

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Carla Franca Salustiano

AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E A DIVISÃO TÉCNICA E  
SOCIAL DO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Rio de Janeiro  
2013

Carla Franca Salustiano

AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E A DIVISÃO TÉCNICA E  
SOCIAL DO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como  
requisito parcial para obtenção do título de mestre  
em Educação de Profissionais de Saúde.

Orientador: Dr. Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro  
2013

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S181d Salustiano, Carla Franca  
As diretrizes curriculares nacionais e a  
divisão técnica e social do trabalho em  
Enfermagem / Carla Franca Salustiano. - Rio de  
Janeiro, 2013.  
58 f.

Orientador: Gustavo Corrêa Matta

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
2013.

1. Formação Profissionalizante. 2. Diretrizes  
Curriculares Nacionais. 3. Divisão Técnica e Social  
do Trabalho. 4. Trabalho e Educação. 5. Enfermagem.  
I. Matta, Gustavo Corrêa. II. Título.

CDD 370.113

Carla Franca Salustiano

AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E A DIVISÃO TÉCNICA E  
SOCIAL DO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como  
requisito parcial para obtenção do título de mestre  
em Educação de Profissionais de Saúde.

Aprovado em 18/09/2013

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Lúcia Monteiro Henriques - FENF/ UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Arlinda Barbosa Moreno - ENSP/FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Júlio Cesar França Lima - EPSJV/FIOCRUZ (SUPLENTE)

*Dedico esta dissertação aos meus  
companheiros de labuta. Para aqueles  
que sonham, lutam e buscam ideais de  
uma profissão tão enorme e tão  
pequena. Que as páginas que seguem  
sirvam de reflexão para a transformação  
de práticas de cuidado... Cuidado com a  
enfermagem.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao meu Deus, que é fonte de inspiração e força;*

*Aos meus pais, José e Dilzete, pela fiel dedicação e segurança;*

*A minha irmã, Monique, pelos livros e trocas;*

*Ao meu companheiro, André Luiz, pelo afago e vibração;*

*Ao meu filhote, Bruno, pelo sorriso e abraços coletivos;*

*Ao meu orientador, Gustavo Matta, pela possibilidade dos inúmeros reencontros;*

*Aos parentes e amigos que engravidaram deste tema comigo;*

*Aos meus queridos colegas de profissão, em especial a amiga Viviane Guida, que contribuíram para a conclusão deste trabalho.*

## RESUMO

Este trabalho surgiu diante do escasso debate, em documentos oficiais, sobre a divisão técnica e social do trabalho em enfermagem durante a formação. De certo, sabe-se que os trabalhadores de nível médio, oriundos em sua grande maioria, de classes sociais menos favorecidas, recebem o mínimo necessário para executar tarefas. Consta-se assim uma contradição, pois se prega maior e melhor qualidade na assistência, e quem executa é o menos qualificado. Esta dissertação foi construída a partir de uma revisão de literatura que versa sobre o trabalho de enfermagem e sua divisão técnica e social; como também a evolução histórica da formação em enfermagem. A partir da discussão teórica, apresenta-se as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) - Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, quando nota-se o ensino destinado aos enfermeiros no Brasil focalizado, discursivamente, na formação de líderes para ocuparem os cargos de chefia existentes nos serviços de saúde, treinamento e supervisão do pessoal auxiliar. Entretanto, a escola tem reproduzido a imagem do enfermeiro como um profissional prestador de cuidados com qualidade, ensinando a valorizar e executar o cuidado individualizado ao paciente, em bases científicas. Contudo, sua função primordial, na prática cotidiana, tem se constituído, basicamente, na gerência dos serviços, no controle de material e de pessoal em atenção às expectativas do empregador. Nota-se que as mudanças curriculares no ensino de enfermagem no Brasil, tiveram a preocupação com a adequação da formação do enfermeiro aos interesses do mercado de trabalho e da formação voltada para a integralidade do cuidado à saúde, obscurecendo a necessária articulação entre as formações voltadas as diferentes categorias da enfermagem. Observou-se um silenciamento nas DCN sobre a configuração dos profissionais de enfermagem, em pessoal de nível técnico e superior. Não havendo qualquer citação nas DCN que objetivamente enfatizem a importância da configuração da profissão no que tange a divisão técnica e social do trabalho. De certo, é preciso transpor o foco de interesse do mercado de trabalho, e inserir efetivamente o futuro enfermeiro, enquanto coordenador da maior profissão do sistema de saúde, capaz de administrar não somente o processo de trabalho, mas coordenar ações de enfermagem e para a enfermagem.

Palavras-Chave: Diretrizes Curriculares Nacionais; Divisão Técnica e Social do Trabalho; Trabalho e Educação em Enfermagem.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	07
<b>2 DESENVOLVIMENTO</b>	11
2.1 UM RECORTE HISTÓRICO DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	11
2.2 A POLITECNIA NA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES	18
2.3 O TRABALHO DE ENFERMAGEM E SUA DIVISÃO TÉCNICA E SOCIAL	20
2.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS DCN NA FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM	30
<b>3 METODOLOGIA</b>	33
<b>4 ANÁLISE</b>	36
4.1 CATEGORIA A – INTEGRALIDADE NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM	36
4.2 CATEGORIA B – A FUNÇÃO GERENCIAL DO ENFERMEIRO	41
4.3 CATEGORIA C – A FORMAÇÃO POR COMPETÊNCIAS NA ENFERMAGEM	49
<b>5 CONCLUSÃO</b>	53
<b>REFERÊNCIAS</b>	57



## 1 INTRODUÇÃO

Como instrumento eficaz para o aprofundamento de temáticas que inquietaram ao longo do meu percurso profissional, apresento esta dissertação, necessária à conclusão do Mestrado Profissional em Educação de Profissionais de Saúde da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ).

Durante a graduação na Faculdade de Enfermagem da UERJ fui bolsista no projeto Ensina-SUS (CNPQ LAPPIS – IMS), que conheceu experiências de transformação em cursos da área de saúde utilizando como eixo de análise a integralidade da atenção e do cuidado em saúde, bem como seus efeitos de produção de subjetividade em suas diferentes inserções.

O estudo aprofundado das temáticas - Educação e Integralidade- gerou minha monografia de conclusão de curso: Integralidade do Cuidado à Saúde no processo de formação da FENF/UERJ, identificando e analisando pistas de Integralidade do Cuidado à saúde que se manifestavam no processo de formação desta instituição.

Após a formação, iniciei a trajetória profissional na docência, ministrando aulas teóricas e práticas na formação de técnicos de enfermagem da Escola Técnica Izabel dos Santos.

Neste momento confrontava questões relacionadas ao ensino superior e médio de enfermagem, diante de contextos pedagógicos similares, visto que tanto a UERJ quanto a Escola Técnica Izabel dos Santos trabalham em prol de um currículo integrado, pretendendo a discussão político-social em seus espaços de ensino-aprendizagem.

Recordo-me que ao iniciar a carreira docente junto à formação de técnicos de enfermagem, questionava sobre quais conteúdos poderia ofertar aos meus alunos, visto a barreira tênue na diferenciação formativa das diferentes categorias na enfermagem.

Pouco tempo depois, retornei à FENF-UERJ como docente contratada, onde observei a diferença crucial entre a formação média e superior em enfermagem: a duração dos cursos. Na formação do técnico de enfermagem, como o próprio nome diz, forma-se um trabalhador dotado de destrezas, capaz de executar ações com perfeição; a mão-de-obra especializada, pronto para o mercado de trabalho de forma rápida (18 meses). Em contrapartida, na formação do enfermeiro, forma-se um trabalhador com potencial para gerir, pesquisar e educar, além de prestar assistência de enfermagem, observando o

processo de trabalho, com formação em cinco anos.

Concomitante a este período, dava aula em outras três escolas técnicas da rede particular com currículos ditos conservadores, tendo pouco tempo destinado para a reflexão dos contextos de saúde no país, com pouca ênfase ao SUS e seus princípios.

Logo após, assumi a coordenação técnica de uma destas escolas, e iniciei a pós-graduação em Educação de Profissionais de Saúde na EPSJV-FIOCRUZ, onde aprofundei leituras sobre educação, formação e trabalho em saúde.

Em 2008, entrei para a Marinha do Brasil (MB) como militar-enfermeira, tempo este que confrontei minha bagagem teórica com os pilares do militarismo e sua organização.

Diante da enorme dificuldade de aproximação de contextos teóricos e práticos, permaneci na coordenação do curso técnico na esfera civil, o que me permitiu perpetuar os estudos já lançados na minha vida acadêmica.

A experiência profissional na MB deixava transparente a hierarquia na enfermagem, onde o oficial-enfermeiro está hierarquicamente superior aos praças-técnicos de enfermagem. E neste contexto muito disciplinado de trabalhar, vivenciei momentos que delimitavam bastante o técnico de enfermagem com excelente destreza na execução de procedimentos relacionados ao cuidado à saúde; e em contrapartida, os enfermeiros atribuídos de ações de coordenação da equipe de enfermagem, ações administrativas voltadas à assistência, e também assumindo os cuidados de enfermagem de maior complexidade (procedimentos).

Em 2010, iniciei a experiência hospitalar como enfermeira-civil, em um hospital especializado em ortopedia, do Ministério da Saúde, onde percebi grandes amarras na divisão técnica e social do trabalho de enfermagem.

Diante das experiências acumuladas no trabalho de enfermagem, vivenciei discussões em prol de uma assistência de qualidade. No entanto, dificilmente vi debater, em documentos oficiais, a divisão técnica e social do trabalho dos profissionais de enfermagem durante a formação, ou seja a suscitação de uma reflexão sobre o exercício profissional em prol da qualidade da assistência à saúde.

Sendo assim, este trabalho surgiu nas salas de aula durante a formação em enfermagem, onde vivenciei a construção do perfil profissional nas diferentes categorias da enfermagem.

Durante a formação há momentos de aproximação com a Lei do Exercício Profissional que versa sobre as atividades a serem desempenhadas pelas diferentes

categorias. Em outros momentos, nos aproximamos à realidade, junto aos usuários do sistema único de saúde, quando há o primeiro encontro entre os profissionais de enfermagem.

Neste momento, os técnicos de enfermagem aguçam o saber-fazer, pondo os enfermeiros à prova, visto seu precário enriquecimento prático durante a formação. Já os enfermeiros, estufam-se de conhecimento teórico, colocando-se hierarquicamente superior, frente aos técnicos de enfermagem.

Deste primeiro encontro, que deveria ser a aproximação das categorias da enfermagem, capaz de consolidar uma equipe de enfermagem com perfis complementares, acaba demarcando o distanciamento das categorias, dicotomizando fortemente, os que fazem e os que coordenam.

Além disso, na reconstrução cotidiana do poder e da dominação existentes das práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam, configurando os experts, do trabalho valorizado, científico, profissional, e os de suporte (mesmo que indispensáveis) missivista, rotineiros, taylorizados, exigentes em presença constante (24 horas), intensivos e também ditos de hotelaria.

O trabalho de enfermagem se incorpora aos fins, se materializando nas jornadas contínuas, nas 24 horas de presença constante no hospital, que exprimem a intensidade do trabalho e sua indispensabilidade. Inscrevendo-na em uma dinâmica de divisão do trabalho ditada, em parte, pela gestão organizacional de saúde, sustentam a hierarquia e os baixos níveis salariais da enfermagem, como também os postos mais valorizados na estrutura de poder. (Lopes; Leal, 2005, p.27)

Segundo o COFEN, em 2001, havia 90.661 enfermeiros existentes no país, formados em 139 escolas de enfermagem, e 102.897 técnicos de enfermagem e 451.911 auxiliares de enfermagem. (Ribeiro; Pedrão, 2001)

Assim, os trabalhadores de nível médio, oriundos em sua grande maioria, de classes sociais menos favorecidas, recebem o mínimo necessário para executar tarefas (Senaden, 1994). Constata-se assim uma contradição, pois se prega maior e melhor qualidade na assistência, e quem executa é o menos qualificado.

Diante deste nó, marcado pela distância entre formação e o trabalho de enfermagem, pretendo buscar nas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem, pistas sobre a divisão técnica e social do trabalho.

Pressupõe-se que as diretrizes da formação em enfermagem devam também fomentar as discussões de interesse da classe, como a organização do processo de

trabalho e sua divisão técnica e social. Entretanto, não se pretende alavancar a formação como o único espaço destinado para esta discussão. Este estudo pretende colocar em questão a organização da profissão (baseada na divisão técnica do trabalho), o que diante de demandas históricas exhibe as divisões sociais existentes na enfermagem.

