realidade, ele vê aquilo que está na frente dele, se ele chegar para trabalhar e não ter luva e, não ter gases, aí ele fala:

Putz, o que será que precisa fazer?

Na verdade ele liga para a farmácia, para o almoxarifado, agora vê o porquê que uma política que não está distribuindo de forma adequada os recursos, os materiais, acho que não. São pouquíssimas as pessoas que são engajadas com isso, eu particularmente não sou. Mas, às vezes eu penso o porquê, não sei se entra a parte de um ser estadual e outro federal, um ser administrado diretamente pela USP, o outro eu não sei se o hospital São Paulo é direto da UNIFESP, se o recurso federal é diferente do recurso estadual, eu só pensei isso quando eu entrei, agora te dizer porque tem essa discrepância, eu não sei.

Não me recordo dessas questões terem sido discutidas comigo na minha graduação, pode até ter sido nas aulas de Saúde Coletiva, com as professoras da disciplina, mas falar o porquê de um lugar ser diferente do outro, não me recordo, acho que não teve, se foi em alguma aula, devo ter dormido, eu não lembro.

Compromisso profissional na enfermagem, entra desde o começo, pontualidade, assiduidade, você não faltar, de pensar que você tem um compromisso, porque se você faltar numa empresa eu acho que vai ficar um relatório para fazer, uma planilha para fazer, mais um Enfermeiro a menos, um Técnico de Enfermagem a menos, mexe com toda a estrutura do cuidar e, os pacientes não têm culpa, isto é um compromisso importante. Não é todo mundo que tem, quando eu trabalhava à noite (fiquei dois meses), para o plantão das sete da manhã me ligavam às seis horas:

Eu não vou porque estou com diarreia. Eu não vou porque estou com crise de asma.

Sabe que já tem toda aquela escala preparada do cuidado, aí você tem que sobrestrar o seu colega, no caso dos Técnicos de Enfermagem, aí você vai pegar mais um, você estava com cinco pacientes, mais um para você, mais dois para você...

O compromisso com a questão de falta na enfermagem é muito importante, porque ali tem pessoas que dependem de você, tem o cuidado, prejudica o seu colega que foi trabalhar. Então, acho que o primeiro ponto é aí, da pessoa pensar que às vezes tudo bem que é um problema de saúde mais sério, mas acho que você tem que ver e, realmente tentar avisar um pouquinho antes que não vai conseguir ir, para a gente tentar acertar a escala, pois isto é muito difícil, a relação de você estar contando com determinada pessoa que precisa naquele momento e, a pessoa liga uma hora antes falando que não vai mais, você não consegue ligar uma hora antes para ninguém na sua casa, falando:

Preciso que você venha trabalhar.

Na enfermagem este compromisso é muito importante, não é o primeiro, mas tem que pensar muito bem nisso, que tem todo um planejamento, faz a escala do mês e você vai prejudicar tanto os seus colegas, quanto os pacientes caso você falte sem justificativa.

Outro compromisso é a postura, do jeito que você vai cuidar, do jeito que você se comporta, que você conversa com o paciente, do que você passa para ele é, você escutar o que ele tem para te falar e ver aquela necessidade dele, se você conseguir ver isto, acho que também é um compromisso, se ele pergunta alguma coisa, você fala que:

Não posso te dizer agora, não tenho condições de responder, mas eu vou procurar saber, vou perguntar para seu Médico (ou outra pessoa da equipe).

Porque é você que sempre está ali, ele sempre vai acabar perguntando para você, acho que é um compromisso importante, isto mais ligado direto à assistência e, também tem o compromisso realmente do gerenciamento, que tem que ter, porque querendo ou não, até com os indicadores é importante ver, por exemplo:

Nossa, está tendo um alto índice de quedas, por que será? A gente vê se o protocolo se está sendo efetivo, revê as técnicas para poder diminuir isso, é um compromisso também.

Finalizando, o que faz de você ser o Enfermeiro que você é, realmente posso dizer que tenho o espelho desses Enfermeiros que atuaram comigo no último ano da faculdade, eu fiquei super ligada a eles e, agora trabalho com eles e, fui para o outro lado, muitas coisas que faço é do que eles fizeram. Acho até que você pode estar se perguntando que eu não citei muito a UNIFESP, eu não citei muito o hospital São Paulo, porque eu fiquei lá um ano, lá é mais diferente, são menos pessoas que contribuíram.

4.6 Análise das Histórias Orais de Vida

Nesse processo de buscar compreender a organização e as condições de trabalho das profissionais entrevistadas é importante que seja considerada a dimensão simbólica, representada pela fala das narradoras, pois por meio do que narraram foi possível compreender os conflitos e as diferenças vivenciadas pelos agentes que integram aquela realidade, o que favoreceu uma observação voltada para o contexto no qual estão inseridas, com suas contradições e constantes reconfigurações.

Na análise, são apresentados os recortes das unidades de significado que evidenciaram como as narradoras compreendem a formação, o trabalho, o *lócus* do cuidar na enfermagem e, sobretudo como elas lidam com os conflitos constantes do cotidiano nas equipes multiprofissionais, para desenvolverem suas ações no processo saúde-doença em prol da qualidade de vida da população. Atrelam-se a essas características, a riqueza dos relatos e os detalhes que refletiram uma realidade específica vivenciada pelas profissionais abordadas, contudo nessa seção reservo-me ao direito de me aprofundar apenas no cerne dessa pesquisa que é a vida que pulsa na enfermagem, o *lócus* da autonomia para exercer o cuidar, frente às complexas relações entre o modelo científico vigente, as políticas públicas de saúde, as práticas de gestão, as políticas de formação e as práticas de formação.

Dessa forma, o estudo apontou alguns elementos para compreender o processo de constituição da formação e, consequentemente, da identidade profissional, mas não teve a pretensão de esgotar o assunto, por se tratar de elementos que caracterizam o universo específico e restrito dessa amostra, mas suscitar discussões, de maneira a ampliar o conhecimento e a análise da formação do Enfermeiro e, também do próprio sistema de saúde brasileiro.

Nesse processo, embora já tivesse a consciência desse fato, a minha pseudoformação se tornou mais evidente, me identifiquei em vários momentos com minhas narradoras, como se não conseguisse separar sujeito e objeto, pois na

verdade são elementos constituintes da mesma faceta, na medida em que também sou Enfermeira, e sobretudo professora de enfermagem, formada predominantemente no modelo cartesiano. Foi difícil não sucumbir a tentação do enquadramento das narrativas na racionalidade técnica, categorizando tudo de maneira hermeticamente fechada, como se a teoria pudesse dar conta sozinha de uma realidade tão diversificada, com respostas assepticamente prontas.

Esse exercício de análise me levou a pensar que, da mesma forma que todas as minhas narradoras, a vida ainda pulsa na enfermagem, mesmo quando a subjetividade nos processos de formação e trabalho parece negada, buscando com soluções ímpares o desenvolvimento de sua autonomia no cuidar.

A amostra a partir da definição dos critérios de inclusão, referente ao gênero foi bem homogênea, todas as entrevistadas são mulheres, embora esse não fosse um critério específico de inclusão. Esse dado está em consonância com os números apresentados pela profissão, por essa razão a partir desse momento passaremos a nominá-las de Enfermeiras e não mais Enfermeiros como estava ocorrendo nas demais partes do texto, respeitando essa característica. Quanto à faixa etária, as Enfermeiras de instituição pública e privada estavam com respectivamente 24 e 27 anos e as Enfermeiras docentes de instituição pública e privada estavam com respectivamente 54 e 50 anos; quanto ao estado civil, as Enfermeiras docentes são divorciadas, entre as Enfermeiras não docentes uma é casada e outra é solteira; com exceção da Enfermeira formada pela instituição pública, todas têm filhos.

Fato interessante é que as entrevistadas escolheram inicialmente a área da saúde como profissão, mas a enfermagem surgiu em suas vidas como segunda opção, primeiramente pensaram em cursar medicina ou farmácia, mas se identificaram com o curso no decorrer do próprio processo formativo, nenhuma cursou Auxiliar e/ou Técnico em Enfermagem antes da graduação, como se observa nas falas das entrevistadas:

Com nove anos de idade eu fui fazer catecismo e, eu achava muito interessante o trabalho das freiras e, nessa mesma época eu tive glomerulonefrite e eu fiquei internada num hospital, cuidado por freiras e, eu era cuidada por freiras eu achava muito interessante o trabalho delas. Aí depois fui fazer o catecismo e eu resolvi que eu queria seguir a carreira, eu queria ser freira. Para que? Para ajudar as pessoas, minimizar sofrimento, cuidar de doente... Por que não? De repente, eu cheguei na época de sair do colegial e, de escolher uma profissão, a princípio o primeiro vestibular que eu fiz foi para farmácia-bioquímica, influenciada pela minha irmã mais velha que eu, porque ela é farmacêutica. Então ela fez a faculdade, ela já trabalhava (já que a nossa distância de idade é um pouquinho grande) e, ela falou assim olha: "É uma profissão que você tem um campo bom. Você

tem salário bom". Ela trabalhava em indústria internacional, e fui influenciada por ela. Eu saí do colegial, prestei o vestibular para a farmácia, porque, em Araraquara que é minha cidade natal, tem o curso de farmácia lá pela UNESP, então eu não consegui passar, eu passei na primeira fase e fiquei na segunda. Eu fui fazer cursinho. Aí, no ano seguinte quando eu fiz o vestibular, eu fiz o vestibular para Araraquara pela UNESP farmácia e, fiz Ribeirão Preto enfermagem, passei em Araraquara, passei de novo na primeira fase, passei em Ribeirão Preto na primeira fase, fiz a segunda fase, e eu fui chamada em Ribeirão e, eu fui lá e fiz a minha matrícula. (Turqueza)

Eu me formei em 1983 e, estar na enfermagem foi quase um acidente de percurso. Na verdade, eu fui parar na enfermagem porque inicialmente optei por trabalhar com Saúde Mental; eu fazia engenharia antes de fazer enfermagem. Como eu já tinha feito um ano de cursinho antes da engenharia e não me encontrei, não gostei da engenharia, fazia engenharia de alimentos e quando eu fui visitar a fábrica da Cica, eu vi a atuação do engenheiro, que era um administrador de grandes projetos, eu não me engracei com a perspectiva. Eu lia muito, gostava muito de ler sobre a questão da Saúde Mental, eu tinha uma colega na república, ela fazia biologia, nos estudávamos na UNICAMP, e ela gostava muito de ler também sobre Saúde Mental; então a gente lia, discutia, conversava... Mas como eu já tinha feito um ano de cursinho e dois anos de engenharia, e dependia do meu pai (o curso era em período integral e não morava com a minha família, minha família morava no interior), então achei que tinha que fazer... Eu queria ir para a área de Saúde Mental, mas escolhi o curso que fosse mais curto, para que eu conseguisse chegar à Saúde Mental mais rapidamente. Foi essa a minha escolha pela enfermagem, então foi acidental, foi um instrumento para eu chegar à Saúde Mental. Fiz os quatro anos, era do centro acadêmico, participava do movimento estudantil, enfim, essa foi a minha formação paralela. Com a Saúde Pública me encantei também, mas eu dizia - não vou trair minha paixão antiga, eu entrei para fazer Saúde Mental. Fiz os quatro anos pensando em fazer especialização... (Cristal)

Meu interesse pela enfermagem começou quando eu tinha 15 anos, e começou por pura admiração mesmo, eu admirava a pessoa, eu achava bonito principalmente por andar de branco, era a parte que mais me interessava (risos), e aí foi quando eu resolvi. Com 15 anos eu não fiz o curso, tinha que esperar, daí minha vida tomou outro norte, trabalhei em outras áreas e, aí quando eu tive a oportunidade de iniciar a faculdade, já iniciei de imediato. O branco na verdade me remetia mais à medicina, à parte mesmo assim de assistência, algo mais na medicina na verdade, nem tanto pelos cuidados, pela parte administrativa que o Enfermeiro executa muito também, e mais pela parte mesmo de diagnóstico, de auxílio a cuidado, era mais medicina mesmo, nem tanto pela enfermagem. (Madrepérola)

Pode-se pensar que estas influências são condicionadas por determinantes ligados à estrutura ideológica e econômica existente no país que afetam e são afetados pelo processo educacional predominante em um dado momento histórico e, também influenciam a organização do trabalho e do ensino em geral, inclusive na enfermagem. Verificou-se nas narrativas que o perfil do ingressante em enfermagem, tanto da rede pública quanto privada, pouco se diferencia, e eles

constroem suas competências no contexto em que se encontram como já apontaram Teixeira et al.(2006, p. 483).

Será que as questões referentes ao baixo reconhecimento da sociedade do que vem a ser Enfermeira, atreladas às questões de baixa autonomia profissional e salários, bem como sua pequena inserção em postos de direção, levou a enfermagem a entrar em suas vidas como segunda opção, já que por razões socioeconômicas não puderam seguir suas primeiras escolhas? Nesse caso, descartamos a questão da progressão de estudos, pois nenhuma delas cursou o nível médio da enfermagem antes da graduação. Mas o que ficou evidenciado em suas narrativas foi que, ao se permitirem conhecer a profissão, no decorrer do curso, tiveram a certeza que tinham feito a escolha correta, como nos excertos a seguir:

(...) Depois na faculdade que eu fui descobrir o que era ser Enfermeiro e, aí também eu gostei, então eu mantive. (Madrepérola)

Então assim, desde a minha formação, eu sempre fui Enfermeira assistencial que eu gostava de ser e, que eu gosto de ser. Se você me perguntar você prefere uma sala para dar aula, ou um Pronto-Socorro, uma Sala de Emergência no Pronto-Socorro, eu digo para você, eu prefiro o Pronto-Socorro, porque o resultado do seu trabalho você vê de imediato, o reconhecimento de imediato.

(...) tenho habilitação tanto para ser docente, quanto para ser assistencial, se eu tivesse que escolher o que me satisfaz mais como profissional Enfermeiro - é assistencial...

(...) mas eu gosto muito também da parte acadêmica, nossa eu cresci muito de quando eu iniciei na universidade, eu fiz uma especialização, iniciei uma disciplina, agora sim eu tenho um conhecimento razoável, mas tem muita coisa que eu preciso aprender (Turqueza)

De forma geral, as narrativas das Enfermeiras formadas pelos diferentes tipos de instituições (públicas e privadas) não apresentaram diferenças conceituais, bem como a narrativa das docentes das diferentes instituições. Entretanto, ao se analisar separadamente as narrativas das Enfermeiras e Enfermeiras docentes, encontramos características bem distintas quanto à visão estabelecida frente ao *lócus* do cuidar. As Enfermeiras apresentaram uma visão referente ao *lócus* do cuidar eminentemente prática, sem uma reflexão, ou subsídios teóricos suficientes que embasassem de forma mais aprofundada esse posicionamento, conforme as narrativas abaixo:

Eu não consigo me ver como Enfermeiro, assim, como uma profissional da saúde, é como amigo mesmo, eu converso, minha mãe uma vez veio aqui e, aí a gente começou a conversar, minha mãe conheceu os pacientes, ficou conversando; então, assim, eu não tenho muito essa barreira de jaleco, não é comigo, com paciente não!

Eu tenho bastante contato pessoal com eles, muito, tem uns que ainda tem problema e, a gente como Enfermeira também é Psicólogo de vez em

quando, às vezes eles chegam e, aí tem um problema psicológico, precisam desabafar, a gente sente a necessidade, tem uns que chegam até às vezes, que você vê que tem problemas físicos, mas é mais ansiedade e, aí você senta e conversa um pouco, dá meia hora de atenção e, já passa, já vai bem e, voltam no outro dia melhor, você conversa com os pacientes, tem bastante contato, tem bastante interação com eles.

(...) O tratamento deles aqui, mesmo com essa minha interação, não seria diferente, porque alguns na verdade, já querem alta, porque é um tratamento longo, demora a surtir efeito...

Acho que isso é independente da profissão, acho que é da pessoa, não acho que seja pela profissão, sabe?

Acho que se você é uma recepcionista, que tem um pouco mais de empatia ou, se você um Enfermeiro que tem menos, seria a mesma coisa. Então, acho que é mais você avaliar a pessoa, como pessoa é, não como um número aqui, um paciente, que se não quiser eu coloco outro lugar, acho que o mais importante é isso. (Madrepérola)

O modo como Madrepérola aborda sua relação com os pacientes pode remeter a pensar que ela não identifica que sua atuação está em consonância com os instrumentos do processo de cuidar, em que estão inerentes ações como as de fornecer apoio emocional, estabelecer comunicação terapêutica, orientar sobre medo, angústias e apreensões, chegando ao ponto de pensar que seu trabalho não é relevante, que qualquer outro elemento da equipe multiprofissional poderia exercê-lo. A vida pulsa em suas ações, mesmo que talvez ainda não tenha ainda a nítida percepção desse fato, ela encontra momentos para exercer a sua autonomia no cuidar.

