

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Uma antiga profissão do futuro: percepções de enfermeiros sobre sua formação e inserção profissional”

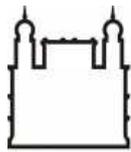
por

Lilian dos Santos Carvalho

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientador principal: Prof. Dr. Antenor Amâncio da Silva Filho
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Carvalho de Mesquita Werner Wermelinger*

Rio de Janeiro, Junho de 2011.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Uma antiga profissão do futuro: percepções de enfermeiros sobre sua formação e inserção profissional”

apresentada por

Lilian dos Santos Carvalho

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Donizete Vago Daher

Prof.^a Dr.^a Simone Santos Silva Oliveira

Prof. Dr. Antenor Amâncio da Silva Filho – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 06 de junho de 2011.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C331 Carvalho, Lilian dos Santos
Uma antiga profissão do futuro: percepções de enfermeiros
sobre sua formação e inserção profissional. / Lilian dos Santos
Carvalho. -- 2011.

ix,101 f. : tab. ; graf.

Orientador: Amâncio Filho, Antenor
Wermelinger, Mônica

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Educação em Enfermagem. 2. Programas de Graduação em
Enfermagem. 3. Mercado de Trabalho. 4. Currículo. 5. Recursos
Humanos de Enfermagem. 6. Educação Superior. I. Título.

CDD - 22.ed. – 610.7

Dedico este trabalho aos profissionais da enfermagem

AGRADECIMENTOS

*Ao meu orientador, Antenor Amâncio, pelo encorajamento em todos os momentos.
Minha imensa admiração pelo ser humano que é.*

À Mônica Wermelinger, minha co-orientadora, pela parceria e incentivo.

Aos componentes da banca, obrigadíssima pela participação e as sugestões.

*Ao professores da Metodologia da Pesquisa e Seminários Avançados: Célia Leitão,
Willer Baumgarten, Mônica Malta, Carlos Otávio Fiúza, Rosana Magalhães, pelo
acompanhamento na construção do “enredo” e do “itinerário” desse projeto.*

*Aos enfermeiros Carinne Magnago e Max Moura, sem vocês seria tudo
muito mais difícil!*

*Aos enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa, pelo tempo, solicitude e
coragem em expor nossas questões.*

Ao amigo Paulo Leitão, além de anjo-da-guarda, suporte técnico!!!

Ao enfermeiro Nilson Costa, pela ajuda na tabulação dos dados.

A amiga Aline Andrea, pelo “socorro bem presente”!

Ao querido Paulo Carvalhosa, por todo apoio nesta etapa! #tamojunto!

*As companheiras da sub-área Saúde e Sociedade, pela “terapia de grupo” durante os
nossos encontros.*

*Aos colegas de trabalho, que debatem nos bastidores as questões da profissão. Vivemos
esperando dias melhores pra sempre!*

*A minha família e em especial meus pais, por todo amor e carinho dedicado, que me
tornaram capaz de perseguir - e realizar - meus sonhos!*

Aos meus amigos por compreenderem minhas ausências neste dois anos!

*Por fim à Escola Nacional de Saúde Pública, por acolher meu projeto e defender a
qualificação em excelência do profissional de saúde.*

*Como sei pouco e sou pouco,
faço o pouco que me cabe
me dando inteiro.
Sabendo que não vou ver
o homem que quero ser.*

*Já sofri o suficiente
para não enganar a ninguém:
principalmente aos que sofrem
na própria vida, a garra
da opressão, e nem sabem.*

*Não tenho o sol escondido
no meu bolso de palavras.
Sou simplesmente um homem
para quem já a primeira
e desolada pessoa
do singular -
foi deixando, devagar,
sofridamente
de ser, para transformar-se
- muito mais sofridamente-
na primeira e profunda pessoa
do plural.*

*Não importa que doa: é tempo
de avançar de mão dada
com quem vai no mesmo rumo,
mesmo que longe ainda esteja
de aprender a conjugar
o verbo amar.*