A escassez de pesquisas em enfermagem voltadas para a própria enfermagem e, conseqüentemente, a pouca compreensão que se tem dela como prática social para entender as contradições do seu trabalho foi a razão desencadeadora deste estudo. Assim, esta investigação tem como fio condutor o saber de enfermagem numa perspectiva histórico-social.

Para tanto, esta dissertação foi construída a partir de uma revisão de literatura que versa sobre o trabalho de enfermagem e sua divisão técnica e social; como também a evolução histórica da formação em enfermagem.

Tal revisão bibliográfica foi utilizada para introduzir as Diretrizes Curriculares Nacionais, e também apresentar conceitos capazes de embasar sua discussão. Utilizou-se como referências teórico-metodológicas as contribuições de autores da economia-política, sociologia, que ofereceram dados importantes para a contextualização do objeto de estudo.

Em sendo assim, segue o marco teórico organizado em eixos importantes ao objeto proposto, como: um recorte histórico da formação em enfermagem; a politecnia na formação de trabalhadores; o trabalho de enfermagem e sua divisão técnica e social ; e a contextualização das Diretrizes Curriculares Nacionais na formação superior em enfermagem.

A partir desta discussão teórica, aproxima-se o leitor às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) - Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, derradeiro documento que rege a formação superior em enfermagem, a fim de buscar pistas sobre a divisão técnica e social do trabalho de enfermagem.

Entendemos que as DCN do Curso de Graduação em Enfermagem expressam elementos que direcionam a formação de enfermeiros para o SUS. Assim, ao analisar essa superestrutura pretende-se buscar as inflexões das diretrizes curriculares nacionais nacionais da formação superior em enfermagem sobre a divisão técnica e social do trabalho.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 UM RECORTE HISTÓRICO DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A enfermagem moderna surge na Inglaterra, com Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, dada a necessidade de organizar os hospitais militares para o cuidado do corpo do soldado, no decorrer da Guerra da Criméia, e respondendo a um projeto mais amplo que se instalava na época, o projeto burguês expansionista, do qual faz parte a necessidade social de recuperação da força de trabalho, imprescindível para a produção capitalista que se instalava (Gomes et al., 1997,p.56).

Após a guerra, Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, em 1860, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola Nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. (Alcantara, 1963, p.24)

Diante à organização e execução do cuidado ao doente, a formação de enfermagem se distinguiu em duas categorias diferentes – as lady nurses, que executavam as atividades de supervisão e ensino, e as nurses, que eram responsáveis pelos cuidados propriamente ditos.

Assim sendo, a enfermagem constitui um trabalho pautado na dimensão prática das técnicas e, também, na dimensão prática do saber administrativo, o que se configura na gênese da divisão técnica e social destes trabalhadores, à medida que ocorre uma separação entre a concepção e a execução das atividades do cuidado (Gomes et al., 1997, p.57).

Considera-se que o ensino oficial sistematizado da Enfermagem Moderna no Brasil foi introduzido em 1923 pelo Decreto n. 16.300, no Rio de Janeiro, mediante a organização do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

O ensino sistematizado da Enfermagem Moderna tinha como propósito formar profissionais que garantissem o saneamento urbano, condição necessária ao comércio internacional que sofria ameaça das epidemias. Essa capacitação estava a cargo de enfermeiras norte-americanas da Fundação Rockefeller. (Galleguillos; Oliveira, 2001, p.132)

Na época, o Brasil iniciava seu processo de industrialização, com uma grande

pressão da classe trabalhadora por assistência médica individual. E diante da nova necessidade de mercado, “a enfermagem brasileira nasceu atrelada ao modelo hospitalar de atenção individual e curativa, e não para a saúde pública”. (Rizzotto, 1995, p.32)

No Brasil à época, o trabalho de enfermagem não gozava de grande prestígio social. A atividade era desempenhada por pessoas de pouco ou nenhum preparo técnico. Além disso, na falta de recursos tecnológicos, preferiam receber cuidados à saúde em sua própria residência. (Oguisso, 2000, p.45)

A natureza do trabalho em enfermagem era baseada numa rígida divisão do trabalho, tipicamente taylorista-fordista. Assim, a formação dos trabalhadores era feita predominantemente como treinamento em serviços. (Ramos, 2010, p.42)

Este tipo de formação perpetuou até finais do século XX, e o treinamento calcado na reprodução técnica e mecânica do trabalho era insuficiente, visto que perdia-se o potencial da formação ampla, reduzindo a capacidade de pensar no cotidiano mais imediato e o contexto em que se insere.

Havia também o problema da predominância de pessoal de nível superior, em particular dos médicos, e de pessoal sem qualificação técnica formal, configurando a denominada equipe bipolar médico-atendente.

A partir da crise do capital iniciada ao final da década de 1960, foram denunciadas a incapacidade do modelo biomédico de responder às necessidades de melhoria das condições de saúde da população; a medicalização dos problemas de caráter socioeconômicos; a iatrogenia e o caráter corporativo da atuação dos profissionais. (Stotz, 1993, p.134)

Já em meados dos anos 70, apontava-se a crítica à formação especializada e curativa dos profissionais de saúde e a necessidade de incentivar a utilização de métodos que estimulassem a atuação multiprofissional. Porém, somente a partir dos anos 80 a tendência a bipolaridade das equipes de saúde é revertida, aumentando a presença de profissionais de nível médio, e de outros profissionais de nível superior não-médicos, configurando a possibilidade de trabalho em equipes multiprofissionais mais complexas e qualificadas. (Machado et al, 1992, p.19)

Diante da dificuldade de mudança neste o contexto, o Projeto Larga Escala foi o marco político e conceitual na reconstrução do princípio de integração ensino-serviço, cuja ênfase estava menos na divisão técnica do trabalho e mais nas discussões sobre as estratégias pedagógicas de formação. A proposta se voltava especialmente para aqueles já inseridos nos serviços, posto que deles não podiam se afastar para se formarem em

cursos técnicos regulares. (Ramos, 2010, p.45)

O projeto Larga Escala criticou o chamado ‘currículo formal’, considerando-o constituído por disciplinas como campos de conhecimento delimitados e estanques, o que costumava fazer o estudo dos problemas de saúde isolados dos seus diferentes contextos sociais. (Ramos, 2010, p.48)

A partir dos anos 80, desencadeou-se um amplo processo de discussão sobre a formação dos profissionais de saúde, baseado nas determinações sociais do processo saúde-doença (Trino Romano, 1999 p.68).

Este movimento buscava a superação do ensino em saúde vigente, centrado no modelo biomédico de assistência hospitalar de enfoque tecnicista e funcionalista, pautado em dicotomias entre saúde/doença; prevenção/cura; assistência hospitalar/saúde pública; unidade de internação/ambatório, refletindo tal equívoco no exercício profissional. (Dilly, C.M.L. Jesus, M.C. P, 1995, p.77)

Já o PROFAE (Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem), desenvolvido na década de 90, promoveu a qualificação profissional de auxiliares de enfermagem com escolaridade ao nível fundamental. Proporcionou também a habilitação técnica de nível médio para trabalhadores que tivessem a escolaridade equivalente. Este programa buscou, prioritariamente, reconhecer e valorizar a qualificação real do trabalhador, compreendida como um conjunto de competências que vão além da dimensão cognitiva, constituindo-se mais no ‘saber-ser’ do que no ‘saber-fazer’. (Marques, 2001, apud Ramos, 2010, p.50)

Para o PROFAE, o modelo de competências na área da saúde não restringia-se à dimensão técnico-instrumental, tornando-se uma simples estratégia de adaptação às necessidades do processo produtivo, esquecendo-se de que a produção e prestação dos serviços de saúde têm como característica fundamental a função de acautelamento dos riscos e resguardo do direito à vida, com qualidade. (Deluiz, 2001, p.222)

A concepção de competência adotada no PROFAE aproximou-se, assim, de uma perspectiva crítica, na medida em que buscou a construção e a mobilização de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores não apenas na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão sócio-política, comunicacional e de inter-relações pessoais. Finalmente, o enfoque das competências adotado pelo projeto não se restringe a uma perspectiva individualista, pois considerou que as competências profissionais são construídas ao longo da trajetória da vida profissional do trabalhador, o qual partilha experiências e práticas coletivas, e que estão condicionadas pelo contexto econômico,

social e político, sendo expressão de relações sociais e resultante de negociações entre os interesses dos diversos atores envolvidos no processo. (Deluiz,2001,p.224)

Com intensa mobilização da ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), dos sindicatos e das Escolas de Enfermagem, predominando as públicas, resultou na conquista do parecer CFE Nº 314/ 1994, que apontava para a compreensão conjuntural do país e do contexto de saúde, e a estreita relação entre processo de formação e de trabalho de enfermeiros. (Trino Romano, 2000, p.76)

O chamado Currículo Mínimo contemplava uma formação de enfermeiros voltada para o atendimento das demandas de saúde da população, estando em consonância com os princípios de Universalidade, Equidade, Integralidade e Resolutividade das ações de saúde em todos os níveis de assistência. (Brasil, 1994)

Com o início dos anos 90, foram intensificados os debates sobre a atenção integral em torno da noção de integralidade da saúde. Esta noção de integralidade requer de forma mais objetiva e intensa a atuação profissional na modalidade de trabalho em equipe, com a inclusão de um leque variado de profissionais que podem contribuir na construção de saberes e práticas que vão além do modelo biomédico, abarcando as múltiplas dimensões da saúde. (Pinheiro; Mattos, 2004)

Em virtude da nova LDB – Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996- é prevista uma reestruturação dos cursos de graduação, com extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso.

E novamente, a ABEn liderou amplos debates com a categoria, que reafirmou os princípios e diretrizes pelos quais haviam lutado durante dez anos, marco de profundas mudanças na formação dos enfermeiros, permitindo que estivessem um passo a frente na formação das demais categorias da saúde (Trino Romano, 2000, p.77).

A estratégia política fez com que a Câmara de Educação Superior (CES) reafirmasse a formação de um enfermeiro generalista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Brasil, 2001).

Em todas as mudanças curriculares no ensino de enfermagem no Brasil, denuncia-se a predominância do modelo médico-hospitalar no ensino de graduação. “A legislação sobre o ensino de enfermagem desde a criação da Escola Anna Nery, compreendendo os currículos de 1923,1949,1962 e 1972, revelam que a formação do enfermeiro era centrada no pólo indivíduo-doença-cura e na assistência hospitalar, seguindo o mercado específico de cada época” (Rizzotto, 1995, p.43)



Já no tempo pós-implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se a necessidade de mudanças na formação de profissionais voltados a uma nova concepção de saúde, visto que necessitam incorporar princípios e diretrizes do SUS nas suas práticas profissionais. A formação, portanto, deve buscar o desenvolvimento de condições de “atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social, redimensionando a autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado”. (Ceccim; Feurwerker, 2003, p.2)

Consta no Artigo 18, da Constituição Federal de 1988 - atribuir ao SUS a função de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, que até aquele momento era responsabilidade exclusiva do Ministério da Educação. (Brasil, 1988)

O cenário histórico e social da criação e instituição do SUS mostra-se contraditório e complexo, em que se confrontam as posições progressistas, defendendo a saúde como um direito universal, extensivo a todos os cidadãos do país, sem distinções, e a realidade da formação recente do capitalismo, que faz da saúde uma mercadoria, um privilégio daqueles capazes de pagar por planos de saúde ou pelo bom atendimento médico nos melhores centros do Brasil. (Ramos,2010, p.18)

Com o Sistema Único de Saúde (SUS), a formação tendeu a se modificar a fim de atender a demanda do novo movimento histórico, onde “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização; Atendimento Integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da Comunidade”. (Brasil, 1988)

Assim, além da competência formal, de caráter técnico-científico, os trabalhadores de saúde devem desenvolver competência política pra a integralização da competência humana para o cuidar profissionalizado no SUS, com o intuito de humanizar o conhecimento ao vinculá-lo aos fins político-sociais da profissão. (Ramos, 2010, p.53)

Mas na contra-mão do almejado para SUS, os futuros trabalhadores da saúde ainda são formados alheios ao sistema de saúde brasileiro, participantes do boicote do setor público, por não serem formados para trabalhar em favor da qualidade dos serviços prestados por ele. E isentos da sua participação popular enquanto profissionais de saúde não se perceberem integrantes a uma grande categoria profissional (Leher,2007,p.121)

Haja vista a necessidade de mudança é preciso gerar mecanismos que incentivem a discussão política que surge através da integração dos trabalhadores que fazem o SUS. Sendo assim, a integração dos trabalhadores é uma temática importante e deve ser componente da organização pedagógica utilizada nas diversas Instituições de Ensino.