Será esse fato a evidência do reflexo de uma pseudoformação, revestida por processos formativos marcados pelo viés biologicista, em que apenas as atividades de cunho eminentemente práticas, voltadas para um corpo apenas na esfera biológica? Sem levar em consideração as outras dimensões que integram a constituição do sujeito e que também perfazem o processo saúde-doença no âmbito social, negando a subjetividade do sujeito e, por consequência a sua própria subjetividade. No entanto, mesmo sem ter presente a consciência desse fato, ela burla o que seria sua pseudoformação, sua subjetividade negada, mantendo uma postura emancipada ao lidar com seus pacientes na vertente da humanização no cuidar.

Por outro lado, a fala de Ametista evidenciou que:

...o nosso cuidado na enfermagem é mais direto, porque sempre tem a gente 24 horas que fica realmente aqui. Que fica mais, você está mais junto, a parte que você está lá, você vai verificar sinais vitais, vai administrar uma medicação. Você fica muito mais tempo com os pacientes do que todos os outros profissionais e acaba criando um vínculo com o paciente, que ele acaba falando mais com você, até uma professora minha brincava assim:

A Enfermeira é que tudo vê, mas não resolve tudo. Mas é ela que tudo vê e, vai passando, se precisa de um psicólogo, fisioterapeuta, vai chamando as outras profissões.

Tem esse cuidado mais direto mesmo, você está mais em contato com o paciente, você escuta mais, fica mais um certo tempo lá, conhece todo mundo, porque você está em uma unidade, você está com todo mundo ali, é tudo responsabilidade sua.

A fala de Ametista nos leva a pensar que ela reconhece que seu processo formativo lhe possibilitou elementos de proximidade, de apoio ao outro em situação de vulnerabilidade, aliada também às esferas administrativas, denotando outras vertentes para o cuidar, além da eminentemente técnica, de apoio emocional, ela sinaliza que a responsabilidade administrativa também é uma incumbência da Enfermeira perante o cuidar.

Nessa perspectiva de articulação da teoria com a prática, Marcuse nos apresenta subsídios para análise:

Se a preposição de Kant, segundo a qual não se deveria educar para a sociedade atual mas sim para uma sociedade melhor, ainda conserva algum sentido, então a educação precisa modificar também (e talvez antes de tudo) o lugar das ciências nas universidades e no domínio inteiro da “pesquisa e desenvolvimento”.

(...) Pode-se considerar a criação de um reduto acadêmico, onde a pesquisa científica seria feita independentemente de quaisquer aspectos militares, onde a organização, a marcha e a publicação das pesquisas seria inteiramente deixadas a um grupo independente de cientistas que levasse a sério a idéia de humanidade. (MARCUSE, 2001, p. 95)

Coloca-se dessa maneira, uma ideia de formação articulada com o contexto social de forma geral, para o desenvolvimento da humanidade como um todo, não voltada apenas aos interesses socioeconômicos. Segundo Zuin (1999, p. 118 - 119), para Adorno; o objetivo da práxis educacional é a emancipação, se a teoria se faz necessária, não se pode deixar de considerar que tal procedimento pode conduzir a sua própria absolutização. Atento para tal possibilidade, Adorno observa que se a teoria possui uma certa interdependência da prática, por outro lado reafirma que nem a prática transcorre sem a teoria nem esta sem a prática:

Se a prática fosse o critério da teoria, se transformaria, por amor ao *thema probandum*, no embuste denunciado por Marx e portanto, não poderia alcançar o que se pretende; se a prática se orientasse simplesmente pelas indicações da teoria, se endureceria doutrinariamente e, além disso, falsificaria a teoria. (ADORNO, 1992, p. 89 apud ZUIN, 1999, p. 119)

Nessa perspectiva, os processos educacionais não se restringem ao necessário momento da instrução, mas certamente o transcendem. Esse tipo de raciocínio nos leva a inferir que a esfera do processo educativo não se limita às

instituições de ensino, ampliando a percepção a ponto de investigarmos a forma como a mercantilização dos produtos simbólicos, o que determina novos processos educativos fora ou dentro das escolas.

Enquanto as Enfermeiras docentes ao narrar seus posicionamentos e opções de vida e profissão, frente às mesmas questões, apresentaram uma maturidade profissional que as possibilita assumir posturas mais autônomas em suas decisões perante o cuidar, que em parte pode ser explicada pelos anos de profissão e de vida e, sobretudo pelas trajetórias profissionais percorridas, tempo esse que as outras Enfermeiras ainda não tiveram o suficiente, para refletir de forma mais aprofundada sobre a sua formação e exercício profissional, sem contudo deixar de exercê-lo, de apresentar a “fagulha libertadora do humano” em suas ações cotidianas, conforme evidenciado nos excertos a seguir:

Cuidar para mim é isso, não é só eu ser tecnicamente habilitada, a fazer todos os procedimentos na máquina! Isso salva a vida do paciente? Salva, mas não 100%. Porque se a gente não dá uma atenção, se a gente não conversa com o paciente e,

com a família, se a gente não entender o problema dele, o paciente pode até cometer suicídio, ele desiste do tratamento.

(...) Eu me identifiquei na parte de imunização, porque também é muito cuidar da população, então a gente tem notificação de meningite, não é do meu programa, não é da minha parte, mas assim, se não tiver ninguém lá para tomar providências, a gente vai, toma providências, comunica o município, comunica o CVE. O que, que vai fazer? O que colhe não colhe? O que, que encaminha, não encaminha? Faz bloqueio, não faz bloqueio?

Então para mim é a mesma coisa, eu tenho o mesmo cuidado, a mesma consideração, o mesmo respeito. Sabe?

Não é porque é mais pobre; mais rico; mais branco; não tem nada disso, isso para mim não conta. (Turqueza)

Turqueza alia as percepções das necessidades de cuidado apresentadas por Madrepérola e Ametista, tanto referente à humanização do cuidar, como também à parte técnica e gerencial, evidenciando que os instrumentos do cuidado são os mesmos, independente dos locais em que ele for exercido.

Já Cristal demonstrou o cuidado como interdisciplinar, compartilhado, aprendido constantemente e ensinado:

Nesse ambulatório eu trabalhava muito próximo de um Terapeuta Ocupacional, na época a gente montou um trabalho conjunto. Estábamos em um ambulatório antigo, era atrás do MASP, e conseguia ir para lá os funcionários antigos já, eles entravam na periferia e conseguiam chegar no Centro só quando estavam já há anos na carreira, portanto nós éramos os mais novos. Eu e este Terapeuta Ocupacional, que entramos no mesmo dia, terminamos a especialização e fomos para lá. Então, nós não tínhamos nomes, nós éramos os meninos: chama os meninos. Chegava alguém em surto - chama os meninos!

Então nós fomos montando um trabalho que hoje em dia se chama acolhimento, tem esse nome que vem da Saúde Mental, esta perspectiva de trabalho que hoje tem na Atenção Básica veio da Saúde Mental. A gente fazia um atendimento nesta perspectiva de acolher as pessoas que estavam sem agendamento, ou porque estavam em surto ou o porque tinham perdido a consulta. A gente montou esse esquema de acolher, atendia também em grupos, atendíamos a família, trabalhávamos muito.

(...) Fui fazer formação em psicodrama, atendia, trabalhava no atendimento mesmo, junto com a equipe. Então, nunca fiquei num trabalho específico só do Enfermeiro, mas não tenho a menor dúvida que sempre fiz o trabalho específico do Enfermeiro que é o cuidado, é um instrumento que o Enfermeiro tem, cuidado para mim é o instrumento específico do trabalho do Enfermeiro, é por meio dele que a gente transforma o objeto do nosso trabalho.

(...) Neste sentido eu sempre me instrumentalizei, tanto na formação em psicodrama, para atender, estudei muito e, depois fui fazer o mestrado, fui atrás de instrumentos de outras áreas de formação, de outros conhecimentos, mas sempre para instrumentalizar o meu específico que era o cuidado e, disto eu não tenho dúvida, sempre que tinha, tanto no ambulatório quanto depois que fui para o Hospital Dia, o atendimento, quando tinha lá pacientes em surto que precisavam de cuidado, embora a gente trabalhasse junto na equipe, eu conseguia sempre perceber o instrumento de cada um. (Cristal)

Conceituar o cuidado tem sido uma preocupação constante de diferentes autores que buscaram dar um cunho pessoal em suas interpretações, a respeito dos significados e das formas como este se processa, revelando o aspecto humano, o profissional, mas sempre como uma visão abrangente do cuidado, da mesma forma que nossas entrevistadas também abordaram como estabelecem a sua relação com o cuidado, tentando superar ao máximo qualquer tipo de fragmentação que possa ser imposto pelos determinantes macrossociais nas instituições de saúde. Contudo, essa dimensão do cuidado nem sempre tem se tornado presente no cotidiano dos serviços de saúde, como se evidencia no excerto abaixo:

(...) Eu vejo desta forma, já fiquei internada, já fui parar em hospital, já fui maltratada, como muita gente também; às vezes até em hospital particular, você vê a arrogância, você vê a indiferença e, eu acho que é isso assim, sabe? (Madrepérola)

Nessa mesma direção, podemos apontar que o cuidado, ou melhor, a falta do cuidado, conforme relatado por Madrepérola, talvez esteja revestido apenas pela razão instrumental, sem a preocupação com as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde, a frase de Ametista também evidencia essa situação:

Já fiquei internada em hospital particular o ano passado, eles iam lá não tinha nada respiratório e faziam PA, pulso, temperatura, frequência respiratória e, saturação oxigênio manhã, tarde e noite e, às seis da manhã, às oito, às quatorze, às vinte e, às 6 da manhã, ver todos os sinais vitais de novo (mas verificavam as cinco, porque as seis o pessoal da noite acabava adiantando).

As narradoras relataram a realidade de um cuidado asséptico, desprovido de interação, de reciprocidade, de atenção, revestido de ações de um caráter instrumental, que podem perpetuar a barbárie. Nesse sentido, cabe aqui algumas indagações:

Em que momento os profissionais do cuidar revestiram suas ações nesse grau de frieza? Quais os processos que servem como *pano de fundo*, nesses cenários de indiferença? Qual é o papel da formação dentro desse processo de dessensibilização?

A Teoria Crítica pode nos fornecer subsídios para analisar essas questões. A pseudoformação que pode estar instalada reflete um estado de coisas no qual a dimensão emancipatória da racionalidade é obstacularizada, imperando a sua dimensão instrumental voltada para a exploração e a dominação. Dessa forma, as pessoas têm a falsa noção de que já possuem os conhecimentos necessários, quando na verdade se informam de modo superficial, sobre diversos assuntos. Instala-se a supremacia do pensamento vazio sobre o raciocínio crítico, o que conduz necessariamente à reflexão sobre o incentivo para a ausência de reflexão. (ZUIN, 1999, p. 65)

Nesse contexto, invariavelmente, os profissionais, para suportar a pressão ao se defrontarem com ambientes de trabalho insalubres, onde predomina a falta de materiais, equipamentos e recursos humanos, se apoiam no embrutecimento, revestindo-se na fria racionalidade técnica, instrumental e burocrática do trabalho. Zuin (1999, p. 43, 71), ao citar Adorno & Horkheimer sobre a conversão da formação em pseudoformação, apontou que “a socialização radical significa alienação”, que a universalização do gênero humano, por meio da instrumentalização da razão, ao invés de provocar apenas a emancipação, reproduz o isolamento e a dessensibilização. Quando as pessoas se dessensibilizam em relação aos outros e em relação a si próprias, ou quando os objetos são construídos sem o objetivo de auxiliar a composição de uma vida melhor para todos, estamos diante de um sistema social, cujas relações favorecem um clima cultural favorável à reincidência da barbárie.

Esse cenário em parte pode ser explicado pela hegemonia fortemente herdada da educação em enfermagem, desde seus primórdios, onde estava contida a submissão das relações sociais ao capital, perpetuando o poder da classe dominante, pelo cruel viés da inclusão, ao permitir as mulheres terem uma posição

social de comando (mesmo que limitado), em um momento que estavam restritas às tarefas domésticas. No entanto, a educação em enfermagem veio fortemente pautada na ideologização e na limitação das ações críticas, revestida no reducionismo mecanicista, subsumindo a formação como forma de adaptação às condições de produção e reprodução do capital, onde seu processo de formação, ou melhor dizendo, de pseudoformação consistia em um sistema de ensino pautado no treinamento, com divisão clara de tarefas entre as *nurses* e *ladies nurses*.

Segundo Zuin (1999, p. 139), Adorno defende a necessidade dos homens abandonarem seu estado de menoridade, eles devem se emancipar da tutelagem feita pelos outros, ousando fazer o uso público de sua própria razão. Nessa perspectiva, Marcuse, em seus comentários para uma redefinição da cultura, afirmou que:

Como tal, a dominação é aceita e defendida, e os homens fazem dela a sua própria causa. O resultado é um estado de dependência universal, mútua, que obscurece a hierarquia efetiva. Por trás do véu da racionalidade tecnológica aceita-se a heteronomia universal sob a forma de liberdades e confortos, como os oferecidos pela “sociedade afluente”.

Sob tais condições, a criação (ou recriação) de um refúgio de independência espiritual (a independência prática e política é efetivamente impedida pelo poder concentrado e pela coordenação na sociedade industrial avançada) deve adotar a forma de um retrocesso, de um isolamento consciente, de “formação da elite” intelectual. E de fato uma redefinição da cultura contrariaria as tendências mais poderosas. Significaria a libertação do pensar, do investigar, do ensinar e do aprender em relação ao sistema existente de valores e de modos de comportamento, assim como a elaboração de métodos e conceitos capazes de ultrapassar racionalmente os limites dos fatos e dos “valores” estabelecidos. (MARCUSE,2001, p. 85)

Assim, podemos compreender que o contexto em que as práticas de enfermagem são exercidas pode ser pano de fundo para a instalação de processos adaptativos, impregnados de um viés de pseudoformação, visto que a mesma até pouco tempo era socialmente visualizada, imaginada e adaptada somente como sinônimo exclusivo do cuidado à saúde numa prática meramente assistencial, de modo a atender as necessidades estritamente biológicas, com predomínio no cenário hospitalar. Com o passar dos anos esta concepção obteve gradativamente flutuações em seus conceitos, tornando necessárias profundas avaliações em relação à profissão e sua importância como uma ciência da área da saúde.

É no sentido de evidenciar que existe a possibilidade de superação dessa fria realidade instrumental, que a vida pode continuar pulsando mesmo quando

negada. Um excerto da narrativa de Cristal pode exemplificar a possibilidade de ruptura dessa situação:

Eu sempre lembro aos estudantes no primeiro dia de aula, da responsabilidade pública que a gente tem, da importância de termos uma prática que incida na dimensão política da vida. Não tenho dúvida que a opção pelo referencial teórico é uma opção política, não é neutra e tem coerência com a visão de mundo do professor, do pesquisador.

No entanto, para fazer sentido, essa discussão teórica se articula, como pode ser utilizada para transformar a prática, senão fica sem sentido. Apresentamos conceitos que ajudem a identificar necessidades de saúde e a planejar projetos com a população, projetos de educação em saúde numa perspectiva emancipatória, não prescritiva. (Cristal)

Embora muitos estudos chamem a atenção para a humanização da assistência, ideia aqui compartilhada e valorizada, entende-se que esta proposta será mais significativa se pensarmos a humanização do ensino a partir dos relacionamentos estabelecidos durante o processo de formação. Nesse sentido, nossas entrevistadas apresentam outros elementos para pensar a situação:

(...) Então, aprimorar as condições de saúde daquele sujeito ali, quando você está na prática dentro da unidade básica, a gente tem que aprimorar as condições de saúde do indivíduo, isso não tem discussão porque esse é um instrumento que está desenvolvido há séculos, os da clínica médica, a medicação, o diagnóstico, etc. Então digo aos estudantes que esses a gente tem que utilizar na excelência, estes instrumentos a gente tem que dominar muitíssimo bem, na excelência, e isto não tem questionamento. Mas digo que vamos ali discutir, fazer a síntese, do que a gente não tem ainda domínio, que é esta perspectiva de atender o sujeito, de aprimorar as condições de saúde do sujeito, por referência ao grupo social ao qual ele pertence, pensando que é isso que é o coletivo, não é um conjunto homogêneo de pessoas, mas é o conjunto heterogêneo dos grupos sociais que compõem um determinado território, o da unidade básica, que a gente quer aprimorar as condições de saúde, quem sabe um dia chegar na igualdade, sair da equidade para ir para a igualdade, que é um projeto utópico lá na linha do horizonte, é isso. (Cristal)

Cristal nos faz pensar uma formação não restrita apenas aos aspectos técnicos e biológicos do processo saúde-doença, que são extremamente importantes, mas não os únicos aspectos a serem considerados, ela postula que a determinação social dos eventos mórbidos deve ser levada em consideração e, avança no sentido de entender uma formação que leve ao desenvolvimento da consciência que supere a alienação, como forma de emancipação, pois somente dessa forma, o cuidado poderá ser desenvolvido em todas as suas possibilidades.