*É tempo sobretudo
de deixar de ser apenas
a solitária vanguarda
de nós mesmos.
Se trata de ir ao encontro.
(Dura no peito, arde a límpida verdade de nossos erros).
Se trata de abrir o rumo.*

*Os que virão, serão povo,
e saber serão, lutando.*

*(Thiago de Mello, **Para os que virão**, 1978)*

RESUMO

A formação de recursos humanos em saúde tem sido analisada como indispensável para reorientar a assistência sanitária no Brasil. No caso da enfermagem, a reorientação do ensino da graduação tem sido amplamente discutida e novas propostas de operacionalização de projetos pedagógicos de cursos vêm sendo efetivadas. O estudo realizado teve como objeto a formação e a prática de enfermeiros após a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em uma universidade federal do estado do Rio de Janeiro. Teve como objetivo geral analisar a relação formação-prática do enfermeiro frente às Diretrizes Curriculares e, como objetivos específicos: identificar a inserção profissional de enfermeiros egressos no ano de 2009 da Escola de Enfermagem; discutir como os enfermeiros egressos relacionam sua formação com a atuação profissional e verificar as expectativas profissionais destes. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa empírica, onde se analisou o ensino superior em enfermagem e aplicação de questionários contendo indagações sobre a formação, profissão e carreira. Para sistematização dos dados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, e confrontadas as propostas que permearam a reestruturação do currículo do referido curso e as percepções dos enfermeiros sobre tais. Concluímos que as mudanças atuais não representam, necessariamente, rupturas, mas ampliação dos modos de ver as práticas em saúde, onde coexistem consensos e contra-sensos na formação do enfermeiro. Questionamos o perfil do enfermeiro na perspectiva das Diretrizes Curriculares: profissional adaptável, crítico, reflexivo e flexível, num contexto de iniquidades em saúde, massificação do ensino superior e reestruturação produtiva. Deparamo-nos com o grande interesse dos participantes na área de saúde coletiva, e desinteresse nos serviços hospitalares privados. A questão da identidade profissional desvelou-se com as (des) continuidades e transcendências que constituem a enfermagem como prática atemporal, com representações distintas sobre seu passado e expectativas imprecisas pro futuro. Destaca-se a permanente busca de adequação às demandas político-governamentais por parte das instituições de ensino e, paralelamente, os movimentos de resistências dos profissionais e a busca constante de definição da identidade do enfermeiro.

Palavras-chave: Educação em enfermagem, programas de graduação em enfermagem, mercado de trabalho, currículo.

ABSTRACT

The training of health manpower has been regarded as essential to reorient health care in Brazil. In the case of nursing, the reorientation of undergraduate teaching has been widely discussed and new proposals for implementation of the pedagogical courses are being effected. The study was focused on the formation and practice of nurses after the implementation of national curriculum guidelines in a federal university in the state of Rio de Janeiro. It aimed to contextualize the relationship of training and practice of nurses facing the curriculum guidelines and as specific objectives: identify the employability of nurses graduating in 2009 from the School of Nursing; see how the nursing students relate their education to professional practice and to identify the expectations of these professionals. We performed a literature search and empirical research, which examined higher education in nursing and questionnaire with questions about training, career and profession. To systematize the data we used the technique of Discourse of the Collective Subject, and compared the proposals that have permeated the restructuring of the curriculum of that course and the perceptions of nurses on such. We conclude that the current changes do not necessarily represent, ruptures, but expansion of ways of looking at practices in health, education and work, where coexist consensus and nonsense in nursing education. We question the profile of nurses in the perspective of curriculum guidelines: professional adaptable, critical, reflective and flexible in the context of health inequalities, massification of higher education and productive restructuring. We face the great interest of participants in the field of public health, and disinterest in the private hospital services. The issue of professional identity was revealed with the (dis) continuity and transcendence that constitutes nursing practice as timeless, with distinct representations about its past and inaccurate expectations for the future. The study highlights the continuing quest to adapt to the demands by the political-governmental educational institutions and, in parallel, the resistance movements of professionals and the constant search for definition of the identity of the nurse.