Pois, na medida em que o sujeito assume a postura crítico-prática, compromete-se com o que está por nascer, engajar-se na luta pela concretização do por-vir, e é naturalmente levado a tentar adotar algo do ponto de vista correspondente à realidade que está contribuindo para criar. (Marx apud Konder, 1998, p.39).

Considera-se, também imprescindível, promover maior articulação entre o processo formativo e os serviços de saúde, e para tanto, a formação profissional em saúde de qualidade impõe mudanças profundas nas práticas pedagógicas utilizadas na formação dos trabalhadores, como a realização de estágios supervisionados, maior articulação teoria-prática e desenvolvimento de habilidades e competências nos serviços e programas de saúde. (RORHS,2004)

Outrossim, não é possível construir práticas integrais na saúde se os próprios trabalhadores do setor não se reconhecem inseridos de forma integral na sociedade. Assim, o profissional não sendo integral, desconhece suas dimensões e relações: inibe-se a discussão social junto aos demais trabalhadores, dificultando a integração profissional e a interdisciplinaridade.

Não há como conceber atenção integral se não se concebe o ser humano como ‘íntegro’, ‘inteiro’. (Ciavatta, 2005). Por decorrência, não há como se considerar usuário dos serviços de saúde na sua ‘inteireza’ se assim o trabalhador de saúde também não se sentir e não for considerado. Afinal, a divisão social e técnica do trabalho é também a divisão dos próprios sujeitos. Então, não seriam a origem de classe e as distinções intelectuais os parâmetros dessa divisão entre e das pessoas. (Ramos, 2004, p.191)

A partir da necessidade de práticas de formação integral, o Currículo Integrado foi sugerido na formação em saúde, como um plano pedagógico que articularia dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e comunidade. Nesta visão pedagógica, o conhecimento não é estático, acabado, definido. Sua renovação precisa estar constantemente se inserindo na prática e vice-versa, num movimento dialético, incessante de realimentação de idéias pelos fatos e dos fatos pelas idéias.

Diante das dificuldades de se implantar um currículo integrado nas formações de trabalhadores da saúde, foi criada uma prática curricular com características que oscilam

entre um currículo baseado em disciplinas e o almejado currículo integrado, chamado de ‘currículo correlacionado’. (Ramos, 2010, p.49)

A partir da década de 90, os projetos curriculares da formação técnica em saúde foram, predominantemente, orientados através da pedagogia das competências, que foi difundida a medida que se divulgava capaz de promover o encontro entre formação e emprego. O ponto de partida seriam situações concretas, recorrendo-se às disciplinas na medida das necessidades requeridas por essas situações. (Ropé, 1997, p.58)

Apesar da área da saúde reorientar o conceito de competência a partir de sua vinculação às noções acumuladas historicamente de currículo integrado, integração ensino-serviço e interdisciplinaridade, acabou por acatá-lo nos seus programas educacionais sem considerar suas contradições com as noções igualmente lapidadas de politecnicidade e formação omnilateral e integral. (Ramos, 2010, p.63)

Em sendo assim, em 2001, o Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação, buscando garantir flexibilidade, criatividade e a responsabilidade das instituições de ensino superior na elaboração de suas propostas curriculares.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde foram elaborados e aprovados pela CES/CNE, em sua maioria, entre 2001 e 2002. Nelas, buscou-se direcionar a formação do profissional de saúde de forma a contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

As DCN dos cursos de Graduação em Saúde tem como objetivo levar os alunos a aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais que assegure a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Na graduação em Enfermagem, as DCN (Resolução CES/CNE n. 3/2001) orientam para a formação do Enfermeiro com caráter generalista, humanista e qualificado para o exercício de Enfermagem, com condições de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com capacitação para promover a saúde integral do ser humano.

Ainda definem, que a formação do enfermeiro tem por objetivo “dotar o profissional dos conhecimentos necessários para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente”. (BRASIL,2001)

Mas, também sabemos que o grande desafio na formação do enfermeiro é

transpor o que é determinado pela nova LDB e pelas DCN ao formar profissionais que superem o domínio teórico-prático exigido pelo mercado de trabalho, enquanto agentes inovadores e transformadores da realidade, inseridos e valorizados no mundo do trabalho. O modelo educacional em enfermagem deve buscar uma reorientação para além da aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades sociais e ação crítica e ética, que possam impulsionar o rompimento com os atuais paradigmas de gestão.(Carvalho, 1979, p.65)

No início do século XXI, surge um modelo de gestão do trabalho, a Política de Educação Permanente, que tendeu influenciar a educação dos trabalhadores. Ela não expressa uma opção didático-pedagógica, mas sim uma opção político-pedagógica, posto que trata-se de mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e como os usuários). Ela tornou-se a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde. (Ceccim,2005, p.35)

## 2.2 A POLITECNIA NA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES

A educação integral pensa a educação numa perspectiva eminentemente histórico-política, a qual tem por referencia principal o embate de classes na sociedade capitalista.

Em nenhum momento encontra-se em Marx a proposta de que se deixe de participar do trabalho, mas sim que ele se dê em condições mais salubres e, necessariamente, associado ao estudo, exatamente por acreditar que a combinação entre um e outro constituiria em elemento central para a educação da classe trabalhadora. (Nogueira, 1990, p.106)

Além disso, Marx entrevia na união do ensino com o trabalho a possibilidade do aumento da produtividade e, com isto, a perspectiva de aumento do tempo livre que poderia contribuir para o desenvolvimento superior do homem, ainda que, realisticamente, tivesse clareza de que o capital buscava aproveitar todo o tempo disponível do trabalhador em benefício da acumulação. (Ferretti,2009, p.114)

Assim, concebe-se o trabalho como constituinte do ser social (ainda que na sociedade capitalista ele assuma dimensões alienantes). A perspectiva do ensino politécnico enseja a relação teoria e prática, assim como o acesso das crianças aos

conhecimentos científicos e tecnológicos que servem de fundamento à produção, por meio de processos de simplificação que reduzam mecanismos complicados a seus princípios básicos, contribuindo, desta forma, para a formação multilateral dos trabalhadores. (Ferretti,2009, p.116)

Gramsci acrescentou ser necessária a criação de uma cultura, síntese de ‘culturas de massa’, a partir da convicção de que a construção de uma perspectiva transformadora (ou seja, contra-hegemonia) depende da construção da unidade entre pensamento e ser, entre filosofia e política, teoria e prática, de modo a ser possível produzir a conversão da ideologia em ‘vontade coletiva’ (unidade cultural e social orientadora da ação), mas uma vontade coletiva nascida da história. (Ferretti,2009, p.118)

Em relação a escola, Gramsci chamou a atenção para a tendência crescente de abolir da escola de cultura geral “desinteressada” e formativa e, concomitantemente, para a crescente proliferação das “escolas profissionais especializadas, nas quais o destino do aluno e sua futura atividade são predeterminados” (Gramsci, 1991,p.118), além de pontuar: “Na escola atual (...) verifica-se um processo de progressiva degenerescência: as escolas de tipo profissional, isto é, preocupadas em satisfazer interesses práticos imediatos, tomam a frente da escola formativa, imediatamente desinteressada. O aspecto mais paradoxal reside em que este novo tipo de escola aparece e é louvada como democrática, quando na realidade, não só é destinada a perpetuar as diferenças sociais“. (Gramsci, 1991, p.136)

Sendo assim, Gramsci (1991), enxerga na educação escolar uma possibilidade concreta de elevação e desenvolvimento dos trabalhadores, objetivando a superação da formação social capitalista. De certo, observa-se que não há qualquer desprestígio em relação a formação técnica para o trabalho, mas sim uma crítica a oferta exclusiva da formação técnica voltada para o trabalho, e para a classe trabalhadora. Gramsci defende uma formação voltada para o trabalho, mas que também articule outros conhecimentos que dêem resposta a inserção do homem em seus múltiplos contextos, e além disso, seja de acesso igualitário, sem dividir a sociedade em classes de governados e governantes.

A educação politécnica ou tecnológica necessita desenvolver, mesmo numa realidade que lhe é adversa, uma formação científica, técnica e política cujo conteúdo, método e forma expressem uma direção antagônica à perspectiva de subordinação unidimensional às relações sociais e educativas capitalistas. Isso, contudo, não pode ser decorrente de uma doutrinação, mas por aquilo que Gramsci (1978) aponta como

elevação moral e intelectual das massas. (FRIGOTTO, 2009, p.130)

Entretanto, a tendência hoje, é a de abolir qualquer tipo de escola “desinteressada” (não imediatamente interessada) e a “formativa”, ou conservar delas tão-somente um reduzido exemplar destinado a uma pequena elite de senhores e de mulheres que não devem pensar em se preparar para um futuro profissional, bem como a de difundir cada vez mais as escolas profissionais especializadas nas quais o destino do aluno e sua futura atividade são pré-determinados. A crise terá uma solução que, racionalmente, deveria seguir esta linha - escola única inicial de cultura geral, humanista, formativa, que equilibre equanimente o desenvolvimento da capacidade de trabalhar manualmente (tecnicamente, industrialmente) e o desenvolvimento das capacidades de trabalho intelectual. Deste tipo de escola única, através de repetidas experiências de orientação profissional, passar-se-á a uma das escolas especializadas ou ao trabalho produtivo. (Gramsci, 1991, p. 118)

### 2.3 O TRABALHO DE ENFERMAGEM E SUA DIVISÃO TÉCNICA E SOCIAL

O trabalho humano não se reduz à atividade laborativa ou emprego, mas à produção de todas as dimensões da vida humana, respondendo às necessidades de sua vida intelectual, cultural, social, estética, simbólica, lúdica e afetiva. (Frigotto,2003, p.45)

Para tanto, a divisão social do trabalho se refere as diferentes formas de atividades produtivas ou ramos de atividades necessárias para a reprodução da vida. Ela é “inerente característica do trabalho humano tão logo ele se converte em trabalho social, isto é, trabalho executado na sociedade e através dela” (Braverman, 1981,p.71)

A divisão do trabalho sempre existiu. Inicialmente dava-se pela divisão sexual, de acordo com a idade e vigor corporal. Com a complexidade da vida em sociedade e o aprofundamento do sistema de trocas entre diferentes grupos e sociedades, identifica-se a divisão do trabalho em especialidades produtivas, a divisão técnica do trabalho.(Braverman, 1981,p.72)

Ela é típica do modo de produção capitalista, e refere-se à fragmentação de uma especialidade produtiva em numerosas operações limitadas, de modo que o produto resulta de operações executadas por trabalhadores especializados em cada tarefa. Ou

seja, no capitalismo, os trabalhadores ficam especializados em parcelas (tarefas-atividades específicas) do processo de produção dentro de uma mesma especialidade produtiva, e o controle do processo passa para a gerência.(Fromm 1983, p. 87).

Esta forma de divisão do trabalho não apenas fragmenta o processo permitindo um aumento da produtividade como também hierarquiza as atividades, atribuindo valores diferentes a cada tarefa executada por diferentes trabalhadores.(Fromm 1983, p. 91).

Desta forma, a educação do trabalhador, no capitalismo, está relacionada à necessidade da reprodução da força de trabalho como mercadoria. A educação de caráter geral, clássico e científico, destina-se à formação das elites dirigentes e dos que exercem o trabalho intelectual.

O início do novo milênio foi marcado pelo processo de globalização , e mecanismos de ajustes políticos foram introduzidos, onde novas bases ideológicas calcadas na ‘teoria de capital social’ foram introduzidas. (Frigotto,1998, p.77)

No campo da educação esse processo trouxe ‘teoria do capital humano’, onde o trabalho é mais que um fator de produção, é um tipo de capital- o capital humano, onde a qualidade determina a produção.

Frigotto (1998,p.136) comenta sobre esta teoria: “a educação potencializa o trabalho e, enquanto tal, constitui-se num investimento social ou individual igual ou superior ao capital físico”. De certo, ao conferir qualidade ao trabalho, a educação também se constitui num mecanismo de redução da desigualdade. Desta maneira, exige-se que o trabalhador invista naquilo de que é proprietário, o capital humano, constituindo garantia de níveis de renda e ascensão social cada vez maiores.