Já Turqueza sinaliza com a humanização do cuidar, para tomar condutas que privilegiam a subjetividade dos sujeitos, sem burocratizar ações em protocolos institucionais, amparando-se nos conhecimentos da profissão e, no trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional, conforme excertos a seguir:

(...) trabalhei muito na UTI, muito em emergência, são os lugares que eu mais adoro trabalhar, se eu tiver que tomar uma conduta que – a norma do hospital é duas visitas, mas eu sei que esse paciente tem um prognóstico ruim, veio à família, mas tem um monte lá fora esperando para ver, eu libero.

(...) E aí eu arco com as consequências, enquanto profissional do lugar. Por que é que você abriu exceção?

Então aí a gente tem que conversar também com a equipe multidisciplinar, então, por exemplo, dentro de uma UTI a gente tem um médico 24 horas – ô doutor, eu vou liberar mais um pouquinho. Entendeu?

O modo como Ametista descreve o seu compromisso com o cuidar nos remete a pensar que, com sutileza, ela desenvolve a percepção de que os compromissos gerenciais compõem mais uma das esferas da humanização do cuidar, além da própria atitude de real interesse pelo outro nas interações humanas:

(...) Outro compromisso é a postura, do jeito que você vai cuidar, do jeito que você se comporta, que você conversa com o paciente, do que você passa para ele é, você escutar o que ele tem para te falar e, ver aquela necessidade dele(...)

(...) também tem o compromisso realmente do gerenciamento, que tem que ter, porque querendo ou não, até com os indicadores é importante ver, por exemplo:

Nossa, está tendo um alto índice de quedas, por que será? A gente vê se o protocolo se está sendo efetivo, revê as técnicas para poder diminuir isso, é um compromisso também.

Neste aspecto, para Esperidião (2001, p.16), a mudança de paradigma na assistência em saúde encontra-se intimamente relacionada com a formação dos profissionais envolvidos nesse processo, pois ao reconhecermos o futuro trabalhador em saúde como pessoa, facilitamos o reconhecimento dele mesmo como fator básico no cuidado, favorecendo a manutenção de sua própria saúde mental e ampliando, consequentemente, suas possibilidades em estabelecer relações mais humanizadas.

Entre os elementos que constituem uma relação de cuidado, se encontram os de um sentimento de implicação ativa, uma disposição genuína para responder, presenciar, ter reciprocidade e o compromisso para promover o bem-estar do outro (BENJUMEA, 2004, p. 137). Contexto este que é denotado na fala da Madrepérola:

Esta no leito é só mais um número, só mais um cuidado hoje, é só mais um resultado que tem que sair daqui a alguns meses; então precisa liberar este leito. Eu vejo assim mesmo, empatia, sabe fazer aquilo por alguém, que você gostaria que fizesse por você, esperar o retorno, igual você, sabe? Acho que esse é o nosso papel, ensinar a fazer direito e, ter a confiança naquilo que ele faz, porque realmente não dá para a gente fazer toda a parte assistencial mesmo, porque não é nossa, porque tem a parte do Técnico e do Auxiliar e, não daria para dar conta do administrativo e, assistencial ao mesmo tempo.

De acordo com Adorno (2002, p. 64), a formação cultural é justamente aquilo que só poderá ser obtida a partir do esforço espontâneo e interesse, que a simples frequência a cursos não garante. Na verdade ela não corresponde a esforços, mas sim à disposição de aprender, de cuidar, como evidencia Madrepérola.

Enquanto Turqueza privilegiou o processo dinâmico da aprendizagem em serviço e a importância de sempre estar disposta a aprender, Ametista denotou os contrapontos do exercício profissional, ao narrar que mesmo estando presente a maior parte do tempo, não tem condições de resolver todas as situações que envolvem o cuidado, mesmo tendo a gestão da unidade como sua responsabilidade.

Nesse sentido, o estudo da RORHS (2006, p. 128), revelou que o papel social dos Enfermeiros nos serviços de saúde cresce e tende a crescer mais ainda, pois a força de trabalho é de fácil adaptação, caso haja uma inversão da lógica do sistema: *Se a lógica institucional for outra, a enfermagem se adapta.* Questionamos quem se beneficiaria com essa adaptação da força de trabalho da enfermagem? O que se pretende com esse processo adaptativo? Quais seriam seus mecanismos de execução e manutenção?

Marcuse (2001, p. 89), afirmou que:

O papel da ciência, numa cultura estabelecida, não deve ser avaliado somente no que se refere às verdades científicas (ninguém que tenha juízo negaria o seu “valor”), mas igualmente no que se refere a seu efeito observável sobre a situação dos homens. A ciência é responsável por esse efeito – e isso não é uma responsabilidade moral e pessoal do cientista, mas função dos métodos e conceitos científicos mesmos. Nenhuma teologia, nenhuma meta vindas de fora são impostas à ciência: ela tem suas metas históricas imanentes, que não podem ser substituídas por nenhum cientificismo e nenhuma neutralidade.

Como atividade intelectual, a ciência é, antes de todo uso prático, um instrumento na luta pela existência, na luta dos homens com a natureza e com os homens: suas hipóteses diretrizes, seus modelos e suas abstrações surgem dessa luta e antecipam, conservam ou alteram as condições sob as quais essa luta se passa. Dizer que o sentido mais profundo da ciência consiste em melhorar tais condições pode ser um juízo de valor, porém não é nem mais nem menos um juízo de valor do que aquele que faz da ciência mesma e da verdade um valor.

Marcuse reflete sobre o papel da ciência sem o caráter de ingenuidade, de pensar em uma ciência neutra. Apresenta sua utilidade social como instrumento na luta pela existência numa sociedade heterogênea, com interesses distintos. Com Marcuse, este estudo nos permite afirmar que a relação pedagógica entre professor e aluno, Enfermeira e equipe de enfermagem, Enfermeira e usuário dos serviços de saúde é influenciada por fatores externos e anteriores ao momento do processo de ensino em si. Neste contexto, observa-se também, que sempre houve e há uma

premente necessidade de profissionais da área da saúde qualificados, seja para a área assistencial ou para a área da docência, como ponto importante para a melhoria da formação do futuro profissional, voltada a uma visão geral e não fragmentada, para que a enfermagem não se torne uma profissão de visão retrógrada e estanque dentro de seus próprios princípios.

Todavia, ainda resta o constante desafio de aprofundar a contextualização do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) de cada escola/curso, uma vez que visões idealizadas são representadas no âmbito das discussões dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, as quais acolhem interesses e proposições identificadas nos sistemas de saúde locais e regionais. Neles as proposições poderão adquirir consistência histórica, suficiente para mostrar o seu potencial transformador, desde que os princípios e estratégias pedagógicas busquem a articulação ensino-serviço comunidade, ou ensino-assistência-pesquisa, sejam tomados como caminhos possíveis para integrar as dimensões teoria/prática, técnica/política, prática social/profissão.

No momento social, em que nas discussões sobre a formação do Enfermeiro surge a questão de como promover a ultrapassagem do modelo de racionalidade técnica até então dominante, para um modelo de formação emancipadora, talvez seja pertinente que cada uma das áreas do conhecimento que contribuem para a formação, proceda a uma espécie de autoanálise, visando identificar potenciais e limites relacionados a este fim. De modo alienado, já se faz algo coletivamente hoje, fato esse que é a tônica presente de nossas colaboradoras, que constantemente em sua ações conseguem se colocar dentro dos limites de suas possibilidades, de forma emancipada perante o cuidar.

Muito embora se saiba que a formação inicial não produz o profissional completo, mas detém importante papel no processo de formação, como pode se observar nos excertos apresentados a seguir, relacionados à dimensão do ensino teórico-prático comparando as instituições privada e pública:

Não vejo diferença entre os alunos que cursam enfermagem na atualidade dos que cursaram quando comecei a dar aulas. Não acho que é uma questão de tempo, por um lado o que vejo assim, são diferentes características das diferentes instituições de ensino em que trabalhei. Sempre me preocupei muito com a qualidade da aula que eu dou. Claro que mudou e melhorou, porque eu fui estudando, fui investindo, mas tanto faz se eu estava lá naquela universidade privada ou aqui; a minha responsabilidade era a mesma, porque a idéia era que eu deveria por o dedo na história da formação do trabalhador de saúde, fui dar aula por conta disso. Então noto uma diferença muito grande de Enfermeiros

formados em escolas privadas daquela época, com os formados nas de agora. Eu vejo, por exemplo, a inserção dos alunos de M., encontro em outros lugares, enfim mesmo nas unidades básicas de saúde, nos cursos de pós graduação, às vezes encontro Enfermeiros de outros cursos, é muito diferente a postura profissional, a possibilidade de formação técnica; isso sim, nota muita diferença com essa multiplicação exponencial de faculdades de enfermagem privadas, que vendem o sonho do diploma universitário (Cristal).

Por outro lado, a fala de Turqueza evidenciou que:

Na formação, ultimamente a gente tem recebido os alunos muito despreparados, e assim, eles não percebem o valor que tem o conhecimento que a gente transmite para eles, que a gente de qualquer forma, tenta que eles busquem também esse conhecimento, eles não entendem o valor daquilo no momento, pode ser que depois eles entendam, mas no momento eles não entendem. Então, para mim é mais gratificante eu trabalhar na assistência do que na formação do aluno (...)

Atualmente, eu dou a disciplina de saúde do adulto, então nas minhas aulas, eu tenho algum tempo de experiência, eu trabalhei na área hospitalar... Na nossa população de alunos, têm alunos que nunca tiveram contato com a profissão e, a gente tem aluno que são Auxiliares, que são Técnicos, que já trabalham, então o que as alunas me falam, uma ou outra, tem alunos que não gostam, tem alunos que gostam, eu além do conhecimento técnico, procuro dar exemplos, conto histórias - "olha tal coisa aconteceu dessa forma, desenrolou assim, se a gente tivesse tomado tal atitude desenrolava de outro jeito".

Algumas alunas que já tem contato com a profissão, elas percebem que o que eu falo, nos meus exemplos tem a ver com o dia a dia delas, então elas falam assim: "Ai professora será que um dia eu vou ser igual a você? Professora, adoro suas aulas!"

E tem alunos que não gostam, a gente tem um universo bem diversificado.

Sob este aspecto, pode-se dizer que não existe diferença na perspectiva dos egressos de enfermagem tanto das instituições públicas como privadas, esses alunos mais despreparados que chegam, hoje, também são fruto de um processo social. Desta forma, percebe-se que a graduação nas instituições de ensino, sobretudo as particulares, que se expandiu em resposta às pressões da demanda por ensino superior, estimuladas pelo capital, com a penetração do setor privado, ao contrário das instituições de ensino públicas.

Dessa forma, o que se nota é que as políticas públicas que fundamentaram a expansão da educação partiram da premissa de que a realização da pós-graduação traria o aperfeiçoamento automático da graduação, o que certamente contribuiu para melhorar a titulação dos docentes que atuam no ensino superior, mas como uma medida para atender as exigências legais. Todavia, não ocorreu da mesma forma conforme o imaginado a elevação da qualidade da formação dos alunos de graduação, tanto das escolas públicas como privadas.

Nessa perspectiva, a formação em Enfermagem, além de garantir o conhecimento essencial a uma prática terapêutica, seja no âmbito da graduação ou na pós-graduação, promove capacidades intelectuais e as competências para a investigação, avaliação crítica do exercício profissional e dos planos de ação política, para que o processo formativo possibilite a formação em que o sujeito possa de fato compreender qual é o cerne de suas ações; o que faz a sua ação ser única, diferente e necessária dentre as outras treze profissões reconhecidas da área saúde, buscando desse modo a emancipação para a construção de sua autonomia profissional.

A ideia do trabalhador adestrado, disciplinado, tem nos cenários das práticas da saúde, um poderoso aliado, chamado tecnologia organizacional, produzido a partir da fragmentação e parcelarização de tarefas, com ações mecanizadas, que se revestem encobertas num discurso totalmente falacioso de competências gerenciais e organizacionais, postas como um controle social, que invariavelmente acentuam a alienação e por fim acabam por desqualificar o próprio trabalhador. Nossas entrevistadas apresentam algumas facetas dessa realidade nos excertos a seguir:

O que mais me desanimou ao aprofundar as matérias práticas do curso, eu acho que a falta de autonomia para começar, eu sentia que a hierarquia sobre a Enfermeira, o Médico mandava no Enfermeiro, sendo que a gente vê na verdade que não deve ser assim, porque é uma classe, a gente tem tanta responsabilidade, tanto autonomia quanto eles, assim como o nosso, nós não nos envolvemos na parte médica, a gente não fica criticando o que deve ser feito e, como deve ser feito, essa parte que eles querem mandar na nossa classe e, dizer como tem que ser feito, foi que o que mais me incomodou, na verdade na prática acho que era isso mesmo.

(Madrepérola)

(...) no treinamento com a família de paciente acamado, que faz uso de sonda nasoenteral, a gente treina a família e, se o Médico chegar e, falar: Esse paciente está de alta. Eu vou falar: Não vai embora.

Paciente acamado, que faz uso sonda nasoenteral, eu não consigo dar todas as informações para esta família, de como dar um banho no leito, como cuidar da sonda nasoenteral e, preparar a dieta enteral em três horas. Não vai, vai amanhã.

(...) Tudo bem que a Médica na segunda-feira deu um showzinho, mas eu pensei, cheguei e deitei minha cabeça no meu travesseiro e, fiquei bem. Porque eu achava que realmente não dava para ele ir, a família tinha que resolver toda uma parte social antes para esse paciente poder ir embora e, ele não foi. Mas, o que passou no outro dia a gente conversa e está tudo bem, é momentâneo.

(...) lá [HU] tem umas rotinas diferenciadas, que eu acho que entra na autonomia do Enfermeiro, que está acompanhando, evoluindo aquele paciente, vendo a necessidade dele, por exemplo, a rotina lá de sinais vitais: Pela manhã, é realizado de todos os pacientes (PA - pressão arterial, pulso - batimentos cardíacos, respiração e temperatura), tarde e noite só faz o que o Enfermeiro prescrever. Então eu vou olhar - os pacientes hipertensos tomam três anti-hipertensivos - vamos fazer PA e pulso tarde e noite; está há cinco dias sem febre, não tem porque a gente ver temperatura

tarde e noite; eu acho que isso já uma autonomia do cuidado, a gente está vendo aquela necessidade, a gente conhece o paciente, sabe como ele se comporta, então tem algumas situações, se mudar, a gente vê que fez uma febre, fez uma hipotensão, então vamos ficar mais atentos.

(...) às vezes tem alguns Médicos que questionam, que queriam que aferissem a PA e pulso duas vezes por dia, três vezes por dia, às vezes a gente até comenta: Nossa, mais precisa!?

Mas, geralmente é assim, o residente comenta - é porque o assistente quer. Como a gente conhece eles pessoalmente (assistentes), a gente já sabe como é cada um, a gente acaba perdendo um pouco às vezes, o assistente quer, ele vai dar piti com você. Vai dar piti comigo? A gente acaba fazendo alguma coisa, que não tem necessidade. (Ametista)

Por exemplo, trabalhando lá no Pronto-Socorro, a gente fez o curso de ACLS, tem todo o algoritmo etc. De vez em quando aparece uns Médicos no Pronto-Socorro que não tem experiência em atender uma emergência, uma parada, os meus funcionários eram assim belezinha, tudo treinadinho, então chegava à parada, cada um já assumia a sua posição e, já ia preparando as coisas e, ficavam esperando ao meu comando, se o Médico que vinha atender a parada era um Médico que já seguia o algoritmo, já ia entubando, já ia falando as medicações, tudo bem. E vamos supor que um paciente que tem um ritmo cardíaco, uma parada, assistolia, não adianta você dar choque. O que você tem que fazer? Massagem. Aí vem o Médico: "Prepara o desfibrilador!" Os funcionários olhavam para mim: "Prepara?" "Eu não, vai fazendo massagem aí. Espera aí doutor, ele está fazendo massagem aqui, vamos fazer um ciclo, vamos ver olhar..." A gente ia contornando a situação. Entendeu? Para quê? Para não prejudicar o paciente.

(...) Às vezes o clínico, ele não sabe tocar parada; tem alguns Médicos que eles sabem que eles não sabem e que a gente sabe. Então, o que eles fazem: "Pessoal e aí? E agora? Vamos." O que, que eu fazia? Eu tomava a frente e, falava: "Então fulano faz a massagem. Vamos pegar a veia. Podemos fazer uma adrenalina agora?"