No Brasil, a inserção da ‘teoria do capital humano’ foi na década de 70, compondo a ideologia desenvolvimentista, onde vivia-se a era do pleno emprego e do milagre econômico.

Neste novo contexto, o valor aplicado ao conhecimento humano também passou por transformações para se adaptar a nova ordem social estabelecida, proveniente do pensamento neoliberal, onde “o conhecimento se converteu no fator de produção mais importante” de um modo preciso “capitalismo intelectual” que teria sucedido ao capitalismo industrial.(Frigotto,1998, p.139)

Nos anos 80 e 90, esta teoria sofre ajustes com a globalização e a reestruturação produtiva, quando a implantação das políticas neoliberais gira em torno do aumento da competitividade como condição de inserção no mercado, agora, livre e mundializado. E

desta maneira, ampliou-se o nível de escolaridade da população, como condição de inserção no mercado de trabalho.(Gentili, 1998, p.90)

Assim, a escola assume a promessa privada de empregabilidade: “a garantia do emprego como direito social (...) desmanchou-se diante da nova promessa de empregabilidade como capacidade individual para disputar as limitadas possibilidades de inserção que o mercado oferece”(Gentili, 1998, p.89).

O termo ‘empregabilidade’ deu coerência na superação da crise do desemprego dos anos 80 e 90, ao mesmo tempo que demonstrou que mesmo com a expansão do acesso à educação, a pobreza da classe trabalhadora se intensificou, os índices de desemprego e de trabalho informal aumentaram e o IDH (Índice de desenvolvimento humano) manteve-se praticamente inalterado (Motta, 1998, p.23).

E desta forma, “educar para o emprego levou ao reconhecimento de que se devia formar também para o desemprego, numa lógica de desenvolvimento que transformava a dupla ‘trabalho- ausência de trabalho’ num matrimônio inseparável” (Gentili, 1998, p.89).

Portanto, a educação prepara cidadãos sem nenhuma garantia de mercado de trabalho, o que exige a sustentação da idéia que somente os mais bem preparados terão oportunidade.

Em se tratando do trabalho de enfermagem, anterior ao meado do século XIX, ele não gozava de uma teoria do cuidado. A atividade era desempenhada por pessoas de pouco ou nenhum preparo técnico (Oguisso, 2000, p.45)

Além disso, a população preferia receber cuidados à saúde em sua própria residência, visto que o hospital geral era uma instituição de assistência aos pobres e asilar (evitando tensões sociais), em que a função médica não aparecia.

Até o século XVIII o hospital era essencialmente uma instituição de separação e exclusão, onde o pessoal hospitalar não estava destinado a curar o enfermo mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo que estava no hospital para fazer obras de misericórdia que lhe garantiam a salvação eterna. (Foucault, 1978:61-3)

Entretanto, o fator principal que contribuiu para a medicalização do hospital não foi a busca de uma ação positiva sobre o doente e nem sobre a doença, mas sim, simplesmente, “a anulação dos efeitos negativos do hospital”.(Foucault, 1978:63)

Ao final do século XIX, com a incorporação do médico ao hospital, o trabalho em saúde se tornou hierarquizado como nas fábricas, cabendo ao médico conceber as ações e os demais trabalhadores de saúde as suas execuções.



Aparece, assim, o personagem do médico de hospital, que antes não havia, “Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, em que diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc”. (Foucault, 1981, p. 110)

O saber médico traduziu-se também em poder que o cristalizou no topo da hierarquia hospitalar, passando a dirigir todas as práticas advindas da divisão social do trabalho no hospital. O trabalho de enfermagem passou a ser subordinado ao trabalho do médico e, a partir daí, a perder a autonomia que detinha anteriormente.

No período de transição entre a queda do feudalismo e a instalação do capitalismo, o cuidado de enfermagem vai abandonando a finalidade religiosa e passa a ter a finalidade do controle do meio-ambiente do paciente. E a disciplina é o elemento-chave que é também incorporado pela enfermagem a fim de normatizar e regulamentar toda a vida do hospital. (Almeida, 1986, p.41)

Surge a necessidade de treinamento formal do pessoal hospitalar para dar assistência de enfermagem e para disciplinar a conduta da enfermeira a fim de diminuir os efeitos negativos do hospital. Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, em 1860, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. (Alcantara, 1963, p.24)

E, assim, Florence legitimou a hierarquia e disciplina no trabalho de enfermagem, trazidas da sua alta classe social, da organização militar e religiosa, materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social. (Almeida, 1986, p.43)

A enfermagem “assumiu a organização e a administração do ambiente de trabalho e os cuidados diretos ao paciente. (...) Internamente reproduz a divisão social das classes através da divisão técnica do trabalho, que separa as atividades gerenciais daquelas dirigidas ao cuidado direto, marca que caracterizará a enfermagem no seu desenvolvimento futuro: a instituição de relações de dominação/subordinação entre seus agentes”. (Almeida, 1986, p.11)

Assim sendo, a enfermagem constituiu um trabalho pautado na dimensão prática das técnicas e, também, na dimensão prática do saber administrativo, o que se configura na gênese da divisão técnica destes trabalhadores, à medida que ocorre uma separação entre a concepção e a execução das atividades do cuidado, tomadas no sentido abstrato (Gomes et al., 1997).

Na saúde, a divisão técnica do trabalho refere-se à forma de organização do trabalho coletivo na qual se identificam a fragmentação do processo de cuidar; a separação entre concepção e execução; a padronização de tarefas atribuídas entre os diversos agentes, de modo que ao cuidador cabe o cumprimento da tarefa, afastando-o do entendimento e controle do processo; a hierarquização de atividades com atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho. (Peduzzi, 2001,p.56)

Então era necessário que as tarefas fossem previamente descritas, passo a passo, para que o pessoal que não tem preparo pudessem realizá-las. Pode-se concluir que o objeto da enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente, mas na maneira de ser executada a tarefa. Aqui já se encontra a cisão do trabalho no que se refere à concepção e execução do mesmo. Os trabalhadores da enfermagem não precisariam conhecer as razões dos procedimentos executados, o importante seria executar as tarefas com economia de tempo e movimentos. (Almeida, 1986, p.35)

Já no final do século XVIII e início do século XIX, com ascensão da burguesia e sua instalação como classe social dominante, deu-se o significado de arte ou vocação à prática de enfermagem, para tornar possível o treinamento de alguns agentes. Portanto, no capitalismo, o modelo religioso é substituído pelo vocacional. (Almeida, 1986, p.45)

Pode-se chamar de vocacional este modelo de enfermagem que teve uma função ideológica de valorizar o trabalho de enfermagem degradante dos hospitais, traduzindo-o como a sublime arte, a fim de disciplinar os seus agentes e regular o modo de vida, segundo o capitalismo. (Almeida, 1986, p.47)

A literatura de enfermagem enfatiza muito este período da mudança da enfermagem tradicional para a moderna. O que se pode computar a esta transformação é muito mais o treinamento disciplinar dos agentes do que o início da elaboração do saber da enfermagem. (Almeida, 1986, p.49)

E em se tratando do trabalho da Enfermagem, “não produz bens a serem estocados e comercializados, e sim serviços que são consumidos no ato de sua produção, isto é, no momento da assistência” (Kurcgant, 2005, p.1). No entanto, diferencia-se de outros trabalhos, na medida em que lidam com um objeto humano, que trazem aos serviços de saúde demandas expressas como necessidades ou problemas de saúde.

De certo, na prática cotidiana, os profissionais de saúde, como sujeitos do trabalho, exercem certa autonomia técnica concebida como liberdade de julgamento e tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. (Peduzzi, 2001,p.58)

O trabalhador de saúde lida, no cotidiano, com grandes paradoxos, como a vida e a morte, a dor e o prazer (Merhy, 1997,p.13), existindo inclusive a possibilidade de o trabalhador perder o seu objeto de trabalho pela morte, o que marca uma especificidade importante.

Desta forma, enquanto prática que se insere no mundo do trabalho e na atenção à saúde, o trabalho de enfermagem sofre impacto de uma globalização excludente e das políticas de recorte neoliberal (Felli, 2005,p.26)

Essas transformações no mundo do trabalho impõem novas relações no mercado de trabalho, marcadas, sobretudo por desregulamentação das relações de trabalho, novos caminhos de gestão, e exigências de novos perfis profissionais. (Peduzzi,2003,p.53)

A permanência de uma profissão através da história “só é possível mediante ajustamentos aos imperativos sociais, que se resolve mediante a redefinição do papel profissional“. (Carvalho, 1979, p.78)

Neste contexto, estabelecem-se contratos de trabalho precários, subcontratações em cascata configuradas por uma externalização de riscos e responsabilidades, com redução de salários e de empregos. (Kurcgant, 2005, p.5)

Em algumas profissões da saúde, como na enfermagem, o trabalho é desenvolvido por trabalhadores com graus diferenciados de escolaridade. A coordenação do trabalho, dentro do grupo profissional, é exercida pelos profissionais de nível superior que concebem o trabalho e delegam atividades parcelares aos demais participantes da equipe.

Nos dias atuais, a organização do trabalho de enfermagem reproduz a fragmentação taylorista, mas é possível encontrar diferenciações , transformando o trabalho mais criativo e menos alienado.

O modelo funcional, com influência taylorista, enfoca a realização da tarefa distanciando o trabalhador do controle do seu processo de trabalho e da interação com o sujeito cuidado. O trabalho é mais repetitivo, com pouca autonomia e pouco espaço para ações criativas e para participação no processo decisório do cuidar. Aos enfermeiros e enfermeiras cabe o gerenciamento da assistência de enfermagem, com maior aproximação e controle sobre a concepção e o processo de cuidar; e aos demais trabalhadores que compõem a equipe cabe a execução de tarefas delegadas. (Pires; Gelbck; Matos, 2004,p.98)

Já no modelo de cuidados integrais , cada membro da equipe de enfermagem presta todo o conjunto diversificado de cuidados que o sujeito necessita, considerando-

se os cuidados prescritos por médicos e enfermeiros (as) para cada dia de trabalho.(Pires; Gelbck; Matos, 2004,p.99)

Neste modo de organização do trabalho ocorre uma maior aproximação do trabalhador do entendimento e do controle sobre o processo de cuidar, possibilitando uma relação mais criativa e humana entre o cuidador e o sujeito cuidado. Há certa possibilidade de o trabalhador identificar mudanças no quadro clínico ou reações individuais do sujeito cuidado e assim intervir diretamente, ou buscar colaboração, para atender às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. E mesmo que os enfermeiros continuem com o papel gerencial na equipe, esse modelo afasta-se mais das características da divisão técnica do trabalho que o modelo dos cuidados funcionais. ( Matos;Pires, 2002, p.19)

Desta forma, observamos que as estratégias de intervenção no processo de trabalho e a satisfação do trabalhador surgem a partir da inovação no gerenciamento de enfermagem, apontando para as urgentes mudanças nessa organização e realidade de trabalho, atualmente geradora de desgastes.

Ao relacionar a divisão técnica e social do trabalho existente na enfermagem, necessita-se conceituar o termo ‘divisão do trabalho’, que em termos genéricos refere-se às diferentes formas de produzir bens e serviços necessários aos seres humanos ao viverem em sociedades históricas. Para Pires (2004,p.21), as variações encontradas no termo podem ser organizadas em quatro grupos: 1) divisão social do trabalho; 2) divisão internacional do trabalho; 3) divisão sexual do trabalho; 4) divisão capitalista ou técnica do trabalho.

A divisão social do trabalho, para Karl Marx (1982) é designada em atividades produtivas, ou ramos de atividades necessárias para a reprodução da vida, destacando o caráter específico do trabalho humano, capaz de produzir diferentes coisas e inventar novos padrões. Os vários estágios da divisão do trabalho correspondem às formas de propriedade da matéria, dos instrumentos e dos produtos do trabalho verificados em cada sociedade, nos diversos momentos históricos.