"É boa ideia, pode fazer!" "Estou preparando aqui o material para entubar, você quer que a gente chame o cirurgião para entubar, para ajudar aqui?" "Ah, é bom!" Entendeu? Então a gente ia levando desse jeito, porque a gente tem que salvar o doente, a gente não pode ficar brigando em cima do doente, certo? (Turqueza)

Nas narrativas descritas acima ficou evidenciado como Madrepérola, Ametista e Turqueza pensam sobre sua responsabilidade com o cuidado, independente do posicionamento de outros profissionais da saúde, diante da questão, elas procuram cada uma de seu modo, exercer a sua autonomia no cuidar, são nítidos exemplos de como a vida pulsa, como está presente a “fagulha libertadora do humano”, a despeito dos processos de formação e trabalho revestido de submissão e adaptação.

O conceito de autonomia apresentado baseia-se em partes no que foi postulado por RORHS (2006, p. 128), que determinou os seguintes indicadores do grau de autonomia profissional: a inserção em atividades como profissional liberal, em cargos de direção e, em outras em que seja explicitado o poder decisório sobre suas atividades clínicas/assistenciais. Acresce-se, também, a esses indicadores, que

as atividades desenvolvidas que são inerentes à profissão e, à sua formação de maneira autônoma, que venha complementar, somar com o trabalho da equipe multiprofissional e, não o simples seguimento de normas e rotinas burocratizadas, aguardando o simples direcionamento para realizar as atividades de cuidado que lhe são inerentes de forma submissa, apática e até mesmo com uma postura passiva, totalmente desprovido da crítica sobre a abrangência de sua atuação dentro dos processos saúde-doença, como se os seus conhecimentos não tivessem nenhuma validade a não ser pela tutela, aprovação e até mesmo indicação de outro profissional, que contradicoratoriamente não participou em nada de seu processo formativo, ou não vivencia do mesmo modo a sua prática, que não estudou devidamente a sua profissão, pois não lhe era inerente e, que talvez possa até ter uma vaga noção, mas na verdade desconhece todos os caminhos do que venha a ser o seu exercício profissional. Isso pode ser pensado e explicado apenas na vertente de uma prática pseudoformada de trabalho, permeada pela consciência alienada, adaptada, fato esse que nossas narradoras não aceitam, e procuram dar um sentido a suas ações diferente desse.

Contudo, o que não pode se perder de vista, é que se tal objeto, ao portar algum traço característico que o faz distinguir-se dos demais, permite ao sujeito alguma forma de intervenção na sociedade, fazendo crer que a hegemonia da indústria sobre a cultura não seja tão determinante, a ilusão cai por terra quando as particularidades produzidas nada mais são do que mercadorias que podem ser trocadas e que cobram seus dividendos na consolidação da sua pseudo-individualidade. Dessa forma, a pseudo-individualidade nada mais é do que o resultado de um processo social que tem como principal característica a universalização do princípio da lógica da mercadoria tanto na dimensão objetiva, quanto na subjetiva, suprimindo a capacidade de emancipação do indivíduo. (ZUIN, 1999, p. 71)

Entretanto, de forma a se complementarem, as necessidades do cuidado direto, do atendimento as necessidades humanas básicas¹⁰⁹, bem como a gestão

¹⁰⁹ Os modelos de assistência em enfermagem no Brasil se destacaram com a atuação de Wanda de Aguiar Horta com a difusão das teorias de enfermagem. Em 1979, publicou o livro baseado na teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Maslow, segundo o autor essas necessidades são aspectos, tais como alimento, água, segurança e amor, necessários para a sobrevivência e a saúde. Por exemplo, uma pessoa faminta está mais propensa a procurar comida do que a se engajar em atividades que aumentam a auto-estima. A hierarquia das necessidades humanas organiza as necessidades básicas em cinco níveis de prioridade. O nível mais básico, ou o primeiro, inclui as

para o cuidado nas unidades de saúde, se não forem realizadas corretamente, podem afetar diretamente o desenvolvimento das atividades dos outros profissionais da equipe multiprofissional da saúde, impedindo dessa forma a atuação de todos os profissionais, com o não estabelecimento do cuidado da forma que se é esperado.

De acordo com Adorno:

A diferença sempre crescente entre o poder e a impotência social nega aos impotentes – e tendencialmente aos poderosos – os pressupostos reais para a autonomia que o conceito de formação cultural ideologicamente conserva. Justamente por isso se aproximam mutuamente as consciências das diferentes classes. (ADORNO, 1996, p. 394)

A formação e não a pseudoformação instalada, poderá ser utilizada como poderoso instrumento contra a cultura da barbárie em saúde, de modo a combater os impulsos de destruição existentes em sociedades com alto grau de desenvolvimento tecnológico como a nossa, podemos exemplificar essa tendência destrutiva ao colocar a questão das prioridades que podem acabar sendo impostas aos usuários dos serviços de saúde pelo forte peso e manipulação da indústria farmacêutica, ou o uso e aperfeiçoamento das tecnologias voltadas cada vez mais para a esfera do setor privado.

Nesse sentido, Marcuse (2001, p. 95), apresenta que:

O imponente e generoso apoio financeiro desfrutado hoje pelas ciências naturais não é apoio somente para pesquisa e desenvolvimento no interesse da humanidade, mas também no interesse oposto. Como essa fusão de opostos não pode ser resolvida nos marcos dos sistemas social existentes, talvez se possa conseguir um progresso mediante uma política de discriminação no que se refere aos apoios e prioridades.

A superação do modelo de racionalidade técnica exige o reconhecimento do profissional como sujeito, valorizando saberes de sua experiência e propiciando-lhe maior autonomia, como a referida no excerto a seguir:

Algumas coisas também exageram, mas acaba recaindo, parece que você tem que deixar tudo organizado, lindo, funcionando, que tudo é responsabilidade sua, me parece assim em algumas situações. Apesar disto, consigo espaço para exercer a minha autonomia no cuidar, a gente vê direto, vê aquele cuidado, vê o que precisa para aquele paciente e, planeja

necessidades fisiológicas, tais como ar, água e alimento. O segundo nível inclui as necessidades de segurança e proteção, compreendendo a segurança física e psicológica. O terceiro nível contém as necessidades de amor e gregarismo, incluindo a amizade, as relações sociais e o amor sexual. O quarto nível engloba as necessidades de auto-estima, que envolvem a autoconfiança, a utilidade, o propósito e autovalorização. O último nível é a necessidade de auto-realização, o estado de alcance pleno do potencial e da habilidade para resolver problemas e lidar realisticamente com as situações de vida. De acordo com essa teoria, a pessoa cujas necessidades estão totalmente atendidas é satisfeita e a pessoa com uma ou mais necessidades não atendidas está em risco para doença ou pode não ser satisfeita em uma ou mais dimensões humanas. (NEVES, 2006)

algumas coisas, você tem que ter uma hora, que você tem que parar, eu falo assim, às vezes de você deve sair andando... (Ametista).

Ametista evidencia a consciência das consequências irracionais dessa racionalidade técnica que, potencialmente, possui a condição do exercício da verdadeira emancipação do reino das necessidades, sendo que dentro dessa tensa relação entre a produção da ciência tanto para o bem quanto para o mal, que se origina o conceito de formação, ou pseudoformação, onde a intervenção nos processos de trabalho necessita de momentos de distanciamentos e aproximações da realidade que se transforma e é transformada por essa racionalidade instrumental.

De acordo com Adorno:

De um certo modo a emancipação significa o mesmo que conscientização, racionalidade. A educação seria impotente e ideológica se ignorasse o objetivo de adaptação e não preparasse os homens para se orientarem no mundo. Porém, ela seria igualmente questionável se ficasse nisto, produzindo nada além do *wel adjusted people*, pessoas bem ajustadas, em consequência de que a situação existente se impõe precisamente no que tem de pior. (ADORNO, 1997, p.143)

Não raramente as decisões são tomadas *a priori* por aqueles que planejam, desconsiderando as ações voltadas à realidade, deixando de lado os processos que permitam a emancipação, como nos exemplos dados por Madrepérola e Ametista, que estão tentando encontrar seu *lócus* do cuidar, perante a equipe multiprofissional. Contudo, Turqueza revelou possibilidades de atuação sem ter sua subjetividade negada e, sobretudo de forma a proteger as necessidades de saúde da população.

Nesse sentido Marcuse nos apresenta que:

Em outras palavras, o trabalho, que se torna a própria vida, é *trabalho alienado*. Ele deve ser definido como um trabalho que impede os indivíduos de realizarem suas capacidades e necessidades humanas e, quando permite alguma satisfação, está é passageira ou vem depois do trabalho. Isto significa que segundo a ordem de valores do conceito de progresso essencial ao desenvolvimento da sociedade industrial, satisfação, realização, paz e felicidade não são fins, não são certamente os valores mais altos e caso sejam reconhecidos surgem e permanecem como subordinados. (MARCUSE, 2001, p. 103)

A crítica apresentada ao que seria a pseudoformação, essa formação que é produzida a partir de uma determinada forma social de trabalho no capital. A educação, tanto no seu sentido mais genérico de formação humana, quanto nas suas particularidades como formação profissional, não fica imune às deformações produzidas pelo capital. Sob a égide capitalista, o sentido hegemônico da aliança

trabalho/formação profissional, cabe à educação formar profissionais disciplinados, dedicados ao trabalho e, portanto produtivos e úteis para o capital.

Nossas entrevistadas forneceram mais exemplos interessantes de posturas assumidas, da vida pulsando, perante essa realidade, de como superar essa condição de alienação nos processos de trabalho:

Porque tem supervisoras que são madrastas, não são supervisoras; elas não entendem, não gostam e, mandam a gente fazer qualquer besteira, então aí a gente não respeita. Mas, se uma pessoa, que tem um bom conhecimento, que sabe a dinâmica do serviço, que realmente sabe tratar com o funcionário, tem jogo de cintura, ela está no lugar certo, ela não está na assistência, porque ela não quer ter contato direto com o paciente, ela está na supervisão, está cuidando da gente e, cuidando do que a gente precisa para cuidar do paciente, olha só! (Turqueza)

A equipe eu acho que é isso, é união, é confiança, tem que ter isso, não tem jeito, você sabe com quem você está lidando, sabe qual vai ser o resultado daquilo que está sendo feito, então se acontecer alguma coisa, você já tem uma previsão disso, você sabe o que está acontecendo, o que pode acontecer. Porque, quando você não tem uma supervisão, não tem uma interação, provavelmente vai acontecer isso, vai acontecer alguma coisa e, você não sabe nem porque, da onde está vindo, nem porque está sendo feito. (Madrepérola)

Tanto Turqueza, como Madrepérola, reforçaram a necessidade do trabalho em equipe, do relacionamento interpessoal, para superar a fragmentação e alienação do trabalho. Além da superação da alienação no trabalho, as narrativas apresentaram posturas que fornecem elementos para pensar a formação, numa perspectiva emancipatória:

(...) Você dilui por um lado a sua especificidade, na construção de um projeto, mas daí você volta e usa o seu instrumento específico para operacionalizar aquele projeto, mas no conjunto da equipe.

Então eu me compus como Enfermeira sempre nesta interface, da utilização do meu instrumento específico, mas sempre construindo com outros conhecimentos, eu nunca usei, por exemplo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, nunca estudei Teorias de Enfermagem... (Cristal)

(...) Agora que estou do outro lado, tento fazer a mesma coisa, do que eu aprendi com elas [Enfermeiras do campo de estágio]...

Eu tento fazer como faziam comigo, porque eu acho que foi uma fórmula que deu certo, penso assim:

Se comigo funcionou, eu creio que com outras pessoas pode funcionar também. (Ametista)

Cristal nos leva a pensar sobre a importância da apropriação de seu instrumento específico de trabalho, não como estratégia de diferenciação, mas como forma de somar com o trabalho da equipe multiprofissional, no que tange a sua especificidade; já Ametista sinalizou como a aprendizagem em serviço contribuiu

com o cuidar, ambas indicaram a necessidade de outros elementos para somar na formação.

Marcuse aponta que:

Em última análise, a questão sobre quais necessidades devam ser falsas ou verdadeiras só pode ser respondida pelos próprios indivíduos, mas apenas em última análise; isto é, se e quando eles estiverem livres para dar a sua própria resposta. Enquanto eles forem mantidos incapazes de ser autônomos, enquanto forem doutrinados e manipulados (até seus próprios instintos), a resposta que derem a essa questão não poderá ser tomada por sua. (MARCUSE, 1967, p. 27)

Todavia, o próprio autor apresenta as possibilidades de superação dessa situação:

Quanto mais racional, produtiva, técnica e total se torna a administração repressiva da sociedade, tanto mais inimagináveis se tornam os modos e meios pelos quais os indivíduos administrados poderão romper sua servidão e conquistar sua própria libertação.

(...) Toda libertação depende da consciência da servidão e o surgimento dessa consciência é sempre impedido pela predominância de necessidades e satisfações que se tornaram, em grande proporção, do próprio indivíduo. O processo substitui sempre um sistema de pré-condicionamento por outro; o objetivo ótimo é a substituição das falsas necessidades por outras verdadeiras, o abandono da satisfação repressiva. (MARCUSE, 1967, p. 28)

Nossas colaboradoras evidenciaram que dentro dos próprios espaços de contradições gerados pelo sistema capitalista, existem lacunas de escape da lógica da alienação. Suas narrativas nos leva a pensar como ocorrem os processos de formação nas instituições que a princípio deveriam ser voltadas para as necessidades sociais, como educação e saúde, quando elas se colocam na permanente busca em desenvolver suas ações fugindo da lógica da dominação, da adaptação, da perpetuação da barbárie, de modo a possibilitar a não simples adaptação ao existente, mas que permitam pensar da forma como os mundos do trabalho, da educação e saúde foram se encontrando, de maneira difícil e contraditória, que em seu cotidiano de trabalho ele sofre a pressão e, ao mesmo tempo a influencia, pressão essa que por sua vez é constatada, elaborada, ou apenas intuída nessas determinações e encontros que se tornam contraditórios. Na constatação de que o trabalho em saúde é mais uma forma de mediação na produção da existência humana (degradada ou digna), que não é uma mercadoria e, o trabalhador não é apenas um simples recurso, ele realiza e simultaneamente recebe esse mesmo processo, assim, a vida pulsa, mesmo quando negada.

O trabalho voltado para a produção de vidas dignas, leva-nos a pensar sobre como se estabelecem as relações sociais de produção e formação. Neste aspecto, Madrepérola, evidenciou tal discurso na descrição de sua fala:

Dentro das várias dimensões do trabalho do Enfermeiro, eu acho que, recentemente, a parte assistencial está sendo cada vez menos privilegiada, menos assim do Enfermeiro, é algo que está ficando cada vez menor, quanto mais ele puder passar, realmente para o cuidado do Técnico e Auxiliar de Enfermagem ele passa, para ficar mais com a parte burocrática, administrativa, do que assistencial. A faculdade ultimamente, já está mais norteando mais para a parte administrativa, a gente já sai com mais ênfase nisso, todos os estágios a gente ficava ali praticamente na SAE e, assim, a gente fazia os cuidados mais no início para a gente aprender, a gente vai ter que treinar e, precisa saber fazer para ensinar, mas já o ensino já está trazendo a gente mais para área administrativa mesmo. Claro que existem cuidados específicos do Enfermeiro, pacientes mais críticos, que eu tenho visto assim, que até isso ele está tentando deixar mais para o lado do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem.

Nesse aspecto, Ametista também argumentou que:

Sobre as dimensões do cuidar, acho que tem alguns que privilegiam uma parte e, diferenciam outra e, vice-versa, relacionada à assistência e o gerenciamento. Vejo que tem Enfermeiros que gostam mais de atuar direto, outros já não. Já vi alguns que só vai e examina o paciente para fazer a evolução dele, acabou, fez a evolução só vai lá se realmente acontecer alguma coisa. Não tem aquela paciência de conversar, de ver se o paciente tem alguma questão psicológica envolvida, eu acho que pode ser pessoal, mas pode ser às vezes da instituição, porque têm algumas instituições que cobram muito certas coisas gerenciais, os indicadores, a organização da unidade.

Os relatos de Madrepérola e Ametista nos levam à percepção de que elas acreditam ser importante a Enfermeira exercer cuidados diretos na assistência, principalmente para pacientes críticos e cuidados especiais. Todavia, apontaram que na atualidade existe a predominância do distanciamento da Enfermeira no cuidar direto, justificando essa atitude como parte do próprio processo formativo, demandas gerenciais das instituições ou mesmo, até escolhas pessoais. Nessa perspectiva de atuação, não estaria a SAE, sendo implantada na vertente da taylorização da assistência, de modo a negar a vida que pulsa na enfermagem? Ou a normatização da realização de alguns cuidados específicos a serem realizados exclusivamente pelo Enfermeiro, ainda a despeito de serem mais uma “norma” imposta de fora para a execução de quem está na assistência, não seria uma possibilidade de fuga da pseudoformação, dentro do próprio processo, constituindo-se como uma “fagulha libertadora do humano” nos processos de cuidar?