No atual contexto de globalização, a expressão ‘nova divisão internacional do trabalho’ tem sido usada para designar as mudanças no mercado, na distribuição de capital e das empresas, bem como no fluxo da força de trabalho entre os países, especialmente a relação ‘centro-periferia’. Ou seja, a relação países capitalistas

desenvolvidos, países emergentes e países pobres ou com pouco potencial competitivo na economia global (Henk, 1988, p.57)

Especialmente no contexto dos estudos de gênero, tem sido utilizada mais recentemente a expressão 'divisão sexual do trabalho', para expressar os diferentes papéis atribuídos a homens e mulheres na sociedade e no processo produtivo. (Pires, 1988,p.31)

Já a divisão parcelar ou pormenorizada, ou divisão técnica do trabalho fragmenta o processo permitindo um aumento da produtividade como também hierarquiza as atividades, atribuindo valores diferentes a cada tarefa executada por diferentes trabalhadores. Assim, aumenta a produtividade não só pelo aumento numérico dos produtos em determinado período de tempo, como também aumenta a produtividade diminuindo o custo da força de trabalho comprada pelo capitalista. (Pires, 2004,p.22)

Na divisão técnica, é necessária a função de gerente com a função de controlar o trabalho dos outros organizando o processo com vistas a tirar o maior resultado possível. Gerência, como organização racional do trabalho no modo capitalista de produção, envolve o controle do processo de trabalho e do trabalho alienado, isto é, da força de trabalho comprada e vendida. A função da gerência é exercida por trabalhadores contratados que, ao mesmo tempo, são empregados e empregadores de trabalho alheio, recebem melhor remuneração que os demais, representam e se articulam com os proprietários do capital, controlam o trabalho dos outros e organizam o processo de trabalho visando o lucro. (Braverman, 1981, p.72)

Vê-se na Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498) , válido em território nacional desde 1986, em seu Artigo nº 15.: "As atividades profissionais de técnicos e auxiliares de enfermagem, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro".

Considerando o trabalho em saúde como produção de serviços, com marcante complexidade, sobretudo pela intersubjetividade intrínseca ao processo de trabalho e pelas múltiplas dimensões de seus objetos de intervenção (Peduzzi, 2001,p.55), o trabalho em serviços refere-se a um processo interativo entre prestador e usuários em vez de desenvolver um produto material. Dessa forma, o produto do processo de

trabalho em serviços é intangível e inestocável, pois a produção e o consumo são simultâneos no tempo e espaço (Meirelles, 2006,p.133).

Localizado no setor terciário do modo de produção capitalista, o trabalho em saúde é caracterizado pela interpretação das necessidades dos usuários. "O serviço é trabalho em processo, e não o resultado da ação do trabalho; por esta razão elementar não se produz um serviço, e sim se presta um serviço" (Meirelles, 2006, p. 134).

E, baseado nos estudos do processo de trabalho em saúde, parte-se do pressuposto que os trabalhadores constituem um dos elementos desse processo (Mendes-Gonçalves, 1994, p.7) e, portanto, devem ser apreendidos e compreendidos no interior das relações recíprocas entre objeto de trabalho, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho.

Portanto, o trabalho pode ser caracterizado como um processo de transformação que ocorre porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas, no presente caso, necessidades de saúde. Outra característica é a sua intencionalidade, ou seja, o trabalho depende de uma construção prévia, de um projeto que o homem traz em mente desde o início do processo. (Mendes-Gonçalves, 1994, p.7)

Considera-se também que a assistência à saúde expressa alguma forma de autonomia dos trabalhadores, visto que nada é totalmente definitivo antes da execução, isto é, não é possível nem desejável definir a ação por completo antes da execução pois, há de se tomar em consideração o sujeito a quem se destina à intervenção (Schraiber, Peduzzi, 1993, p.76)

Seguindo esta concepção teórica, entende-se que, no campo da enfermagem, os objetos de trabalho são o cuidado de enfermagem e seu gerenciamento, onde o cuidado de enfermagem é concebido como "um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário, no transcorrer da doença ou ao longo de processos sócio-vitais (saúde da criança, saúde na adolescência, saúde da mulher e outros processos), visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde (Peduzzi, 2000, p.67)

Conhecer a área de enfermagem implica em compreender a prática de seus múltiplos agentes e as articulações existentes entre eles, bem como a articulação da enfermagem com as demais práticas de saúde. Entende-se que não há uma relação de externalidade entre as diversas práticas sociais, visto não configurarem, cada uma delas, trabalhos isolados e independentes, mas sim processos de trabalho conexos (Donnagelo; Pereira, 1976, p.176)

A divisão interna à enfermagem brasileira dá origem às várias modalidades de trabalho auxiliar (técnicos e auxiliares de enfermagem, e outros), ficando para o enfermeiro as atividades de ensino, supervisão e administração e para o pessoal auxiliar, a maioria das atividades de assistência. Essa diversidade de agentes instala o corte representado pela divisão entre cuidado direto e cuidado indireto (Lima, 1998, p.89)

Os enfermeiros participam apenas eventualmente do cuidado direto, pois se ocupam de um elenco muito diversificado de ações centradas no planejamento da assistência e em criar condições adequadas para que esta seja executada pelos auxiliares, bem como pelo conjunto de profissionais da equipe de saúde.

Para Leopardi (1991, p.90), a natureza da prática de enfermagem é composta, além do trabalho em si, também a administração dos recursos para que as condições para a realização do trabalho sejam asseguradas.

Em pesquisa realizada na cidade de São Paulo por Peduzzi e Anselmi (2002), são citadas as atividades realizadas pelo auxiliar de enfermagem no cuidado: medicação, punção venosa, alimentação, controle da ingestão hídrica, da diurese e das eliminações; arrumação dos leitos; verificação dos sinais vitais e peso, verificação da saturação, reposição de materiais, banho e escovação de dentes, encaminhamento para exames internos e externos, coleta de material para exames laboratoriais, curativos, interação com os pacientes, encaminhamentos a espaços de distração ou lazer, e anotações de todas as atividades executadas.

Neste mesmo estudo, realizado em 2002, aponta-se como o trabalho nuclear do enfermeiro o gerenciamento do cuidado (evolução de enfermagem com exame físico diário do paciente, a prescrição de cuidados de enfermagem e a supervisão dos auxiliares); e, a gerência da unidade (os encaminhamentos de exames, colocar horário nas medicações prescritas pelo médico, pedir medicação à farmácia, providenciar transporte para encaminhamentos, contactar nutricionista, entre outras).

Além disso, o enfermeiro configura-se historicamente como um mediador que ocupa posições intermediárias e de intermediação, com papel articulador e integrativo da gerência de unidades de saúde. (Mishima, 1995, p.36)

O cuidado é resultante tanto da execução de procedimentos de manipulação de corpos dos indivíduos como de procedimentos administrativos. Os primeiros aparecem e são aceitos como atividades específicas da enfermagem, compreendidos como seu momento mais imediato. Já os últimos configuram-se como aparente corrupção dessa especificidade, ou seja, embora historicamente determinados, contudo não são

necessariamente apreendidos e aceitos pelos enfermeiros como próprios da enfermagem.

A institucionalização da Enfermagem como profissão, a partir de meados do século XIX, ocorreu, caracterizada desde o início, dentre outros aspectos, pela divisão do trabalho que configura diversos agentes de enfermagem. Este processo veio acompanhado da disciplina e hierarquia, marcantes na área.

Na atualidade percebe-se ainda uma rígida divisão do trabalho entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem, pois há uma cisão entre os momentos de concepção (através da sistematização da assistência de enfermagem, elaborada por enfermeiros) e a execução (cuidado direto ao paciente), onde quem executa o cuidado de enfermagem não participa diretamente do seu planejamento, embora forneça informações diárias sobre as observações e intervenções executadas, material que colabora na fundamentação do planejamento.

Desta forma, a divisão rígida do trabalho e a polaridade da qualificação técnica entre ambos os agentes da enfermagem, "torna legítima as desigualdades expressas na experiência concreta e cotidiana dos trabalhadores ao encontrarem-se em situação de trabalho na quais alguns são superiores e outros inferiores enquanto sujeitos sociais e cidadãos, para além de agentes técnicos distintos" (Aguiar, 2001, p.91).

#### 2.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS DCN NA FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação (DCN) objetivam direcionar as Instituições de Ensino Superior (IES) para a implantação dos projetos político-pedagógicos, sem torná-las descritivas, visto os diferentes contextos sócio-político-cultural de cada IES .

A fim de compreender as DCN do Curso de Graduação em Enfermagem, brevemente, refiro historicamente o contexto da produção social das DCN no Brasil.

A matriz neoliberal se desenvolve nos anos 1980 e 1990, um período que constitui um marco para o pensamento liberal-conservador proclamar o fim da história, o fim das classes sociais, o fim do trabalho como categoria fundamental para entender a produção do ser humano e para a metamorfose no campo conceitual do conceito de capital humano para a sociedade do conhecimento. (Frigotto,1995,p.76)

Fecundo na matriz neoliberal, ocorria a ascensão de Fernando Henrique ao



Palácio do Planalto como fruto de sua conquista de quando ainda ocupava o cargo de Ministro da Fazenda na presidência de Itamar Franco. Sua estratégia de combate à hiperinflação brasileira que já se arrastava há 14 anos (1980-1994) foi bem sucedida com o Plano Real, obra de sua equipe econômica, que envolvia um saneamento das contas públicas, como por exemplo através do Fundo Social de Emergência, e a desvinculação da memória inflacionária, com a implementação da URV (Unidade Real de Valor) que posteriormente se transformaria na moeda forte, o Real. O sucesso do Plano Real garantiria ao presidente Fernando Henrique, direta ou indiretamente, seus dois mandatos como presidente (1995 a 1999 e 1999 a 2003). (Diniz, 2003,p.16)

Concomitante a este período, iniciava-se o processo de discussão das DCN, demarcado com a publicação do Edital nº 4/97, que convocava as IES à apresentação de suas propostas que, depois de sistematizadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino (CEE) de cada área, foram encaminhadas ao Conselho Nacional de Educação (CNE). Assim, a discussão mobilizou uma ampla parcela da comunidade com o objetivo de conferir legitimidade ao processo. (Xavier, 2001,p.23).

Ao final de 1998, as 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.

A Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação – SESu/ MEC recebeu sugestões e críticas sobre os documentos para que fossem agregadas à versão final a ser divulgada na Internet e, posteriormente, encaminhadas ao CNE. (Xavier, 2001,p.24).

Especificamente para o Curso de Graduação em Enfermagem, a elaboração das diretrizes curriculares contou com a participação direta da Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que buscou embasamento nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na visão da saúde-doença como processo e seus determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos, como elementos nucleares dessa construção coletiva e democrática (Xavier, 2001,p.25).

Já no segundo governo de Fernando Henrique, marcado pelo desgaste da estratégia neoliberal, base política e econômica de direita que norteou seus dois mandatos, além de uma crescente perda de popularidade, o presidente buscava desmobilizar o aparato governamental instalado desde a Era Vargas que guiava o

comportamento da Administração, seus gastos e investimentos. (Diniz, 2003,p.18)

E exatamente em 2001,torna-se flagrante o desmoronamento da coalizão neoliberal que dava base ao governo, ano em que a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação por meio da Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, instituiu as Diretrizes Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem. O documento apresenta um total de 16 artigos, subdivididos em vários parágrafos que norteiam a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos das Instituições do Sistema de Ensino Superior do Brasil.

As DCN sinalizam caminhos em cuja essência está embutido um sentido de intencionalidade, ou seja, uma posição filosófica a ser assumida pelos formadores de recursos humanos em saúde. (Ribeiro et al., 2005).

O conjunto disposto nas DCN para o Curso de Graduação em Enfermagem aborda o perfil do formando egresso/ profissional (Art. 3º), as competências e habilidades gerais e específicas para a formação do enfermeiro (Art. 4º e 5º, respectivamente), os conteúdos essenciais para o curso (Art. 6º), a obrigatoriedade do estágio supervisionado (Art. 7º), as atividades complementares (Art. 8º), além de incisos que fazem referência ao projeto político-pedagógico, à organização do curso, ao acompanhamento e à avaliação, entre outros aspectos (Art. 9º, Art. 11º, Art. 14º) (BRASIL, 2001).

A mobilização do setor da saúde para a definição das diretrizes curriculares nacionais correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS, mas também correspondeu ao esforço intelectual que pretendeu romper com o paradigma biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões(CECCIM,2004).