Aqui, corrobora-se com a ideia de Fernandes *et al.* (2005, p. 443) o qual refere que há situações que mostraram que o ensino de graduação tem dificuldades para adequar-se às exigências do mercado de trabalho, tais como: o ensino focar-se em conteúdos ideais, que não encontram correspondência na prática assistencial, ou a exigência do cumprimento do saber técnico, de forma até rígida, durante a

graduação e que nem sempre é possível de ser seguido na vida profissional, além da escola preparar a Enfermeira para prestar assistência e o mercado esperar dele administração e gerência. A organização curricular ainda se baseia em sólida base de disciplinas biomédicas, onde invariavelmente o domínio teórico é a condição apresentada para o início da formação e, a prática nos diversos cenários de estágio, consiste em uma simples devolutiva a essas teorias, essa forma de ensino torna-se inviável, na medida em que os cenários das práticas não seguem linearmente o roteiro padronizado do livro, ou seja, no roteiro das escolas prevalece um outro contexto. Conforme explicitado nos excertos a seguir:

(...) a docente que acompanhava este estágio curricular, era a minha orientadora de iniciação científica e, de monografia, ela apareceu no último dia, só o da avaliação. A partir do quarto ano, quem está mais atuante são as Enfermeiras do setor mesmo, não são as docentes, porque elas mesmas falam: *Elas que estão lá, sabem muito mais para passar para vocês agora do que a gente, porque eu estou fora da assistência, estou fora de hospital, há dez, quinze anos, com certeza elas têm muito mais a passar para vocês neste momento do que a gente.* Isto eu ouvi de docente, acho elas devem confiar no trabalho das Enfermeiras do HU e, acabam passando a responsabilidade para elas, percebi que a responsabilidade lá é da Enfermeira do setor, de te acompanhar, de ver, de ensinar várias coisas e, elas só chegam lá: *E aí foi tudo bem?* Acabou, elas não estão muito ligadas nesta parte de acompanhar o aluno em estágio. (Ametista)

Quanto ao perfil dos profissionais que estão cuidando, assim, se a gente for separar por local assim, existem lugares que eu presenciei que a Enfermeira sabia, a equipe sabia, mais por comodismo às vezes atuava de qualquer forma, porque não tem uma fiscalização, isso assim, é independente para eles; mas tem muito profissional bem formado, eu acho que vai muito de cada um, assim como tinha uns que a gente sabe que às vezes, até a gente que está estudando e, pesquisa um pouco por interesse próprio, não batia as ideias de conhecimento teórico, mas é claro que a gente não se envolve.

Nas instituições em que percebi um tipo de cuidado mais adequado, eu acho que essa questão da supervisão, geralmente assim, é serviço público, eu acho que é um pouco mais tranquilo, assim, eles não ligam e tudo...

No privado, tinha um pouco mais de fiscalização, então eles se sentiam pressionados a fazer direito, então eles faziam mais por esse motivo, então sempre tinha um treinamento, a educação continuada sempre em cima, auxiliando, avaliando, eu acho que isso fazia toda diferença, mas a maioria fazia, acho que fazia pela pressão, eu acredito que pela pressão; pela formação, porque a maioria que a gente vê que é aprendido na prática, no dia a dia mesmo assim, mas eu acredito que pela pressão é o determinante. (Madrepérola)

Às vezes o docente que está lá não tem condição nenhuma de fazer diferente, porque tem um peso institucional, e a finalidade da instituição é receber o boleto no final do mês. Então, tem que ter um número grande de alunos, especialmente nos primeiros anos, porque é quanto se ganha porque nos últimos anos tem que pagar mais professores para supervisionar estágios; onde mais se ganha é nos primeiros anos porque o investimento é baixo com os docentes. Depois, se os estudantes desistirem, tudo bem, ótimo, melhor ainda por que os lucros já saíram nos primeiros anos do curso; nos últimos anos a faculdade gasta mais, mas já ganhou

bastante. Esta lógica me irrita, tenho vontade de sair gritando, falar isso no jornal nacional.

(...) Mas, geralmente quando a gente pega lá no terceiro ano, eles já estão 3x4, porque é a questão da Sistematização da Assistência, é o hospital, é o enfoque na clínica. É isso que eu noto, de ano a ano, é mais essa perspectiva da conexão com o mundo, porque os jovens têm muito estímulo; quando eu encontro com eles no primeiro ano eles têm mesmo a carinha de quem acabou de sair do colégio, muito encantados com as questões, ainda muito na fase mais precoce da juventude. Mas não noto muita diferença de um ano para outro, a não ser os valores sociais que vão mudando, eles vão captando os valores sociais, de prazer imediato, a questão do consumo, e isso muda nesses anos, mas muda acompanhando os valores sociais predominantes, nada de diferente do que a gente vê da porta para fora, que eu vejo na minha filha... (Cristal)

Não estou mais acompanhando estágio, não dá mais tempo (e não sinto falta), no estágio, eu estou mais lá como observadora, eu não estou lá, a gente não está na instituição, está na instituição não fazendo parte dela, então a gente não pode tomar atitudes, a gente não pode tomar condutas, porque a gente não faz parte do quadro de pessoas do hospital, então a gente está como observador, então a gente vai ao aluno, ensina o aluno a fazer o procedimento, vai preencher os papéis, vai conhecer o paciente, exame físico, vai pesquisar a doença, vai ver que exame fez, entre outras atividades. Mas a gente não pode interferir no andamento do lugar, a gente não pode adiantar, acelerar processos, que a gente vê que em alguns lugares são muitos morosos, às vezes a gente percebe que o tratamento do paciente está pendendo para um lado, que não é aquele que a gente percebeu, trata-se de uma outra coisa, que poderia ser pesquisado, que a gente ia encontrar outro resultado. Então a gente não pode interferir, então é assim, a gente fica muito na da gente, tem que ficar muito na da gente, fazer a parte acadêmica no local, a gente não pode misturar a parte assistencial com a acadêmica, então a gente tem que andar conforme a norma, e a rotina do lugar. (Turqueza)

De acordo com RORHS (2006, p. 129), corroborando com os excertos acima, a Enfermeira tem baixa autonomia nas equipes, principalmente no trabalho hospitalar, mesmo que tenha todos os indícios científicos de que as decisões tomadas não são as mais viáveis para promover a melhoria do estado de saúde do usuário. Sendo que o trabalho na saúde coletiva possibilita uma maior autonomia nos processos decisórios sobre as necessidades de saúde dos usuários. Fato esse que pode perpassar toda a formação, tornando-a cheia de contradições entre o que se estuda em plano teórico e, o que se vivencia em campo prático, são realidades distintas, diferentes e, até mesmo difíceis de serem articuladas. Essa pesquisa não tem indícios suficientes para afirmar, mas fica a dúvida se em campo de aprendizagem prática, com esses modelos diversos, não se ocorra uma pseudoformação, como evidenciada pela formatação dos alunos do último ano, devido às imposições das questões biomédicas, ou institucionais, evidenciadas na fala de Cristal, indo na contramão dos objetivos do ensino.

Ou até mesmo se as dinâmicas institucionais de supervisão de estágio são as mais apropriadas para a formação, evidenciada na fala de Ametista, a docente da teoria se aparta quase que totalmente do processo formativo, colocando a responsabilidade para a Enfermeira da instituição, passando no último dia apenas para realizar a avaliação, ou mesmo o relato apresentado por Turqueza que prefere não acompanhar estágios, pela impotência perante decisões institucionais que não considera serem as mais viáveis de serem realizadas para o bem-estar dos usuários dos serviços de saúde, tendo que se adaptar as contingências dos campos de estágios, para não causar confusão, sem contribuir de forma mais efetiva nos serviços de saúde quando os estágios se inserem, negando seu potencial de atuação.

O bom cuidador nada mais é do que o reflexo de um bom aprendiz, seja este aluno ou professor. Professor não é somente o indivíduo que ensina, mas o que mutuamente aprende de forma crítica durante a sua docência e sua *práxis* pedagógica. Pode-se entender que a emancipação é um processo em que se integram atitudes e capacidades nos métodos de investigação e intervenção na realidade. Com isto, estimula-se os cursos/escolas/instituições de saúde a se perceberem nesse processo e a reverem suas decisões pedagógicas à luz de um novo paradigma para a formação/capacitação do profissional de saúde.

Dessa forma, os processos formativos não são estáticos, e sim dinâmicos que têm sua parcela de construção individual e coletiva, onde as relações sociais podem ter um importante papel e, nessa perspectiva de construção tanto individual como coletiva, nada está acabado e, sim em constante construção, em espaços de construção diferentes e, sobretudo com contribuições diferentes. Todavia, no plano das relações de trabalho e educação, conceitos até então expressivos dessa relação no campo teórico e prático, dão lugar a outros conceitos de significação instrumental e utilitária. Exemplo desse fenômeno é o deslocamento conceitual do conceito de formação para competências, totalmente voltado para o conceito de empregabilidade, vazio de significação concreta.

Este processo está totalmente isento à crítica às relações de trabalho, que permanecem inalteradas, com a proposta real de aumento da produtividade e, cada vez mais se estabelece a desvalorização do trabalhador, com a consequente negação da sua subjetividade.

Por outro lado, a fala de Ametista nos leva a pensar sobre a questão da emancipação, quando esta relata que:

...o Enfermeiro pensa nas questões políticas que envolvem todas as decisões da área da saúde, ele pensa o porquê, mas, não tem a respostas, eu, por exemplo, não tenho, não sei te dizer, eu tive a experiência do HU e do hospital São Paulo que é da UNIFESP. Vivenciei realidades tão disparentes entre um e outro, me incomodou muito quando fui para o hospital São Paulo, de ver a falta de material, a falta de recursos, é gritante a diferença.

(...) Não me recordo dessas questões terem sido discutidas comigo na minha graduação, pode até ter sido nas aulas de Saúde Coletiva, com as professoras, mas falar o porquê de um lugar ser diferente do outro, não me recordo, acho que não teve, se foi em alguma aula, devo ter dormido, eu não lembro.

Na mesma direção Madrepérola colocou que:

Eu acho que os Enfermeiros não se interessam pelas questões políticas da área da saúde, pelo fato realmente de não ser muito focado mesmo, acho que não relaciona tanto hoje em dia, essa parte política com o cuidado. Então, assim, realmente é um pouco separado, é uma aula que não traz tanto incentivo, que não traz tanta a atuação para a gente que é Enfermeiro, eu acho que isso faz a diferença, que isso incentiva e influí um pouco, essa parte vira mesmo só uma burocracia, é uma coisa que não vai ser utilizada para nada. .

Enquanto Ametista e Madrepérola parecem não estabelecer de forma clara as relações macrossociais que interferem diretamente nas ações desenvolvidas dentro do processo saúde-doença, como parte de sua pseudoformação; Cristal nos remete a pensar essa articulação e, apontou a necessidade da constante busca de conhecimentos científicos, como forma de superação da consciência alienada, subsidiando a ação profissional emancipada:

Mas, para mim tinha esse incentivo de entender o porquê as pessoas surtam, o que acontece, mas estava bastante voltado ao sujeito e a família, eu não conseguia por mais que eu lesse e soubesse da Reforma Psiquiátrica, que veio por dentro da Reforma Sanitária, mas eu não conseguia entender, como fazer?

Tinha a psiquiatria comunitária, mas como eu podia articular? Bom, é fazer a Saúde Mental, é atender o cara no grupo, na consulta, lá na UBS, mas eu nunca conseguia articular o que isso tinha a ver com as formas de viver. O que tem a ver com os determinantes sociais? Nunca conseguia fazer a articulação porque eu não tinha esse referencial teórico. Então, quando eu vim para a Saúde Coletiva me acomodou muito isso. Fui ler Joel Birman, que faz esta articulação e, aí, pronto, me encantei pelo referencial da Saúde Coletiva e, no doutorado eu já abri mão.

E para encerrar essa discussão sobre a emancipação para o exercício da autonomia na formação e no trabalho em saúde, apresentamos esse excerto que pode servir como reflexão para pensar a superação da consciência alienada:

Então cada um ocupa um espaço, tem um espaço para cada um ocupar, é só ele encontrar o caminho dele. Então, tem espaço para todo mundo, eu acho? (Turqueza)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O homem se liberta de sua situação de sujeito à finalidade de tudo aprendendo a criar finalidade, a organizar um todo “finalizado” que ele julga e avalia. O homem supera a escravidão organizando conscientemente a finalidade.

(Marcuse)

As transformações dos modelos assistenciais em saúde, a incorporação tecnológica e as mudanças relacionadas com os aspectos epidemiológicos e demográficos da organização dos cuidados na sociedade contemporânea, nos fazem questionar a pertinência dos processos educativos, frente às reais necessidades de saúde da população. As mudanças no mundo do trabalho podem apresentar reflexos significativos no processo ensino-aprendizagem. Nessa perspectiva, o sentido do trabalho e da formação do profissional de saúde precisa ser re-significado, enquanto trabalho social complexo.

Ressaltamos que a formação não fica à margem desse contexto imposto pelo capital e está intimamente correlacionada com as possibilidades de acesso dos trabalhadores ao sistema educativo, que delinea a formação profissional. Na medida em que se consolida o trabalho precarizado na saúde, esse sistema acaba se tornando pouco ágil em dar respostas às necessidades de saúde da população, com o agravante da pressão imposta para que esse trabalhador se adapte às diversas alterações trazidas pelas tecnologias e constantes mudanças - condições essas que em nada propiciam o desenvolvimento de uma prática profissional crítica, emancipada e autônoma, com o tempo necessário para a devida avaliação da situação instalada perante as atividades que exerce.

Assim, este estudo que objetivou analisar como ocorre a relação entre a formação e as exigências de atuação profissional do Enfermeiro, tendo em vista as estruturas macrossociais determinantes do processo saúde-doença; descrever como os professoras de enfermagem Enfermeiras compreendem a construção do processo formativo e a possibilidade do desenvolvimento do exercício da autonomia no cuidar e, identificar se existe a possibilidade de escapar, contestar, desconstruir, no projeto formativo, a onipresente hegemonia do capitalismo e da sua universalidade técnico-científica consumista na área da saúde.

A primeira hipótese levantada foi sobre a formação do Enfermeiro, no contexto do sistema socioeconômico e cultural vigente, que tem assumido uma

conotação de pseudoformação, fragmentada, unidimensional, mais focada no binômio saúde-doença, privilegiando os aspectos técnico-científicos, desarticulada das necessidades, da realidade global na qual os egressos dos cursos de enfermagem vão estar inseridos.

Nesse sentido, podemos concluir a partir do que foi desenvolvido nos capítulos I, II, III e, IV nos quais foi possível identificar que a inserção e reconhecimento social do Enfermeiro estão intrinsecamente articulados às competências técnico-científicas desenvolvidas durante sua formação, está fortemente associada, apesar de todos os avanços e conquistas profissionais às tarefas técnicas, como subordinado à área biomédica - relacionando a atuação profissional como mão de obra barata, o que desqualifica a profissão, fato esse que, talvez, tenha levado as narradoras a não escolher a enfermagem como primeira opção de atuação profissional.

O reconhecimento profissional parece que se construiu a partir das atitudes individuais que formam o coletivo e que podem refletir na ampliação de um tipo de participação social, na ocupação de espaços que deem margem e reconhecimento à enfermagem como protagonista de um novo saber e de um novo fazer, em consonância com as necessidades de saúde da população. Essa falta de reconhecimento social que faz o imaginário da população acreditar que qualquer elemento da equipe de enfermagem que vestir branco é Enfermeiro, sem nenhuma diferenciação, é um marco imponente nas instituições de saúde. Isso, em parte, tem explicação nas origens da assistência prestada, pautada exclusivamente no modelo biomédico, em que a cultura da cura constitui-se ainda o foco principal de ação, senão único em alguns locais, como modelo de atenção em saúde.

Por este motivo, podemos nos deparar com uma assistência prestada em função do diagnóstico médico de corpos doentes, mesmo que muito se tenha discutido sobre a importância do trabalho interdisciplinar da equipe de saúde para a constituição de um modelo centrado no ser humano, a fim de nortear o planejamento e a execução das ações de saúde. Nesse sentido, Roggero (2010, p. 224), ao abordar a técnica e a ciência na cultura afirmativa, nos fornece subsídios de análise:

É certo que muitos indivíduos mal percebem esse fato [referindo-se à técnica, que mantém a aparência de ciência e evolução, promete a liberdade, mas mantém o homem aprisionado de forma cada vez mais complexa e sofisticada], porque estão alienados do produto do seu trabalho e até mesmo da capacidade de pensar sobre a alienação por meio do que é produzido em sua pseudoformação. Incorporaram a ideia de dominação

como natural, reproduzindo-a em todas as suas contradições. O acesso à ciência e à técnica não foi franqueado a todos e esse impedimento é pelo menos um dos fatores que mantém a dominação. Desatar o nó exige consciência, mas esta é ideologicamente manipulada – ainda que a consciência negada seja como a vida simulada que esconde a fagulha libertadora da vida verdadeira, consciência plena.

Nessa perspectiva, o trabalho do Enfermeiro se torna meramente auxiliar, com uma formação voltada para a adaptação a compreender as manifestações clínicas, com o objetivo de tratar a doença, da qual o médico é o único protagonista, sem se soltar das amarras imperceptíveis da dominação postas nesse trabalho alienante, já que não tem a consciência do processo de dominação que, sutilmente, não é imposto somente a ele, mas a todos que estão envolvidos nessa forma de cuidar das necessidades de saúde da população. Mesmo após a Declaração de Alma Ata, na qual o conceito de saúde tentou ultrapassar os limites do corpo físico e passou a considerar também o contexto social, ambiental, político e econômico dos sujeitos, a assistência em saúde continua ainda voltada às manifestações clínicas. Assim, a atuação da enfermagem acaba por apenas oferecer sustentação às práticas médicas, constituindo-se de um trabalho complementar e, consequentemente sendo dessa forma reconhecido na sociedade.

Atrelam-se a esse fato as questões sobre como ocorre o processo formativo, em que infelizmente, o que se observa em nossa realidade é a supremacia da atuação institucionalizada, burocratizada e normatizadora, cuja origem nos primórdios do ensino de enfermagem, norteado por uma visão impregnada de submissão e docilidade permanece, causando uma delimitação das possibilidades de atuação profissional, ao simplesmente seguir regras sem proceder sua análise, em detrimento do estímulo à atuação criativa para o aperfeiçoamento profissional. Esse fato instituiu uma deficiência presente desde a formação, que limita a enfermagem a discussões fechadas em seu grupo profissional, sem o devido compartilhamento na equipe multiprofissional.

Dessa forma, ela continua a ser desconhecida na riqueza das variadas visões e ações sobre as práticas de saúde que pode exercer. Talvez, nesse fato se assentem as raízes levantadas pelas narradoras em nosso estudo quanto a formação do Enfermeiro estar cada vez mais se afastando das atividades do cuidar, se revestindo de um caráter meramente burocrático, perpetuando, inconscientemente, a sua própria dominação, na dominação social.

Quanto à segunda hipótese, sobre se a construção de uma formação anti-hegemônica e anti-consumista se faz possível, suscitando uma postura crítica frente à situação socioeconômica, política e cultural em que se realiza a atividade do profissional da enfermagem, promovendo a subjetividade, a autonomia, a auto-affirmação e o auto-desenvolvimento, que transpasse os aspectos meramente técnicos e biológicos, de forma a inserir o saber da enfermagem na unidade do ser humano, no respeito às suas diferenças e necessidades fundamentais de forma a superar o reducionismo do binômio saúde-doença, a partir do que foi desenvolvido nos capítulos III e IV e, nas categorias temáticas das histórias orais de vida, as narrativas mostraram duas possibilidades de análise - o agora e o possível.

No agora, o Enfermeiro ainda não desenvolve suas atividades com autonomia. Invariavelmente, age a partir de uma consciência alienada, sem criticidade, como se não tivesse também conhecimentos importantes em sua área de atuação. Contudo, o próprio Enfermeiro ainda não percebeu que esse processo faz parte de algo maior, que a dominação não é imposta apenas a ele, mas a todos dentro do sistema de saúde, perante o modo de fazer saúde, que privilegia a razão instrumental, levando ao desenvolvimento de um trabalho alterado e alienante.

Nessa perspectiva, Roggero (2010, p. 225, 226) pensando a formação do arquiteto, defende:

Urge ouvir, antes, a si mesmo como alguém que convive em sociedade, para aprender a ouvir o outro e poder pensar numa formação que objetive o sujeito, não para fazer ressurgir práticas idealistas e inatistas, mas para desmitificar a vida simulada de que compartilhamos com infelicidade.

Com isso, na formação do, permite pensar, a possibilidade do Enfermeiro ser especialista em diferentes campos e especialidades, associando ações de decisão, coordenação, avaliação clínica, diagnóstico e intervenções de enfermagem, compartilhados com as necessidades de saúde da população, como atributos de independência e conhecimento, para atuar de forma emancipada e autônoma, nas atividades que lhe são inerentes.

Contudo, esses espaços necessitam gradativamente ser explorados e ampliados na perspectiva de atuação profissional, as questões sociais emergentes, tanto da área da saúde quanto da própria formação. Assim, pode ser possibilitada ao Enfermeiro uma atuação emancipadora e autônoma no campo da gestão de serviços de saúde; nas atividades de ensino e pesquisa; o estímulo à inserção dos alunos e profissionais nos grupos de pesquisa, projetos de extensão e uma

interação aluno-comunidade, visando atender as necessidades de saúde da população na formação e no cotidiano dos serviços de saúde.

Referente à terceira hipótese, sobre a história oral de vida de professoras de enfermagem Enfermeiras e Enfermeiras, que podem contribuir para um projeto pedagógico alternativo em enfermagem, a pesquisa permitiu concluir, a partir do que foi apresentado no capítulo IV, que a enfermagem como profissão assume o cuidado das pessoas, seja do indivíduo, da família ou comunidade, independente dos contextos e ambientes, durante todo o ciclo vital, com o objetivo da manutenção da vida e melhoria da sua qualidade, prevenindo doenças ou amenizando seus efeitos, além do seu enfoque na promoção da saúde.

Entretanto, também ficou evidente nas narrativas a visão de auxiliar outros profissionais, sem um grau de autonomia no desenvolvimento de suas funções, tanto perante a equipe multiprofissional, como dentro da própria enfermagem. Por outro lado, foram também evidenciados avanços e conquistas, tanto para a profissão quanto nos processos de formação do profissional nos espaços formais e não formais, como forma de romper a dominação e a barbárie instaladas nos espaços institucionais. Atualmente, para os próprios profissionais da saúde em geral, a prática social do Enfermeiro é pensada como sendo um articulador e integrador das ações de saúde.

Constatou-se, nas narrativas, a necessidade de incentivar, na enfermagem, as diversas opções e modalidades de atuação do Enfermeiro, bem como a sua autonomia para o trabalho, o que certamente contribuirá para uma maior valorização, melhora da sua auto-estima e reconhecimento social, bem como a necessidade de reconhecer o cuidado como o cerne de sua atuação, como compromisso social no exercício da profissão. O Enfermeiro, nessa perspectiva de ação, tem a necessidade de mergulhar na realidade do indivíduo, de estabelecer vínculos, buscando a resolutividade possível dentro do seu campo de atuação, ao resgatar a importância do cuidado para a enfermagem.

Roggero (2010, p. 221), ao pensar sobre a formação, afirmou que:

(...) a formação foi enfatizada como algo preparatório para o indivíduo fazer frente às exigências do trabalho alienado e alienante, mantendo-o aprisionado numa teia de relações e de necessidades artificiais que impedem o desenvolvimento de sua consciência e, portanto, da sua subjetividade.

A discussão dos processos formativos e no trabalho torna-se relevante no intuito de construir uma profissão menos alienada, aprisionada em si mesma, sem o desenvolvimento de sua consciência e subjetividade, que esteja comprometida e ativa nas decisões de políticas públicas, sociais e institucionais, como forma de buscar uma profissionalidade mais atuante, que tenha o compromisso social necessário para conquistar maior autonomia, a fim de realmente trabalhar com a promoção, proteção, cura e reabilitação da saúde, em defesa da vida, e mais do que isso, possibilitar espaços de articulação com os outros profissionais da saúde, para atuar de maneira mais integrada e emancipada na equipe multiprofissional, a fim de desenvolver seu verdadeiro potencial humano na saúde e na sociedade.

REFERÊNCIAS

- ABEN - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Enfermagem nos caminhos da liberdade.** 49.º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Belo Horizonte, dez., 1997.
- ABRASCO. **A ABRASCO.** (On-line). Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/sobre/>>. Acesso em: 25 ago. 2012
- ADORNO. Theodor W. Educação para quê? e O que significa elaborar o passado. In: **Educação e Emancipação**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- _____. Educação e emancipação. In: ADORNO, T. **Educação e Emancipação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- _____. Capitalismo Tardio ou Sociedade Industrial. In COHN, G. (Org.) **Coleção Grandes Cientistas Sociais**. São Paulo: Ática, 1986.
- _____. Teoria da Semicultura. In: **Educação e Sociedade**. ano XVII, n. 56, p. 388-412, dez.1996
- ALMEIDA, Eduardo. **As razões da terapêutica: racionalismo e empirismo na medicina**. Niterói: EdUFF, 2011.
- ALMEIDA, Erica Cristina . Racionalidade, corpo e sofrimento: contribuições da Escola de Frankfurt para (re)pensar o corpo na história. **Perspectiva**, v. 21, n. 01, p. 55-78, jan./jun.2003.
- ALVES, Gilberto Luiz. Em busca da historicidade das práticas escolares. Em: NASCIMENTO, Maria Isabel Moura [et al.], (orgs.). **Instituições Escolares no Brasil. Conceito e reconstrução histórica**. Campinas, SP: Autores Associados: HISTEDBR; Sorocaba, SP: UNISO; Ponta Grossa, PR: UEPG, 2007.
- AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface Comun Saúde Educ.**, v. 8, n.15, p.375-80; 2004.
- AMBROZANO, R. M. **Enfermagem – formação interdisciplinar do enfermeiro**. São Paulo: UNICID Universidade Cidade de São Paulo; Arte & Ciência Villipress, 2002.
- ANDERSEN, Gosta Esping. Welfare e experiências neoliberais. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, no.24, Set. 1999. (online). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010264451991000200006&script=sci_arttext#nt00>. Acesso em: 21 set. 2012
- ANDRADE, A. C. ; LIMA, R.J.O; SANNA, M.C. **Distribuição geográfica dos cursos de graduação em enfermagem presenciais e à distância no brasil: um estudo**

comparativo. In: Anais do 13º Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem. Belém: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Pará. 2012.

ANGELO, M. et al. Do Empirismo à Ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, nº. 2, p.211-23, ago. 1995.

ANTUNES, M.J.M. et al. Métodos pedagógicos que influenciaram o planejamento das ações educativas dos enfermeiros: revisão bibliográfica. **Rev.Esc.Enf.USP.** , v.33, n.2, p. 165-74, jun. 1999.

ARCURI, E. A. M.; ARAÚJO, T. L.; OLIVEIRA, M. A. C. Fatores que influenciaram alunos ingressantes na Escola de Enfermagem da USP, em 1981, na escolha da enfermagem como opção profissional. **Rev Esc Enferm USP**, v. 17, n. 1, p.5-19; 1983. In: SANTOS, C. E.; LEITE, M. M. J. O perfil do aluno ingressante em uma universidade particular da cidade de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n.2, p.154-6, mar-abr; 2006.

ARRETCHE, Martha. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25 – 48, set. 2002.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e humanização das práticas de saúde.** In: DESLANDES, S. F. (Org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.

#

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p.16-29, set-dez 2004.

#

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. **Sobre o Banco Interamericano de Desenvolvimento.** (online). Disponível em: <<http://www.iadb.org/pt/sobre-o-bid/sobre-o-banco-interamericano-de-desenvolvimento-.5995.html>>. Acesso em: 20 set. 2012

BARROS, Andre Falcão do Rego (org.).**Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BARREIRA, IA. A pesquisa em enfermagem no Brasil e sua posição em agência federal de fomento. **Rev. Latino Am. Enf.** Ribeirão Preto. v. 1, n. 1, p. 51-57, janeiro 1993.

BARRETO Mauricio L, TEIXEIRA M Gloria, BASTOS Francisco I, XIMENES Ricardo A A, BARATA Rita B, RODRIGUES Laura C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. In: **The Lancet Saúde no Brasil - maio de 2011.** (online). Disponível em: <www.thelancet.com> Acesso em: 30 set. 2012.

BASSANI, Jailson José & VAZ Alexandre Fernandez. Comentários sobre a educação do corpo nos “textos pedagógicos” de Theodor W. Adorno. **Perspectiva – Florianópolis UFSC**, XXI, n. 01, Jan./Jun. 2003, p. 13 – 38.

BAUMAN, Zygmunt. **Capitalismo Parasitário.** Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

BENJUMEA, C. de la C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: uma aproximación a la literatura. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.13, n.1, p.137-146, jan./mar. 2004.

BERLINGUER, Giovani. **Medicina e Política**. São Paulo:Hucitec, 1987.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: Ética do Humano – Compaixão pela terra**. 5. ed., Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p. 46, 90-91.

BORSOI, I. C. F.; CODO, W. **Enfermagem, trabalho e cuidado**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 39-151

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Parecer nº. 171/66**, aprova a criação do Curso Técnico de Enfermagem.

_____.**Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP; 1988.

_____.**Lei nº. 775, de 6/08/49** – dispõe sobre o ensino de Enfermagem no País e dá outras providências.

_____.**Lei nº. 2.367, de 7/12/54** – dispõe sobre o ensino de Enfermagem em cursos volantes.

_____.**Lei nº. 4.024, de 20/12/61** – Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

_____.**Lei nº. 7.498/86, de 26/06/86** – dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

_____.**Lei nº. 12.605, de 03/04/2012** – Determina o emprego obrigatório da flexão de gênero para nomear profissão ou grau em diplomas.

_____.**Lei ESTADUAL N. 10.241, de 17 de março de 1999** – Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências.

_____.Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.

_____.Ministério da Educação. **Parecer nº. 271/62, aprovado em 19 de outubro de 1962 – Currículo Mínimo do Curso de Enfermagem**.

_____.Ministério da Educação e Cultura. **Parecer nº. 163/72, aprovado em 28 de janeiro de 1972**.

_____.Ministério da Educação e Cultura. **Resolução nº. 4, de 25 de fevereiro de 1972. Fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de Enfermagem**.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Lei n. 9394, de 20 de dezembro 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 dez.1996. Seção 1, p. 27.

_____.Ministério da Educação e Cultura. **Portaria nº. 1.518 de 14/06/2000.** **Diretrizes curriculares do curso de graduação em Enfermagem.**

_____.Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n. 3, de 7 de novembro de 2001.** Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

_____.Ministério da Educação e Cultura. **Resolução nº. 4, de 6 de abril de 2009.** Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial.

_____.Ministério da Educação e Cultura. **Journal Citation Reports (JCR). Fator de Impacto.** (online). Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com_pcollection&mn=70&smn=79&cid=94>. Acesso em: 12 ago. 2012

_____.Ministério da Educação e Cultura. **Scopus.** (online). Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com_pcollection&mn=70&smn=79&cid=63>. Acesso em: 12 ago. 2012

_____. Ministério da Educação e Cultura. Portal MEC. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** (online). Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/EdgarMorin.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Educação Superior. **Ser universitário.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>> . Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Ministério da Educação. **ENEM: Um exame diferente.** (online). Disponível em: <<http://www.enem.inep.gov.br>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Educação Superior - Ministério da Educação. **INSTRUÇÕES PARA ELABORAÇÃO DE PLANO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL.** (online). Disponível em: <<http://www2.mec.gov.br/sapiens/pdi.html>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

_____. **Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008.** Dispõe sobre o estágio de estudantes.

_____.Ministério da Educação e do Desporto. **Portaria nº. 1.721, de 15 de dezembro de 1994.** Fixa os mínimos de conteúdos dos cursos de graduação em Enfermagem.

_____.Ministério da Educação e Saúde. **Decreto nº. 27. 426/49, de 14 de novembro de 1949.** Aprova o Regulamento básico para os Cursos de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem.

_____.Ministério da Educação e Saúde. **Residências em Saúde.** (online). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12263&Itemid=507>. Acesso em: 27 maio 2013.

_____. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Decreto nº. **15. 799 / 22 de 10 de novembro de 1922.** Aprova o regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública.

_____. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Decreto nº. 16. 300/23, de 31 de dezembro de 1923.** Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública.

_____.Ministério da Saúde.**Lei nº. 8.080, de 19/09/90** - dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____.Ministério da Saúde. **Lei nº. 10.241, de 17/03/99** – dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo, e dá outras providências.

_____.Ministério da Saúde. **Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2000.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde.** Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília; 2001

_____.Ministério da Saúde. **Anuário Estatístico de 2008.** (online). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 ago. 2011.

_____.Ministério da Saúde. **PORTARIA nº. 1.820, de 13 de agosto de 2009** - Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

_____.Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual da Saúde.** (online). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=19&item=12>>. Acesso em: 12 ago. 2012

_____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.56 p.

_____. Ministério da Saúde. **Conferências Nacionais de Saúde.** (online). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041>. Acesso em: 20 ago. 2012

_____. Ministério da Saúde. **Anais da IV Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1967. 150 p.

_____. Ministério da Saúde. **A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A REFORMA SANITÁRIA** Brasília: Ministério da Saúde, 1980a. 12 p.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da VII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1980b. 280 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na segurança social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº. 287 DE 08 DE OUTUBRO DE 1998.** (online). Disponível em: <http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf>. Acesso em: 09 set. 2012

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar** . Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 117)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP. Comitê Gestor do Decreto 7508 – GE COAP. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048/GM Em 5 de novembro de 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS ORIENTE-SE.** (online). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a09ae180483c0adca421af0d8b4275ce/genericos_cartilha.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 06 set. 2012

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Quem Somos.** (online). Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/aans/quem-somos>>. Acesso em: 06 set. 2012

_____.Ministério das Relações Exteriores. **BRICS - Agrupamento Brasil-Rússia-Índia-China-África do Sul.** (online). Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/mecanismos-inter-regionais/agrupamento-brics>>. Acesso em: 12 ago. 2012

_____.Ministério da Defesa. **Nossa história.** (online). Disponível em: <<http://projetorondon.paginaoficial.com/portal/index/pagina/id/9718/area/C/module/default>>. Acesso em: 19 de ago. de 2012

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena.** Brasília : Funasa, 2009.