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa é a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É ela que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. E embora sendo uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. (Minayo, 2001, p.17)

A metodologia é uma parte complexa e requer cuidado, pois mais que uma descrição formal dos métodos e técnicas utilizados, indica as opções e a leitura acumulada, sendo o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, que reconhece crenças, visões de mundo e formas de trabalhar - paradigmas, a fim colocá-los em discussão a partir da teoria e dos métodos, reconhecendo os diversos momentos históricos (Kuhn, 1978, p.4)

Esta dissertação foi construída a partir de uma revisão de literatura que versa sobre o trabalho de enfermagem e sua divisão técnica e social; como também a evolução histórica da formação em enfermagem. Tal revisão foi utilizada para introduzir as Diretrizes Curriculares Nacionais, e também apresentar conceitos capazes de embasar sua discussão.

Para tanto, foram utilizadas como referências teórico-metodológicas as contribuições de autores da economia-política, sociologia, que ofereceram dados importantes para a contextualização do objeto de estudo, a luz do materialismo histórico dialético, as sociedades historicamente situadas, as forças produtivas e as relações de produção que condicionam a existência social. (Geledan; Bremond, 1998, p.42)

De acordo com a dialética, os objetos não se definem isoladamente, mas na oposição que encontram as suas realizações e definições (Princípio de Oposição); como também, cada elemento só assume significado quando relacionado com os outros (Princípio de Totalidade).

Foram realizadas buscas nos catálogos de teses e dissertações do CEPEn (Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem), nos quais se encontra a produção científica da enfermagem, desde a década de 70.

A pesquisa ainda teve como fonte os documentos da área que se referem à formação na década de 90, quando foi constituída a comissão de especialistas que culminou na elaboração da primeira versão das diretrizes curriculares para a enfermagem, medicina e nutrição. Entretanto, com pesar, mas diante de prazos

estabelecidos para o desenvolvimento de uma dissertação, preferiu-se debruçar sobre a Resolução n. 03/2001-CNE, documento mais recente e que instituiu as diretrizes curriculares para a formação do enfermeiro no Brasil. Este é um estudo descritivo-exploratório, com delineamento de pesquisa documental, que objetiva a identificação de uma temática e o seu conhecimento nos limites de uma realidade específica (Triviños, 1987, p.98).

Na pesquisa documental utilizam-se materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados conforme os objetos da pesquisa, os quais foram chamados por Gil (2002, p.132) de documentos de primeira mão. Desse ponto de vista, as DCN do Curso de Graduação em Enfermagem, utilizadas como objeto de análise neste estudo, se enquadram nessa classificação.

Realizamos um cotejamento dos dados, à luz da teoria materialista-dialética, com a finalidade de compreender o fenômeno. O método dialético permite-nos uma apreensão radical da realidade, como práxis, isto é, uma unidade entre teoria e prática na busca de novas sínteses transformadoras nos planos do conhecimento e da realidade histórica (Frigotto, 1997, p.97).

A análise dos dados fundamentou-se na análise de conteúdo temática de Bardin (1977, p.156), entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados. A análise temática consiste em buscar os “núcleos de sentidos” que estão inseridos em uma comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Na primeira fase, foi realizada a pré-exploração do material. Uma vez selecionada a Resolução CNE/ CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, em anexo a este trabalho, procedemos a leitura “flutuante” de todo material com o objetivo de apreender e organizar, de maneira não estruturada, aspectos importantes para as fases seguintes (Campos, 2004, p.89). Segundo Bardin (1977, p.158), a leitura “flutuante” tem como objetivo estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto, buscando impressões e orientações. Na fase seguinte, selecionamos unidades de significação, fazendo recortes de frases em torno de cada unidade.

Por fim, realizamos a categorização que corresponde a uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e,

posteriormente, por reagrupamento, segundo o gênero (analogia), com os critérios anteriormente definidos. De acordo com Bardin (1977,p.158), esse é um processo estruturalista que comporta duas etapas: a de inventário, que isola os elementos, e a de classificação, que reparte os elementos, portanto procura ou impõe certa organização às mensagens. O primeiro objetivo da categorização consiste em fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos. O critério de categorização desenvolvido neste estudo foi o semântico (categorias temáticas).

## 4 ANÁLISE

Adentradas as etapas de análise da Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, e considerando as bases, as condições e os procedimentos para a formação do profissional enfermeiro, foram apreendidas as idéias principais e os significados gerais no que tange à divisão técnica e social do trabalho.

A primeira categoria buscou abarcar temas relacionados aos princípios, conceitos e normas que embasam a formação do enfermeiro no contexto das DCN, destacando bases, argumentos e motivação voltados à Integralidade do cuidado à saúde que estão explícitas no documento.

Na segunda categoria foram apresentadas condições que incluem o futuro egresso no sistema profissional já existente, através da formação por competências.

E na última categoria levantada foram reunidas a suscitação da função gerencial na formação de profissionais enfermeiros.

Ressalta-se, portanto, que a análise destas categorias buscaram responder a demanda do objeto de estudo desta dissertação: Há pistas nas diretrizes curriculares nacionais da divisão técnica e social do trabalho em enfermagem?

### 4.1 CATEGORIA A – INTEGRALIDADE NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM

Como definição legal e institucional, a integralidade é um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. E ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde superam os modelos idealizados para sua realização. (Pinheiro; Mattos, 2004,p.64)

A integralidade é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde- o SUS, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Mattos (2005,p.53) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: a integralidade como traço da boa assistência à saúde, a integralidade como modo de organizar as práticas, e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. (Brasil,2001)

A integralidade como traço da boa assistência, consistiria no encontro, na conversa em que a atitude dos profissionais busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde, o enfoque nos determinantes do processo saúde-doença. (Pinheiro; Mattos, 2005,p.56)

Norteados por este princípio-diretriz, a formação de novos profissionais deve incentivar a criação de espaços que alterem as formas de produzir saúde, tomando como princípios o aumento do grau de comunicação entre sujeitos e equipes (transversalidade), assim como a inseparabilidade entre a atenção e a gestão. Este movimento se faz com sujeitos que possam exercer sua autonomia de modo acolhedor, co-responsável, resolutivo e de gestão compartilhada dos processos de trabalho. (Teixeira, 2005,p.22)

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

I - 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 bio-psico- sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem. (Brasil,2001)

Então, a integralidade do cuidado à saúde enfatiza a não separação, nem dissociação da questão clínica das formas de organização do trabalho e sua gestão. Trabalha-se em prol da transdisciplinariedade, buscando relações mais horizontalizadas de poder entre os diversos saberes, sem descartar a clínica. (Onocko Campos, 2005,p.578-79)

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: (...)VI – reconhecer a saúde

como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso, (...) XIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência. (Brasil,2001)

Com o movimento em defesa do Sistema Único de Saúde como projeto de um sistema universal, público, equânime, integral e democrático, encontra-se a necessidade de se buscar uma concepção da relação educação e saúde que se configure como resultado da ação política de indivíduos e da coletividade, com base no entendimento da saúde e da educação em suas múltiplas dimensões: social, ética, política, cultural e científica. (Pereira; Lima, 2009,p.160)

Diante da bandeira da Integralidade, possibilita-se a superação dos modelos assistenciais vigentes, com a abertura de mudanças no processo de cuidar e na divisão técnica e social do trabalho em saúde, a medida que os diversos tipos de conhecimento são respeitados.

A prática dialógica da educação no trabalho corresponde à proposta da integralidade ao favorecer o reconhecimento dos saberes dos usuários e trabalhadores sobre suas situações concretas de vida e processos saúde-doença-cuidado. Contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e sensibiliza-os à ação educativa (Alves, 2005, p.87).

A integralidade como eixo norteador das capacitações em saúde possibilita a articulação dos saberes e práticas interprofissionais a partir de um conceito ampliado de saúde que respeita a subjetividade do usuário mediante o acolhimento e a responsabilização para superar as práticas centradas em procedimentos com foco na doença (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Situada entre os princípios do SUS, a integralidade volta-se para a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Busca atender as necessidades dos usuários/população de modo ampliado para além do foco reduzido à doença ao tomar o contexto social, econômico e cultural dos usuários. Lógica que pode contribuir para re-organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde (Mattos, 2004, p.56) por



distanciar-se do modelo assistencial biomédico hegemônico que reitera uma visão fragmentada da atenção à saúde e distante dos usuários/população.

Em busca da formação de trabalhadores para o SUS, observa-se a perspectiva em Paulo Freire (2005, p.67) onde a educação constitui um "processo de mediação emancipatória que permite a formação do pensamento crítico reflexivo, construído, problematizado e não apenas aplicado e consumido, tal como na 'educação bancária' que fornece as respostas prontas ao transmitir o saber. A postura crítico reflexiva possibilita a busca em profundidade para a análise dos problemas. A problematização das práticas de saúde no trabalho possibilita a compreensão e busca de nexos no processo de trabalho", cuja compreensão crescente tende a se tornar reflexiva.

Essa modalidade educativa propõe a integração dos processos educativos de trabalhadores às experiências cotidianas dos serviços, a mudança das estratégias pedagógicas ao tomar as práticas concretas como fonte de conhecimento, a concepção de trabalhadores da saúde como agentes críticos e reflexivos com capacidade de construir o conhecimento e propor ações alternativas para a solução de problemas, e o trabalho em equipe como modalidade de organização do trabalho (Souza e Roschke, 2003, p.91).

Art. 9º O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. (Brasil,2001)

No Art. 6º das DCN, são pontuados os conteúdos curriculares essenciais: Ciências Biológicas e da Saúde (estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem); Ciências Humanas e Sociais (dimensões da relação indivíduo/sociedade); Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem (instrumentos inerentes ao trabalho de enfermagem); Assistência de Enfermagem (conteúdos que compõem a assistência); Administração de Enfermagem (administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência); Ensino de Enfermagem (capacitação pedagógica do enfermeiro).

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em

Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem .(Brasil,2001)

A fim de buscar uma articulação entre os conteúdos e a realidade, como parte integrante ao currículo, de acordo com o Artigo 7º, os cursos de formação de enfermeiros são obrigados a incluir o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatoriais, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do curso, com carga horária mínima de 20% da carga horária total do curso.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins. (Brasil,2001)

Na contramão, sabemos que a forma hegemônica assumida pelo trabalho em saúde foi estruturada a partir da biomedicina, organizando o processo de trabalho de forma médico centrada, caracterizando-se pela hierarquização, reproduzindo a divisão intelectual e social do trabalho e do saber em saúde. Dessa forma, a educação em saúde esteve muito subordinada a esse modelo, reproduzindo em larga escala o poder biomédico, tendo funcionado, muitas vezes, como braços do controle estatal sobre os indivíduos e as relações sociais. (Pereira; Lima, 2009,p.155)

Tal modelo formativo, organiza a profissão, com pessoal auxiliar e enfermeiros, em escalas hierárquicas de conhecimento. Para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), os egressos da formação em enfermagem devem ser promotores da saúde integral do ser humano, e para que esta querência se concretize, é preciso enfatizar formas de cuidado em saúde que não sejam apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma "ação integral que tenha significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser".. (Pinheiro; Mattos, 2005,p.58)

## 4.2 CATEGORIA B – EMPREENDEDORISMO E A FORMAÇÃO DE COORDENADORES/GERENTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Diante da qualidade necessária à assistência a saúde, imputa-se aos formandos buscarem pela qualidade de suas ações. Durante a gestão Fernando Henrique Cardoso foi desencadeada a maior ação pública brasileira de qualificação profissional, o conceito de empregabilidade. (Oliveira,2005,p.78)

A empregabilidade tem sido compreendida como a capacidade de um indivíduo manter-se ou reinserir-se no mercado de trabalho, denotando a necessidade de o mesmo agrupar um conjunto de ingredientes que o torne capaz de competir com todos aqueles que disputam e lutam por um emprego. Não por acaso, surge a ênfase empresarial pelo requerimento de trabalhadores polivalentes, expressando a possibilidade de os indivíduos ajustarem-se ao conjunto de modificações que ocorrem no setor produtivo e de serviços.

Adjacente ao movimento contínuo de eliminação de postos de trabalho e a diminuição acentuada da intervenção estatal nos campos sociais e econômicos, no que diz respeito à garantia da reprodução da força de trabalho, deslocam para o indivíduo a responsabilidade pela criação de estratégias eficientes de inserção ou permanência no mercado de trabalho. (Oliveira, 2005,p.82)

Assim, é atribuída à educação a responsabilidade de não só garantir a formação de trabalhadores mais capazes de se adequarem ao novo modelo de produção e de convivência societal, mas também ser o principal instrumento de fortalecimento do movimento ocorrido no mercado de trabalho, de aumento da eficiência e da produtividade.