_____. Portal da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU 192).** (online). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36594&janela=1>. Acesso em: 06 set. 2012.

_____. Portal da Saúde. **Brasil Soridente.** (online). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578>. Acesso em: 06 set. 2012.

_____. Portal da Saúde. **Redes de atenção à saúde.** (online). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1>. Acesso em: 06 set. 2012.

_____. Saúde da Família. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** (online). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 06 set. 2012.

_____.Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde** – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____.Senado Federal. **CPMF.** (online). Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>>. Acesso em: 04 set.. 2012.

_____. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília: Ipea, 2010. 184p.

_____. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. (online). Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

BAHIA, Ligia. **A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1988-2008 Precarização.** In: Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima (org). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. 410 p.

BASTOS, Alice Beatriz B. Izique. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo inFormação**, ano 14, n. 14, jan./dez. p. 160-169. 2010

BRASIL ESCOLA. **Segunda Guerra Mundial, Estado Novo e suas canções.** (online). Disponível em: <<http://educador.brasilescola.com/estrategias-ensino/segunda-guerra-mundial-estado-novo-suas-cancoes.htm>>. Acesso em: 25 ago. 2012

BUFFA, Ester. NOSELLA, Paolo. **Instituições Escolares. Por que e como pesquisar.** Campinas, São Paulo: Alínea, 2009.

CAMPOS et al. O Programa Nacional de Reorientação Profissional da Formação Profissional em Saúde: Pró-Saúde. In: PIERANTONI, Célia Regina; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (org.) **Educação&Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. P. 239.

CAMPOS, P. F. S.; OGUISSO, T. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 898-2; 2008. (online). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a17v61n6.pdf>> Acesso em: 03 jun. 2012.

CAMPOS, Paulo Fernando de Souza; OGUISSO,Taka; FREITAS, Genival Fernandes. CULTURA DOS CUIDADOS: MULHERES NEGRAS EFORMAÇÃO DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL BRASILEIRA. **Cultura de los Cuidados**. Año XI - N.º 22. 2007

CARVALHO, Mara Villas Boas de. Do corpo sarado ao corpo desfigurado pelo revés da morte: o cuidado como intervenção. In: CASTRO, Dagmar Silva Pinto de [et al.], (orgs.). **Corpo e Existência**. São Bernardo do Campo: UMESP: FENPEC, 2003.

CARRIJO, C. I. S.; BEZERRA, A. L. Q.; MUNARI, D. B.; MEDEIROS, M. A empregabilidade de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 356-63, jul./set.; 2007. (online). Disponível <<http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a06.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2012.

CEBES. **Quem Somos.** (Online). Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idSubCategoria=41&idConteudo=70>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

CEBES. Blog do Cebes. **Avanços e retrocessos na luta antimanicomial.** (Online). Disponível em: <<http://cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4443&idSubCategoria=56>>. Acesso em: 25 maio 2013.

CLAPIS, M. J. et al. O ensino de graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo ao longo dos seus 50 anos (1953-2003). **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.12, n.1, p. 7-13; 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a02.pdf>> Acesso em: 03 de jun. de 2012.

COELHO, M. J. Maneiras de cuidar em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, nov-dez; v.59, n.6, p.745-51; 2006.

COLENCI, R. **Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de um curso de graduação em enfermagem de instituição privada.** 2009. 145. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu. 2009.

COLENCI, R.; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 158-66; 2012.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida:** Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel- Edições técnicas. 1999.

CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SÃO PAULO. Indicação **CEE Nº. 64/2007**, determina a alteração e complementação da Indicação CEE nº. 08/2000.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Documentos Básicos de Enfermagem – Enfermeiros, Técnico e Auxiliares de Enfermagem – Principais Leis e Resoluções que regulamentam o exercício de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.**

_____.**PORTARIA/DIR/26/2007.** Disciplina a obrigatoriedade do Enfermeiro comprovar capacitação pedagógica para atuar na Formação Profissional.

_____.**Primeiras Escolas de Enfermagem no Brasil.** (online). Disponível em <<http://inter.coren-sp.gov.br/node/190>>. Acesso em: 02 ago. 2012.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem.** Brasília; 2001. p. 5-15.

DNV. **NIAHO & DNV Internacional de Acreditação.** (online). Disponível em <http://www.dnv.com/industry/healthcare/services_solutions/patient_safety_and_quality/niaho_dnv_international_accreditation/>. Acesso em: 21 set. 2012.

DUARTE A C. **Doula, Monitora, Assistente ou Acompanhante de Parto.** (online). Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/doula.html>> Acesso em: 17 out. 2012.

DUARTE, I; BUENSE, R; KOBATA, C. Phototherapy. **An. Bras. Dermatol.** [online]. 2006, vol.81, n.1, p. 74-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n1/en_v81n01a10.pdf> Acesso em: 06 mar. 2013.

DUFOUR, Dany Robert. **A arte de reduzir as cabeças – sobre a nova servidão na sociedade neoliberal.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

EAGLETON, Terry. **Ideologia.** São Paulo: Editora da UNESP: Editora Boitempo. 1997.

ENGUITA, Mariano F. **A face oculta da escola.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ENTIDADES DE ENFERMAGEM. Nota pública que contrapõem o parecer dos Ministérios da Fazenda e Planejamento, sobre o impacto financeiro da aprovação do projeto das 30 horas no serviço público. (online). Disponível em: <<http://www.forumnacional30horasja.com.br/sitesed/ent/conteudos/noticia>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

ERDMANN A L, LANZONI GMM. CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS DE PESQUISA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA CERTIFICADOS PELO CNPQ DE 2005 A 2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v12. n. 2. p. 316 - 22. 2008 jun.

ERDMANN, A. L.; FERNANDES, J. D TEIXEIRA, G. A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós graduação. **Enfermagem em Foco**, v. 2, (supl), p. 89-93; 2011. (online). Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/91/76>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

ESPERIDIÃO, E. **Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação.** 160 fls. [Dissertação de Mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP - Programa de Pós Graduação, Área Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto, 2001.

FEA-USP. **CRUSP.** (online). Disponível em: <<http://wwwfea.uspbr/conteudo.php?i=120>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

FERNANDES, J. D.; XAVIER, I. A.; CERIBELLI, M. I. P. F.; BIANCO, M. H. C.; MAEDA, D.; RODRIGUES, M. V. C. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n.4, p.443-9; 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; MACHADO, W. C. A. Ecosofia e autopoiese no cuidado com o corpo. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções.** São Paulo: Atheneu, 2001. p.191-210.

FIOCRUZ. **Frente Parlamentar da Saúde.** (online). Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/multimidia/documentos/frente-parlamentar-da-saude>>. Acesso em: 21 set. 2012.

FIOCRUZ. BIBLIOTECA VIRTUAL SÉRGIO AROUCA . **Reforma Sanitária.** (online). Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 21 set. 2012.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; Ricas, Janete; Turato, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan. 2008. (online). Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2012.

FREITAS E. **FMI e Banco Mundial**. (online). Disponível em: <<http://www.brasilescola.com/geografia/fmieberancomundial.htm>>. Acesso em: 20 set. 2012.

FUGULIN FMT, GAIDZINSKI RR, KURCGANT P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 janeiro-fevereiro; 13(1):72-8.

FUNDAÇÃO VUNESP. **Quem Somos**. (online). Disponível em: <<http://www.vunesp.com.br/internas/quem.html>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

GARCIA TR; NÓBREGA MML. PROCESSO DE ENFERMAGEM: DA TEORIA À PRÁTICA ASSISTENCIAL E DE PESQUISA. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009 jan - mar; 13 (1): 188-193. (online). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2012.

GERMANO, R.M. A evolução do ensino da ética para enfermeiros. **Rev. Bioética**, v. 4, n. 1, 1996. (online). Disponível em: <<http://revistabioetica.cfm.org.br>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

GIOVANELLA, L (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. **Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil**. Formação. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, n. 6, p. 15 - 35, 2002.

GOMES, A. I. Pérez. **A cultura escolar na sociedade neoliberal**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GÓMEZ, A. I. P. A função e formação do professor(a) no ensino para a compreensão: Diferentes perspectivas. In: SACRISTAN, J.G. **Compreender e transformar o ensino**. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 13-26.

GONZÁLEZ, Jorge Luis Cammarano. Instituições Escolares: Práticas. In: NASCIMENTO, Maria Isabel Moura [et al.], (orgs.). **Instituições Escolares no Brasil. Conceito e reconstrução histórica**. Campinas, SP: Autores Associados: HISTEDBR; Sorocaba, SP: UNISO; Ponta Grossa, PR: UEPG, 2007.

HORKHEIMER, Max; ADORNO, Theodor. **Temas Básicos da Sociologia**. São Paulo: Cultrix, 1973.

- _____. **Teoria de la seudocultura.** Sociologica, Madrid: Taurus, 1971, pp. 141-174.
- _____. **O Conceito de Esclarecimento. Dialética do Esclarecimento.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- _____. **A Indústria Cultural: o esclarecimento como mistificação das massas.** Dialética do Esclarecimento. São Paulo: Zahar, 1997.
- HORKHEIMER, Max. **Eclipse da razão.** Tradução Sebastião Uchoa Leite. São Paulo:Centaur, 2002.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas da Saúde-Assistência Médico-Sanitária.** Rio de Janeiro, IBGE, 2010.
- ILLICH, Ivan – Nemesis Medica: **La expropiación de la salud.** Trad. Carlos Godard Buen Abad. Barcelona, Barral Editores, 1975
#
- IQG. **Informações sobre o processo de acreditação internacional - Accreditation Canada.** (online). Disponível em: <<http://www.iqg.com.br/interna.php?id=2#>>. Acesso em: 21 set. 2012.
- ITIKAWA, F. A.; AFONSO, D. H.; Rodrigues, R. D.; GUIMARÃES, M. A. M. Implantação de uma nova disciplina à luz das diretrizes curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. bras. educ. med.** vol.32 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2008
- JCI. **Sobre a Joint Commission International.As melhores práticas prestadas no mundo.** (online). Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/About-JCI/>>. Acesso em: 21 set. 2012.
- JOSSO, Marie-Cristine. **Experiências de vida e formação.** São Paulo: Cortez, 2004.
- LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LEITE, J.L.; MENDES, I.A.C. Pesquisa em enfermagem e seu espaço no CNPq. **Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.**, v.4, n.3, p.389-394, 2000.
- LIMA, A R L. **Revisão Sistemática sobre tratamento farmacológico da Acatisia Aguda induzida por antipsicóticos.** 2000. Dissertação (Mestre em Medicina). São Paulo. 2000.
- LIMA, Júlio César França. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem.** 2010. 454. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2010.

LUZ, S. **Enfermagem: Quantos Somos X Onde Estamos.** (online). Disponível em <<http://www.portaldaenfermagem.com.br>>. Acesso em: 24 ago. 2011.

MANZOLLI, M. C.; MOTTELEONE, Z. Caracterização do estudante de enfermagem. *Enferm Novas Dimen*, v. 3, n. 4, p. 206-14, 1977. In: SANTOS, C. E.; LEITE, M. M. J. O perfil do aluno ingressante em uma universidade particular da cidade de São Paulo. *Rev Bras Enferm*, v. 59, n.2, p.154-6, mar-abr; 2006.

MARANHÃO, E. A. **A Construção Coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde** [online], Londrina, s/d. (online). Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/diretrizes/efrem.asp>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

MARCUSE, Herbert. **Razão e revolução**. Tradução Marília Barroso. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

_____. **Cultura e Psicanálise**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

_____. **Ideologia da Sociedade Industrial**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. A Fundação Rockefeller e instituições de ensino e pesquisa em São Paulo. Procedimentos, práticas e personagens no campo biomédico: uma análise preliminar (1916-1952). **Horizontes, Bragança Paulista**. v. 22, n. 2, p. 151-158, jul./dez. 2004

MARTINS, Alaerte. **A morte materna invisível das mulheres negras**. (online). Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/alaerte-martins-a-morte-materna-invisivel-das-mulheres-negras.html>>. Acesso em: 08 set. 2012

MASTROCOLA, R. **Vestibular**. 2010. (online). Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/41776052/VESTIBULAR>> Acesso em: 12 jun. 2012.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção à Saúde**. IN: Pereira, Isabel Brasil; Lima, Júlio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 39-43

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 2000.

MENDES. Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MESQUITA, José Ferreira De; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. **A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL:UM NOVO OLHAR SOBRE O PARADIGMA DA SAÚDE MENTAL**. (online). Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em: 06 set. 2012.

MISHIMA, S. M.; ANSELMI, M. L. Demanda por cursos de enfermagem no estado de São Paulo, Brasil: a década de 80. **Rev Panam Salud Publica**, v. 4, n. 2, p. 106-11; 1998. (online). Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/rpsp/v4n2/4n2a11.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**. V 3. 621-45, nov. 1998-fev. 1999.

MOTA, Lícia Maria Henrique e Cols. **O aumento do produto interno bruto per capita não melhorou os indicadores de saúde no Brasil**. Brasília Médica, Brasília, 48 (2): 139-147, 2010.

MOURA, A. et al. SENADEn: expressão política na Educação em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.59(esp), p.442-53; 2006.

MOTT, Maria Lúcia. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). **Cadernos Pagu**. V. 13.: p.327-355. 1999

MUNARI D B, MELO T S, PAGOTTO V, ROCHA B S, SOARES C B, MEDEIROS M. **Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(3):784-95. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>>. Acesso em: 12 de Maio de 2013.

NADAI, M. **Os 12 melhores cursos de Enfermagem do Brasil**. 2011. (online). Disponível em: <<http://guiadoestudante.abril.com.br/blogs/melhores-faculdades/os-12-melhores-cursos-de-enfermagem-do-brasil/>> Acesso em: 20 de jun. de 2012.

NEVES, R. S. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de horta. **Rev. bras. enferm**. vol.59 no.4 Brasília Jul/Ago. 2006

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez/ABEn-CEPEn; 1989.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. Brasília: UNESCO; c1999-2005. (online). Disponível em: <http://www.unesco.org.br/areas/educacao/educacaosaude/educacaoprof/PROFAE/index_html/mostra_documento>. Acesso em: 07 nov. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. OPAS/OMS. 2005. 37 p.

PACKER, Abel L. **O modus operandi online e o avanço dos periódicos brasileiros de enfermagem.** (online). Disponível em: <<http://www.unifesp.br/denf/acta/artigo.php?volume=25&ano=2012&numero=2&item=1>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: **The Lancet Saúde no Brasil - maio de 2011.** (online). Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 23 maio 2011.

PAGNI, Pedro Angelo. Subjetividade, corpo e educação na obra de Herbert Marcuse. **Perspectiva**, v. 21, n. 01, p. 79-119, jan./jun.2003.

PASSOS, Elizete Silva. **Ideologias e valores na formação de enfermeiros.** Salvador: EDUFBA/EGBA, 1996.

PEDREIRA, M. L. G. Erro Humano no sistema de Saúde. In: HARADA, M. J. C. S. (Org.). **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente.** São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p. 3-22.

PEREIRA, I.S.; RAMOS, M.N. **Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PERILLO, E. B. F.; AMORIM, M. C. S. **IMPACTOS DO PL 2.295/00: A demanda pela jornada de 30 horas para a enfermagem e seus impactos nas instituições de saúde.** São Paulo: FEHOESP/SINDHOSP, 2011.

PETITAT, André. **Produção da escola. Produção da sociedade. Análise sócio-histórica de alguns momentos decisivos da evolução escolar no ocidente.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2006. p. 21-36.

PIRES, Denise Elvira. Precarização do Trabalho Em Saúde. In: Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima (orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

PIRES RGM. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2005a;10(4):1025-35.

PIRES RGM. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Rev Bras Saúde Mater Infant.** 2005b;Supl 1:571-81.

PONTE C F, org. **Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro : Fiocruz/EPSJV, 2010.

PORTAL da CNSa. **Quem Somos. Nossa Missão.** (Online). Disponível em: <<http://www.cns.org.br/#inicio>>. Acesso em: 21 set. 2012

PORTAL EDUCAÇÃO. **TEORIA DE DOROTHEA E. OREM.** (Online). Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/25162/teoria-de-dorothea-e-orem#ixzz2UQamIOyh>>. Acesso em: 26 maio 2013.