Vêm-se surgir políticas estatais de qualificação de mão-de-obra, bem como uma subsunção da escola à lógica economicista, pela emergência de práticas organizacionais e pedagógicas referenciadas em conceitos próprios de novo cenário socioeconômico, tais como: excelência em educação, qualidade total, pedagogia das competências etc.

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

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas (...)

Neste panorama, o capital dispõe de maiores condições para explorar os trabalhadores, para impor-lhes um maior número de responsabilidades, sem que isso seja acompanhado do aumento real de salários. Além disso, os patrões estão mais à vontade para estabelecer níveis maiores de seletividade no processo de contratação. Logo, o discurso corrente de acúmulo de competências visando ao aumento da empregabilidade mostra-se esvaziado de coerência e de sustentação empírica, caracterizando-se como uma falsa explicação que procura direcionar para os próprios indivíduos a responsabilidade pela sua condição de desempregado.

O conceito de empregabilidade esvazia a idéia de um movimento integrador e de responsabilidade coletiva. Não à toa sua assunção evidenciar-se num momento no qual se torna mais evidente a desresponsabilização do Estado com a minimização de sua atuação como regulador das relações entre capital e trabalho. (Oliveira, 2005, p.80)

Tal expectativa reforça a ideia de Capital Intelectual como acúmulo de conhecimento, experiência, especialização. Segundo Leite (2000, p.89), ferramentas ou estratégias utilizadas para se "ter sucesso e ser competitivo, a mão-de-obra passa a ser cabeça-de-obra. Assim, o perfil do profissional de sucesso que lidera suas concepções e suas atitudes está em pessoas que conseguem harmonizar esforços individuais ou coletivos e que criam algo novo e criativo".

Também está presente nas diretrizes curriculares, a ênfase sobre responsabilidade social, que, segundo Garcia (2004, p.41), é uma "ação voluntária de contribuir para uma sociedade mais justa e para um ambiente mais limpo". Com base nesse pressuposto, a gestão das empresas não deve ser norteadada apenas para o cumprimento de interesses dos proprietários, mas também consumidores.

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional: I – Enfermeiro (...) Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (Brasil, 2001)

Num contexto da globalização, emergiram novas preocupações e expectativas dos cidadãos, dos consumidores, das autoridades públicas e dos investidores. Os indivíduos e as instituições, como consumidores e/ou como investidores, adotam, progressivamente critérios sociais nas suas decisões. Os danos causados ao ambiente pelas atividades econômicas tem gerado preocupações crescentes entre os cidadãos e

diversas entidades coletivas, pressionando as empresas para a observância de requisitos ambientais e exigindo a entidades reguladoras, legislativas e governamentais a produção de leis apropriadas e a vigilância do seu cumprimento.

Além disso, os meios de comunicação social e as modernas tecnologias da informação e da comunicação têm sujeitado as atividades econômicas a uma maior transparência. Daqui tem resultado um conhecimento mais rápido e mais profundo das ações – tanto as socialmente irresponsáveis, como as que representam bons exemplos. (Garcia, 2004,p.44)

Imerso neste contexto é também preciso conceber a formação com base no pensamento crítico sobre a realidade, tornando-se possível pensar educação em saúde como formas do enfermeiro reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais, (Stortz, 1993,p.37)

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional: I - 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 (Brasil,2001)

As diretrizes também enfocam a custo-efetividade das ações, que é a capacidade de produzir um efeito dentro do planejamento de custos de determinada instituição, que somado a noção de eficácia, pretende-se que o egresso meça a relação entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos, conseguindo atingir um dado objetivo.

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

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas. (Brasil, 2001)

Estes enfoques da formação do profissional enfermeiro corroboram para traçar o perfil empreendedor, que entende-se como " a capacidade de promover o desenvolvimento econômico e social, identificar oportunidades, agarrá-las e buscar os

recursos para transformá-las em negócio lucrativo. Esse é o papel do empreendedor". Traçar metas, atualizar conhecimentos, ser inteligente do ponto de vista emocional, conhecer teorias de administração, de qualidade e gestão, são mudanças decorrentes da globalização e da revolução da informação.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar: (...) V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender; VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro. (Brasil,2001)

O empreendedor deve focalizar o aprendizado nos quatro pilares da educação: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser, e com isso, ser capaz de tomar a decisão certa frente à concorrência existente. Novas habilidades vêm sendo exigidas dos profissionais para poderem enfrentar a globalização com responsabilidade, competência e autonomia. (Leite, 2000, p.16)

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: (...) V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. (Brasil,2001)

Reforçando o perfil empreendedor, o relatório da Comissão Internacional para a Educação do século XXI para a UNESCO, assume que a formação integral deve potencializar as capacidades de aprender a aprender, aprender a fazer e aprender a ser e viver junto. Ele expressa a capacidade do discente de trilhar os caminhos da busca do conhecimento, desenvolvendo a capacidade de superar os conteúdos apreendidos na sala de aula e sendo capaz de tornar-se o artífice do seu próprio conhecimento (Delors, 1999, p.38).

Para as DCN, é preciso estimular o aluno a refletir sobre a realidade social, e aprender a aprender, articulando o saber, o saber fazer e o saber conviver, conforme trecho destacado:

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar: (...) V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender; VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro. (Brasil,2001)

Os termos integrar e articular no que tange as atividades curriculares pontuadas nas DCN, apontam ao termo Interdisciplinaridade. Pereira (2002, p.65), diante da polissemia do termo, traduz a Interdisciplinaridade na tentativa do homem conhecer as interações entre mundo natural e a sociedade, criação humana e natureza, e em formas e maneiras de captura da totalidade social, incluindo a relação indivíduo/sociedade e a relação entre indivíduos. Já Piaget (1981,p.52) sintetiza o termo como intercâmbio mútuo e integração recíproca entre várias ciências.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar: I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a 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; II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar; III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade; IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo. (Brasil, 2001)

Como recorte histórico importante na divisão técnica e social do trabalho, e atentando a citação do termo "flexibilidade", é preciso notar que a partir de meados da década de 1970, o mundo do trabalho passa por alterações significativas. A superacumulação do capital, com a redução das áreas produtivas para novos investimentos, forte inflação, além da crise do petróleo, gerou um conjunto de movimentos contrários ao modelo fordista.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar: (...) III - a visão de educar para a cidadania e a participação

plena na sociedade; IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

Com a introdução do modelo japonês nas fábricas, muda-se também o cenário para a classe trabalhadora. O advento da produção flexível substitui o cronômetro, a produção em série, a divisão social do trabalho, a especialização das funções e o trabalho individual por uma nova lógica de organização do trabalho preconizando a gestão participativa, o trabalho em equipe, a multifuncionalidade. Neste contexto, as novas tecnologias de produção passam a requerer do trabalhador novas habilidades e conhecimentos, atitudes e comportamentos.

A acumulação flexível citada por Harvey (2003) rompe com a rigidez do fordismo, abrangendo não apenas setores, mas também regiões geográficas, criando maior mobilidade, o que também vai afetar as relações de trabalho. Aumenta o nível de desemprego estrutural e surge uma nova modalidade de trabalho: o setor de serviços.

Para Alves (2000), ao constituir uma rede de subcontratação complexa, o capital tende a criar uma polarização na classe operária, constituindo, por um lado, uma “elite” de novos trabalhadores polivalentes (e mais qualificados), inseridos no novo estranhamento capitalista, convivendo no interior de uma cadeia produtiva, com uma classe de trabalhadores com estatutos salariais precários e segmentados.

Diante da forte volatilidade do mercado, do aumento da competição e do estreitamento das margens de lucro, os patrões tiraram proveito do enfraquecimento do poder sindical e da grande quantidade de mão-de-obra excedente (desempregados ou subempregados) para impor regimes e contrato de trabalho mais flexíveis. É difícil esboçar um quadro geral claro, visto que o propósito dessa flexibilidade é satisfazer as necessidades com frequência muito específicas de cada empresa, com aparente redução do emprego regular em favor do crescente uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado. (Harvey, 2003, p. 143).

Também nas DCN, é suscitada a valorização das dimensões éticas e humanísticas, voltados para a cidadania e para a solidariedade, por isso enfatiza a discussão coletiva e as relações interpessoais.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar: VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais; VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no



aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade. (Brasil, 2001)

Segundo Mailhiot (1976,p. 66), o psicólogo Kurt Lewin citou a ligação entre as relações interpessoais e a produção, quando afirma: "a produtividade de um grupo e sua eficiência estão estreitamente relacionadas não somente com a competência de seus membros, mas sobretudo com a solidariedade de suas relações interpessoais".

Além da valorização das relações interpessoais, é necessário que a formação em enfermagem esteja condicionada a dotar os futuros profissionais de competências e habilidades específicas que compreendam a natureza humana em suas dimensões; incorporem a ciência/arte do cuidar; estabeleçam novas relações com o contexto social; o formem com qualidade, a fim de que compreendam a política de saúde.

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: (...) II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões. (Brasil, 2001)

No dicionário filosófico, encontra-se arte como todo conjunto de regras capazes de dirigir uma atividade humana – Platão postulava a arte não estabelecendo diferenciações entre arte e ciência. (Abbagnano, 2000)

Iyer (1993,p.04) considera a enfermagem uma arte, pois relaciona o cuidado do cliente, durante períodos de doença e o auxílio para que atinja o máximo de saúde, durante a vida. A enfermagem atua na adaptação das necessidades do cliente nos vários cenários que este se encontra (a casa, o hospital), interagindo o cliente com as pessoas, as famílias e a sociedade.

De certo, esta arte deve estar imersa na compreensão da política de saúde vigente, de forma a somar na qualidade da assistência, para que reconheçam a saúde como direito e garantam integralidade da assistência à saúde da criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, sendo capazes de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, comunicar-se, tomar decisões, intervir no processo de trabalho, trabalhar em equipe e enfrentar mudanças.

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional

dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: (...)V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso; VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança. (Brasil, 2001)

Ainda sim, o profissional deve ser hábil para reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde, atuando como sujeitos no processo de formação de recursos humanos e reconhecendo-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem e do processo de cuidar em enfermagem.

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde; X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos; (...) XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem; XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde; (...) XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde; (...) XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários; XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais; XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional; XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde; XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento. (Brasil, 2001)

Enquanto coordenador do trabalho da equipe de enfermagem, cabe ao futuro egresso o conhecimento profundo da formação e das atividades a serem executadas pelas diversas categorias da enfermagem. Assim, a LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências, onde no Artigo 11º, lembra-se as incumbências destinadas ao profissional

enfermeiro, privativamente:

- 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;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Pretende-se também que o egresso enfermeiro seja capaz de identificar as necessidades de saúde da população, responsabilizando-se por prestar a assistência/cuidado de enfermagem com qualidade em seus diferentes níveis de atenção à saúde, integrando as ações de enfermagem às ações multiprofissionais, assim como cuidar da própria saúde física e mental, conforme trecho citado abaixo:

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: (...) XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro. (Brasil, 2001)

#### 4.3 CATEGORIA C – A FORMAÇÃO POR COMPETÊNCIAS NA ENFERMAGEM

A fim de atender as demandas do mercado de trabalho, a formação em enfermagem há alguns anos, em razão da regulamentação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, utiliza a abordagem das competências, compreendida como uma das ferramentas de reorganização da formação para atender às demandas deste tempo de mudanças e verdades instáveis (FAUSTINO et. al., 2003, p.27).

De certo, o conjunto de competências e habilidades traçados nas DCN deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Art. 6º § 1º Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

§ 2º Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. (Brasil, 2001)

Alguns autores colocam-se sobre a organização curricular por competências, quando afirmam que “o mundo global não comporta mais profissionais limitados apenas aos aspectos inerentes à profissão. É preciso que estejam preparados para a vida e sejam capazes de mobilizar e articular conhecimentos, valores e habilidades na tomada de decisões diante de qualquer problema/situação. Os profissionais precisam ser competentes em uma prática mais abrangente, multifacetária, sem se abstrair dos conhecimentos essenciais para o desempenho de suas funções“. (FERREIRA, 2003,p.40).

O Currículo por competências é o “meio pelo qual a pedagogia das competências se institucionaliza na escola, com o objetivo de promover o encontro entre formação e emprego”. Em vez de partir de um corpo de conteúdos disciplinares existentes, com base no qual se efetuam escolhas para cobrir os conhecimentos considerados importantes, a elaboração deste currículo parte de situações concretas e da definição de competências requeridas por essas situações, recorrendo às disciplinas somente na medida das necessidades exigidas pelo desenvolvimento dessas competências. (Ramos, 2005, p.121)

Tanguy & Ropé (1997, p.56) descrevem a metodologia de construção do referencial de diploma: enuncia-se a competência global visada (em termos de ser capaz de); depois, as capacidades gerais implicadas nessa competência global (que “se exprimem geralmente por quatro verbos de ação ou sinônimos: informa-se, organizar, realizar e comunicar“); depois, as capacidades e competências terminais e, enfim, os saberes e o saber-fazer que à competência global são associados.

Deluiz (2001,p.37) apresenta a possibilidade de construção de uma matriz crítico-emancipatória, cujos fundamentos teóricos estariam no pensamento crítico-dialético, pretendendo ressignificar a noção de competência, atribuindo-lhe um sentido que atenda aos interesses dos trabalhadores, mas também apontar princípios orientadores para a investigação do processo de trabalho.

Ramos (2005,p.123) converge com esta proposição quando apresenta como princípio epistemológico do currículo a compreensão totalizante dos processos de trabalho, incorporando na análise, além da dimensão científico-tecnológica, as dimensões ético-políticas, sócio-históricas, ambientais, culturais e relacionais do trabalho. Ela também expõe que a descrição precisa, definitiva, exaustiva, de qualquer processo de trabalho, “não capta suas múltiplas determinações e, menos ainda, a complexidade da ação humana que está em jogo na sua realização”.

A possibilidade virtuosa de relacionar atividades pedagógicas às situações de trabalho e à prática social em geral está no horizonte e, ao mesmo tempo, no limite em que essas relações possam se constituir em referência para a formação plena dos trabalhadores, orientadas pela ampliação de seus conhecimentos, capacidades e atividades intelectuais. (Ramos, 2005,p.123)

As DCN orientam concepções curriculares que possam ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir ajustes. Com relação as avaliações dos alunos, elas deverão se basear nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, devendo utilizar critérios e metodologias para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso.

Art. 15. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares. § 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence. (Brasil, 2001)

A avaliação por competências se define como um processo pelo qual se compilam evidências de desempenho e conhecimentos de um indivíduo em relação as competências profissionais requeridas. Este conjunto de avaliação centra-se nos

resultados do desempenho profissional, realizando-se num tempo não previamente determinado. Os resultados individuais são comparáveis somente com os critérios de desempenho e não com os outros avaliados.(Ramos, 2006)

## 5 CONCLUSÃO

Este estudo buscou provocar reflexões acerca do ensino de enfermagem a medida que buscou inclinações das DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem à divisão técnica e social do trabalho.

Sabe-se que após os anos 50, o ensino destinado aos enfermeiros no Brasil se focalizou, discursivamente, na formação de líderes para ocuparem os cargos de chefia existentes nos serviços de saúde, treinamento e supervisão do pessoal auxiliar. Porém sua formação, contraditoriamente ao discurso, ainda privilegia muito mais elementos do saber centrado nos cuidados de enfermagem, atribuindo ao enfermeiro o papel de responsável direto pelo desempenho global da assistência de enfermagem.

Predominantemente, a escola tem reproduzido a imagem do enfermeiro como um profissional prestador de cuidados com qualidade, ensinando a valorizar e executar o cuidado individualizado ao paciente, em bases científicas. Contudo, sua função primordial, na prática cotidiana, tem se constituído, basicamente, na gerência dos serviços, no controle de material e de pessoal em atenção às expectativas do empregador e, inclusive, dos demais profissionais que exercem suas atividades no mesmo local que o enfermeiro.

O desempenho da coordenação da equipe de enfermagem, nestes moldes, torna quase que inviável sua aproximação ao paciente. O enfermeiro como líder é responsável pela gerência da assistência de um grupo de pacientes, porém ele não presta totalmente a assistência, realizando apenas aqueles cuidados tidos como mais complexos, e, em muitas situações, nem mesmo estes. (Almeida; Rocha, 1989,p.83)

Os fatos relatados mostram que as mudanças curriculares no ensino de enfermagem no Brasil, tiveram a preocupação com a adequação da formação do enfermeiro aos interesses do mercado de trabalho e da formação voltada para a integralidade do cuidado à saúde, obscurecendo a necessária articulação entre as formações voltadas as diferentes categorias da enfermagem.

De certo, é preciso transpor o foco de interesse do mercado de trabalho, e inserir efetivamente o futuro enfermeiro, enquanto coordenador da maior profissão do sistema de saúde, capaz de administrar não somente o processo de trabalho, mas coordenar ações de enfermagem e para a enfermagem.

Nos últimos anos, as legislações voltadas para a área de educação no Brasil expressam a mesma lógica, com predomínio de uma ideologia de desregulamentação, flexibilização e privatização.

Para vencer os desafios propostos e implementar o novo na formação do enfermeiro é necessário abandonar a dominação interessada no desgaste do trabalho da enfermagem. É preciso pensar o novo sem o esquecimento de nossa trajetória.

As exigências das DCNs ampliam a discussão sobre o ensino de enfermagem, apontando a necessária formação de profissionais críticos, reflexivos, com participação efetiva no sistema de saúde e com competência profissional para participar efetivamente da resolução dos problemas de saúde da população. Entretanto, as DCNs não sinaliza sobre a estruturação do processo de trabalho na enfermagem, e a conseqüente divisão técnica do trabalho existente entre as categorias de nível médio e superior de enfermagem.

Durante a análise da Resolução CNE/CES N° 03 de 7/11/2001 (desculpo-me pela análise deste documento único, diante dos inúmeros desdobramentos a que sugere), que define as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) foram visualizadas habilidades e competências para que os futuros enfermeiros possam: Assitir integralmente; Trabalhar de forma integrada com as demais instâncias do sistema de saúde; Tomar decisão com eficácia e custo-efetividade no processo de trabalho; Interagir com os demais profissionais e o público em geral; Trabalhar em equipe multiprofissional; Gerenciar de forma efetiva e eficaz a força de trabalho e recursos; Ser empreendedor, gestor, empregador ou liderança na equipe de saúde (Brasil, 2001)

Onde, refere-se a integralidade na assistência, de forma integrada às instâncias dos SUS; a gestão de custos da assistência de enfermagem; a comunicação com os demais profissionais ; e a liderança de equipes de saúde, como habilidades e competencias a serem desenvolvidas pelos futuros profissionais enfermeiros.

Entretanto, há um silenciamento nas DCN sobre a configuração dos profissionais de enfermagem, em pessoal de nível técnico e superior. Não há qualquer citação nas DCN que objetivamente enfatizem a importância da configuração da profissão no que tange a divisão técnica e social do trabalho.

Em outro trecho, nas DCN descreve-se que o profissional deve ser hábil para reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem e do processo



de cuidar em enfermagem. Mas de qual equipe de enfermagem as DCN está se referindo? E de que forma ocorre a divisão do trabalho de enfermagem?

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar: (...) III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se: a) Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo; b) Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem; c) Administração de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e d) Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem. (Brasil, 2001)

De certo, os conteúdos pincelados nas DCN para a formação superior em enfermagem não aprofundam a necessária discussão das funções destinadas aos diferentes componentes da equipe de enfermagem.

A Lei do Exercício Profissional de 1986, utilizada como material de discussão nas aulas de administração somado aos teóricos da administração, somam pouco na formação de uma habilidade ímpar- coordenar trabalhadores da equipe de enfermagem. As DCN silenciam a organização do processo de trabalho, e sua consequente divisão técnica e social.

Tal silêncio pode ser interpretado pelo pouco desejo de integração da classe de enfermagem, que não se reconhecendo, perpetuam a divisão profissional dos que prescrevem os cuidados de enfermagem e os que executam; dos que são gerentes e dos que são assistentes, o que leva a clivagem, ou seja a separação dos grupos sociais por razões políticas, econômicas e ideológicas.

Este pesar, no documento que aponta as diretrizes para a formação de enfermeiros, nos propõe a reflexão dos interesses impostos à profissão de enfermagem, que labuta com o maior quantitativo de profissionais da área de saúde, mas que tem pouco refletido para sua consubstanciação enquanto única categoria (a enfermagem).

E sendo assim, diante da lacuna que se estabelece, a enfermagem perpetua em

suas diretrizes de formação, o distanciamento histórico entre os profissionais de nível médio e superior de enfermagem, além do marco diferencial entre os que fazem e os que pensam nossa única categoria, a enfermagem.

Entretanto, é preciso pontuar que o desejo predominante da escola e de muitos dos seus docentes, de buscar e reforçar o cuidado direto ao cliente como o fazer esperado do enfermeiro, não tem sido suficiente para modificar o eixo da prática profissional do enfermeiro. O mercado de trabalho ainda exige profissionais maleáveis, flexíveis frente à/dentro da engrenagem, que assumam inúmeras funções e, dentre elas, de coordenação e enfrentamento das crises. (Leonardi Filho; Leonardi, 1996,p.25-6)

Assim, a formação profissional enfermeiro deve caminhar para a complementariedade e cooperação entre duas dimensões – cuidado e gerenciamento de cuidado. Elas expressam “duas faces de uma mesma moeda e referem-se a processos de trabalho conexos e interdependentes“. (Peduzzi,2000)

Desta forma, concluo esta dissertação com um trecho sintético da obra de Maria Ciavatta, quando discorre sobre interesses que ecoam nas sublinhas da inexistência das discussões necessárias à formação do profissional enfermeiro:

A cultura do trabalho que contrapõe-se a uma educação plena, é a da formação profissional reduzida aos treinamentos, à pedagogia das competências, à ideologia da empregabilidade e do empreendedorismo, à educação corporativa de interesse das empresas, aos rudimentos técnicos ou às especializações tecnológicas, escoimados da compressão das relações de trabalho e dos direitos laborais. São processos com roupagens novas, mas com base na histórica relação desigual entre as classes sociais no Brasil(CIAVATTA,2008,p.172).

## 6 REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

CARVALHO, Jose Murilo. Cidadania no Brasil – o longo caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 9-10.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. Boletim técnico do Senac, mar., 2001 (Número Especial)

DEMO, P. Metodologia científica em ciências sociais. 3 ed. São Paulo, Atlas, 1981. \_\_\_\_\_ . Introdução à metodologia científica. São Paulo, Atlas, 1985.

Geledan; Bremond. Crescimento e crises. Dicionário das teorias e mecanismos econômicos. Lisboa. Vivros horizonte, 1988. p.42-44.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. (Orgs.). Ensino Médio Integrado: concepção e contradições. São Paulo: Cortez, 2005.

HARVEY, David. Condição pós-moderna. São Paulo: Loyola, 2003.

GARCIA, Joana. O negócio do social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004

LEITE, Emanuel. O fenômeno do empreendedorismo: criando riquezas. Recife: Bagaço, 2000

KUNH, T. Estrutura das revoluções científicas. São Paulo, Perspectiva, 1978.

MAILHIOT, G. B. Dinâmica e gênese dos grupos. 3. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

MATTOS, R Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO; MATTOS (Orgs). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado em saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco, 2005a.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-ABRASCO, 1992.

RAMOS,M. Possibilidades e desafios na organização do currículo integrado. In: PEREIRA, I.B. A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde. Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: História, Política e Sociedade. PUC/SP.

PIAGET, J. Problèmes Généraux de la Recherche Interdisciplinaire et Mécanismes Communs. In: PIAGET,J. Épistémologie des Scieinces de l'Homme. Paris: Gallimard,1981.

PINHEIRO; MATTOS. Cuidado: as fronteiras da integralidade.3.ed.Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco, 2005b.

RAMOS,M. Avaliação por competências. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV,2006. p.34-38.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde:uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Cienc.Saúde Colet., 10(3):578-79, 2005.

OLIVEIRA, R. de. A (des)qualificação da educação profissional brasileira. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. Empresariado industrial e educação brasileira:qualificar para competir? São Paulo: Cortez,2005.

TANGUY,L. Racionalização pedagógica e legitimidade. In: TANGUY,L. & ROPÉ,F. (Orgs.) Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa. São Paulo: Papirus, 1997, p. 25-68.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. Ciênc.Saúde Colet., 10(3): 585-98, 2005.