POSSAS, Cristina. Epidemiologia e Sociedade. **Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 1998.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

PROGRAMA NACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **O que é IDH.** (online). Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>>. Acesso em: 08 set. 2012.

PRUDENTE J. **O Museu da Loucura de Barbacena retrata primeiro Hospital Psiquiátrico de Minas Gerais.** (online). Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=176>>. Acesso em: 26 maio 2013.

PUBMEB. **A Rede Vermont Oxford: baseada em evidências de melhoria da qualidade de neonatologia.** (online). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9917477h>>. Acesso em: 21 de set. de 2012.

PUCRS. **Uma Rede Ativa mundial de Competência n Melhoria da Assistência Médica de Viajantes INTERNACIONAIS.** (online). Disponível em: <<http://www.pucrs.br/feng/microg/labs/tele/projetos/temos/temosport.htm>>. Acesso em: 21 set. 2012.

QUEIROZ, A. A. **A dimensão ética do cuidar em Enfermagem.** 1993. (online). Disponível em: <<http://www.anaqueiros.com>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

_____. A prática em colaboração interdisciplinar implica uma partilha dinâmica e flexível do estatuto de autoridade. **Revista da Ordem**, Portugal, 18 out., 2002. (online). Disponível em: <<http://www.anaqueiros.com>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

RAMOS, Flávia Regina Souza; BERTONCINI, Judite Hennemann; MACHADO, Rosani Ramos; FLOR, Rita de Cássia; PIRES, Denise Elvira Pires de; GELBCK, Francine Lima. Trabalho, Educação e Política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. **Texto Contexto Enferm.** 18(2). Florianópolis, 2009 Abr - Jun; 361-8.

REICHENHEIM Michael Eduardo, SOUZA Edinilda Ramos de, MORAES Claudia Leite, JORGE Maria Helena Prado de Mello, SILVA Cosme Marcelo Furtado Passos da, MINAYO Maria Cecília de Souza. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços

alcançados e desafios futuros. In: **The Lancet Saúde no Brasil - maio de 2011.** (online). Disponível em: <www.thelancet.com> Acesso em: 30 set. 2012.

RIBEIRO, Weslley Carlos; JULIO, Renata, Siqueira. **Reflexões sobre Erro e Educação Médica em Minas Gerais.** Rev. Bras. Educ. Med. v.35 n.2, 2011. (online). Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000200016&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 mar. 2012.

ROCHA SMM, ALMEIDA MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-am Enfermagem.** 8(6):96-101, 2000

ROGGERO, Rosemary. **A vida simulada no capitalismo: percurso metodológico da pesquisa.** In: **Teoria crítica e formação do indivíduo.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. Uma Leitura sobre o Desenvolvimento do Setor Terciário no movimento contemporâneo do capital e suas relações com a qualificação profissional. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, vol. 24, n.3, set./dez., 1998.

_____. **Políticas em Educação: uma leitura ácida do papel do intelectual em prol de uma formação humana emancipada.** Mimeo, 2011.

ROGGERO, Rosemary; LARUCCIA, Mauro Maia. A Celebridade como Mercadoria da Indústria Cultural – O Caso Ronaldo Fenômeno. **Inter Sciene Place.** Ano 2 - N º 06 Mar.,2009.

ROGGERO, Rosemary. **A vida simulada no capitalismo: formação e trabalho na arquitetura.** São Paulo: Letra e Voz, 2010.

RORHS - Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. **Boletim RIO – 2008 – Empregabilidade dos Enfermeiros no Brasil.** (online). Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/110633.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2012.

_____. Boletim RIO. **Empregabilidade dos enfermeiros no Brasil. 2006** (online). Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/IMS-UERJ/Empregabilidade_trabalho.pdf> Acesso em: 13 abr. 2012.

SACRISTÁN, J.G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática.** Porto Alegre: Artes Médicas , 1998.

SALLES, Alexandre. **Quando as Mulheres Têm Voz: um estudo sobre raça, gênero e cidadania.** 2010. 214. Tese (Doutorado em Educação). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2010.

SALVADOR, Cristina Maria. Ambigüidade. In: FAZENDA, Ivani Catarina Arantes (org.). **Interdisciplinaridade: Dicionário em Construção.** São Paulo: Cortez, 2001. p. 43.

SANTOS, C. E.; LEITE, M. M. J. O perfil do aluno ingressante em uma universidade particular da cidade de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n.2, p.154-6, mar. – abr.; 2006. (online). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a06.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2012.

SANTOS, Sheila Milena Pessoa. **Graduação em Enfermagem: um olhar sobre o currículo na perspectiva de gênero.** 2011. 144. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal da Paraíba. 2011.

SANINO. Giane Elis de Carvalho. SBN – SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA/ SOBEN – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA. **“IX Encontro Paulista de Nefrologia/IX Encontro Paulista de Enfermagem em Nefrologia.** Ribeirão Preto, set, 2003.

SANINO. Giane Elis de Carvalho. **O Lócus do Cuidar na Legislação Sobre Enfermagem em uma visão Interdisciplinar na formação do Enfermeiro.** 2003. 102. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Cidade de São Paulo. São Paulo. 2003.

SANINO, Giane Elis de Carvalho. **Epidemiologia**. São Paulo: Sol, 2013.

SANTANA, Fabiana Ribeiro; NAKATANI, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani; SOUZA, Adenícia C. Silva; CASAGRANDE, Lisete D. Ribas; ESPERIDIÃO, Elizabeth. DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UMA VISÃO DIALÉTICA. (online). **Rev. Eletro. Enf.**, v. 7, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 15 nov. 2011

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A. e CARVALHO, A. M. P. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** (online). v.14, n.2, p. 285-291; 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a20.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2012.

SCHMIDT Maria Inês, DUNCAN Bruce Bartholow, SILVA Gulnar Azevedo, e MENEZES Ana Maria, MONTEIRO Carlos Augusto, BARRETO Sandhi Maria, CHOR Dora, MENEZES Paulo Rossi. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: **The Lancet Saúde no Brasil - maio de 2011.** (online). Disponível em: <www.thelancet.com> Acesso em: 30 set. 2012.

SCLIARS, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética: Fundamentos e Ética Médica.** São Paulo: Loyola, 1996.

SILVA , A. C. B. **O Ensino de Enfermagem no Piauí: História e Memória.** 2009. 170. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Piauí. Piauí. 2009.

SILVA, Eleonora Victoy Martins. **TRABALHO E ENFERMAGEM: as condições de trabalho dos enfermeiros nos hospitais públicos e privados de Belo Horizonte.** 2007. 119. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2007.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica.** São Paulo: Cortez, 1986. p. 73-81

SILVA, Ricardo Menezes. **Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras : a contribuição para o ensino de enfermagem no Brasil .** 2009. 107. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2009.

SILVA, S. É. D. **História de Vida e Representações Sociais: Desvelando o Universo do Alcoolismo dos Adolescentes.** 2010. 217. Tese (Doutorado em Enfermagem). Santa Catarina . 2010.

SOARES, A. **MODERNÍSSIMO DICIONÁRIO BRASILEIRO.** São Paulo: Angelotti

TAVARES, M. S. G.; ROLIN, E. J.; FRANCO, L.; OLIVEIRA, F. L. et al. O perfil do aluno ingressante nos cursos superiores de enfermagem do Estado de São Paulo – 1993. **Rev Paul Enferm**, v. 14, n.2/3, p.55-65; 1995.

TEIXEIRA, E.; VALE, E. G.; FERNANDES, J. D.; De SORDI, M. R. L. et al. Trajetória e tendências dos Cursos de Enfermagem no Brasil. **Rev Bras Enferm** v. 59, n. 4, 479-87; jul-ago; 2006. (online). Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019620001.pdf>> . Acesso em: 13 mar. 2012.

TEIXEIRA RR. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2003. p. 89-112.

THOMPSON, Paul. **A Voz do passado:** história oral. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

THOMSONREUTERS. **Web of Science.** (online). Disponível em: <http://thomsonreuters.com/products_services/science/science_products/az/web_of_science/>. Acesso em: 12 ago. 2012

TORREZ, Milta Neide Freire Barron. Formação pedagógica em educação profissional a distância: profissionalizando o docente em saúde. **Revista Olho Mágico** v. 8, n.º 3, set.dez., 2001.

UNIVERSIDADE SAUDÁVEL. História das Conferências Nacionais de Saúde. (online). Disponível em: <www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/.../download.php?id>. Acesso em: 24 ago. 2012.

UOL. Notícias. Economia. **Em 10 anos, profissional da saúde está ganhando menos, mas trabalhando mais.** (online). Disponível em: <<http://economia.uol.com.br/planodecarreira/ultnot/infomoney/2009/12/18/ult4229u3080.jhtm>>. Acesso em: 09 set. 2012.

VICTORA C G, AQUINO E M L, LEAL M C, MONTEIRO . C A, BARROS F C, SZWARCWALD C L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. In: **The Lancet Saúde no Brasil - maio de 2011.** (online). Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 23 maio 2011.

VIEIRA, A. L. S. Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil:** estudos e análises. Brasília (DF): MS, 2004.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WIECZYN SK, M. **CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE O SURGIMENTO DO WELFARE STATE E SUAS IMPLICAÇÕES NAS POLÍTICAS SOCIAIS: UMA VERSÃO PRELIMINAR.** (online). Disponível em: <<http://www.portalsocial.ufsc.br/publicacao/consideracoes.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2012.

XAVIER, I. M. Graduação em enfermagem como o lócus da formação do enfermeiro: diretrizes curriculares e projeto pedagógico. **Rev. Bras. Enf.**, v. 54, n. 1, p. 5-6, 2001.

ZELDIN, Theodore. **Uma história íntima da humanidade.** Rio de Janeiro: Record, 1997.

ZUIN, Antônio A. S. O corpo como publicidade ambulante. **Perspectiva**, v. 21, n. 01, p. 39-53, jan./jun.2003.

ZUIN, Antônio A. S. **Indústria Cultura e Educação. O Novo Canto da Sereia.** Campinas: Autores Associados, 1999.

ANEXOS

Anexo 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Nome do colaborador: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Cidade: _____ CEP: _____

E-mail: _____

1. Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa acadêmica, em nível de doutorado, cujo título é **A VIDA QUE PULSA NA ENFERMAGEM: Formação e Trabalho na Enfermagem o Lócus da Autonomia Para Exercer o Cuidar**, que objetiva analisar como ocorre a formação do Enfermeiro, tendo em vista as estruturas macrossociais determinantes do processo saúde-doença. Identificar como os Enfermeiros compreendem a construção do processo formativo e a possibilidade do exercício da autonomia no cuidar.

2. Serão realizadas entrevistas individuais com quatro Enfermeiros (dois educadores/dois não educadores formados a partir de 2006), pelo método da história oral de vida, tendo as seguintes questões norteadoras: Como e quando surgiu a vontade de ser Enfermeiro? Como a enfermagem entrou na sua vida e, que faz de você ser o Enfermeiro que você é?

A entrevista será gravada e transcrita, e os dados disponibilizados para uso acadêmico pela pesquisadora Giane Elis de Carvalho Sanino e suas palavras podem ser citadas em publicações acadêmicas.

3. A entrevista pode durar de 45 minutos a duas horas. No entanto, você pode retirar-se da entrevista a qualquer momento sem prejuízo, antes da execução e entrega de uma carta de cessão de direitos. Você também terá a oportunidade de fazer disposições especiais ou restrições na carta de cessão de direitos. No caso de você optar por retirar-se durante a entrevista, qualquer gravação feita da entrevista será destruída, e nenhuma transcrição será feita.

- 4. Desconforto ou Riscos Esperados:** Você será submetido a risco mínimo, pois durante a entrevista não se espera desconforto físico, contudo o método de história oral de vida pode reavivar lembranças que possam trazer algum tipo de desconforto psicológico discreto ao entrevistado.
- 5. Sem prejuízo do disposto do parágrafo seis abaixo, após a conclusão da entrevista, a gravação e conteúdo da entrevista pertencem à pesquisadora, e as informações da entrevista podem ser usadas da maneira que determinar, inclusive uso futuro por pesquisadores em apresentações e publicações.**
- 6. A pesquisadora concorda que não vai usar ou exercer qualquer dos seus direitos à informação na entrevista antes da assinatura do termo de consentimento e da carta de cessão de direitos da entrevista, gravada, transcrita e autorizada para seu uso no todo ou em partes.**
- 7. A carta de cessão de direitos será submetida a você para sua assinatura antes da entrevista juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido.**
- 8. Restrições sobre o uso da entrevista podem ser colocadas na carta de cessão por você e será aceito como alterando os direitos sobre o conteúdo da entrevista, tais como restrições específicas, como o uso de pseudônimo e tratamento de informações de identificação pessoal.**
- 9. Garantia do Sigilo:** Os pesquisadores asseguram a privacidade dos colaboradores quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, bem como a adoção de todos os aspectos legais, elaborados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília – DF.
- 10. A pesquisa será desenvolvida em data e local previamente combinado de maneira que fique adequado ao colaborador.**

11. Ao assinar a carta de cessão de direitos, a cópia gravada e uma cópia da transcrição serão mantidos na posse de Giane Elis de Carvalho Sanino, Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Nove de Julho, Rua Francisco Matarazzo, 612.

12. Se você tiver dúvidas sobre o projeto de pesquisa ou procedimentos, você pode entrar em contato com a pesquisadora Giane Elis de Carvalho Sanino, e-mail: elissanini@ig.com.br cel. (11) 96288-8839; e/ou com a orientadora Profa. Dra. Rosemary Roggero, e-mail: roseroggero@uol.com.br.

Endereço do Comitê de Ética da Uninove: Rua. Vergueiro nº. 235/249 – Liberdade – São Paulo – SP CEP. 01504-001 Fone: 3385-9059

13. Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____,
após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmo que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

* Não assine este termo se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

São Paulo, / /2013

Nome (por extenso):_____

Assinatura:_____

1^a via: Instituição

2^a via: Colaborador

Anexo 2. CARTA DE CESSÃO DE ENTREVISTA

Eu, _____,
estado civil_____, portador (a) da carteira de identidade nº.
_____, idade ____ anos, declaro, para os devidos fins, que cedo
os direitos de minha entrevista gravada, transcrita, trascrita e autorizada para
leitura e inclusão no trabalho de Tese de Doutorado em Educação da aluna Giane
Elis de Carvalho Sanino: **A VIDA QUE PULSA NA ENFERMAGEM: Formação e
Trabalho na Enfermagem o Lócus da Autonomia Para Exercer o Cuidar**,
podendo ser utilizada integralmente, sem restrições de prazos, citações e meios de
divulgação, desde a presente data.

Abdico assim dos meus direitos sobre a entrevista, abdicação que alcança
também meus descendentes.

Subscrevo-me atenciosamente.

São Paulo, / /2013

Anexo 3. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VIDA QUE PULSA NA ENFERMAGEM: Formação e Trabalho na Enfermagem o Lócus da Autonomia Para Exercer o Cuidar

Pesquisador: Giane Elis de Carvalho Sanino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20567013.4.0000.5511

Instituição Proponente: Universidade Nove de Julho - UNINOVE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 391.421

Data da Relatoria: 11/09/2013

Apresentação do Projeto:

O tema dessa pesquisa é a relação entre a formação do Enfermeiro, trabalho e sociedade, o profissional de Enfermagem compõe a maior categoria em números dentre as 14 profissões da área da saúde. Somando as categorias profissionais da enfermagem (Auxiliar de Enfermagem e Enfermeiro) com vínculos formais de emprego, temos um total de 60,3% da área da saúde. 883 universidades brasileiras oferecem o curso de Graduação em Enfermagem, sendo que existe uma predominância numérica da rede privada, que engloba 85,97% dos estabelecimentos, enquanto o setor público é responsável por apenas 14,03% das instituições. Pesquisa de interesse para a área da enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Analizar como ocorre a formação do Enfermeiro, tendo em vista as estruturas macrossociais determinantes do processo saúde-doença; b) Descrever como os professores de enfermagem Enfermeiros e os Enfermeiros compreendem a construção do processo formativo e a possibilidade do desenvolvimento do exercício da autonomia no cuidar. c) Identificar se existe a possibilidade de escapar, contestar, desconstruir no projeto formativo, a onipresente hegemonia do capitalismo e sua universalidade técnico-científica consumista na área da saúde. Claros e precisos.

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

CEP: 01.504-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9059

E-mail: comitedeetica@uninove.br

Continuação do Parecer: 391.421

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há possibilidade das indagações despertarem desconforto psicológico discreto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa expõe os objetivos, metodologia com aplicação de instrumento de coleta de dados, descreve o tempo para a entrevista (45 minutos a 2 horas) em local a ser combinado. Contem dados do pesquisador e CoEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos anexados: TCLE, projeto, termo de concessão, folha de rosto.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 11 de Setembro de 2013

Assinador por:
Stella Regina Zamuner
(Coordenador)