Keywords: nursing education, graduate programs in nursing, labor market, curriculum.

SUMÁRIO

Lista de siglas e abreviaturas, p. x

Lista de ilustrações, p. xi

1. Considerações iniciais, p. 10

2. Os contra-sensos do mundo do trabalho e os consensos da formação superior em saúde sob a égide das diretrizes curriculares nacionais, p. 15

2.1 Breve contextualização do ensino superior em enfermagem no Brasil, p. 15

2.1.1 Aproximações entre educação e formação superior na saúde, p. 15

2.1.2 A formação do enfermeiro tendo como eixo as diretrizes curriculares nacionais, p. 21

2.2 Considerações sobre o trabalho na saúde e o trabalho da enfermagem, p. 29

2.2.1 Concepções acerca do trabalho, p. 29

2.2.2 O trabalho na saúde na atualidade, p. 30

2.2.3 O trabalho da enfermagem como prática social, p. 33

3. Percurso teórico-metodológico, p. 39

3.1 Pesquisa bibliográfica, p. 40

3.2 Pesquisa empírica, p. 40

3.3 Cenário do estudo, p. 40

3.4 Instrumento de coleta de dados, p. 41

3.5 Sistematização dos dados, p. 42

3.6 O Discurso do Sujeito Coletivo e as Representações Sociais, p. 44

3.6.1 Operadores do Discurso do Sujeito Coletivo, p. 45

3.6.2 Interdependência teoria e método, p. 46

4. Apresentação dos resultados e discussão, p. 49

4.1 Características sócio-econômicas, p. 49

4.2 Escolha profissional e formação, p. 49

4.3 Inserção e expectativa profissional, p. 59

4.4 Expectativas iniciais e finais da graduação, p. 64

4.5 Inserção profissional, p. 73

4.6 Expectativa profissional, p. 77

5. Considerações finais (uma antiga profissão do futuro), p. 86

Referências, p. 92

Anexo 1 - Questionário, p. 98

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, p. 101

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem
AC - Ancoragem
CAPs - Centro de Atenção Psicossocial
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CES - Câmara de Educação Superior
CNE - Conselho Nacional de Educação
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COREN - Conselho Regional de Enfermagem
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
ECH - Expressões-Chave
ESF - Estratégia Saúde da Família
IC - Idéia Central
INEP - Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira
ME - Ministério da Educação
MEC - Ministério da Educação e Cultura
MS - Ministério da Saúde
PNEP - Política Nacional de Educação Permanente
PPP - Projeto Político Pedagógico
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem
PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde
Pró-Uni - Programa Universidade para Todos
PSF - Programa Saúde da Família
REBEN - Revista Brasileira de Enfermagem
RS - Representações Sociais
SENADEN - Seminários Nacionais de Educação em Enfermagem
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
TRS - Teoria das Representações Sociais
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

LISTRA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros segundo sexo e idade, p. 49

Tabela 2 – Caracterização dos enfermeiros segundo a formação no Ensino Médio, p. 52

Tabela 3 – Descrição dos enfermeiros segundo moradia, renda familiar e custeio dos estudos, p. 53

Tabela 4 – Escolaridade e ocupação atual dos pais dos enfermeiros egressos do currículo novo, p.54

Tabela 5 – Opção pela graduação em enfermagem, p. 53

Tabela 6 – Principais expectativas dos enfermeiros ao ingressar na universidade, p. 56

Tabela 7 – Expectativas de carreira dos enfermeiros egressos do currículo novo, p. 62

Gráfico 1 – Importância dos aspectos formativos segundo egressos do curso de enfermagem, p. 56

Gráfico 2 – Área da saúde de maior identificação segundo egressos da graduação em enfermagem, p. 59

Gráfico 3 – Áreas de interesse para cursos de especialização segundo egressos da graduação em enfermagem, p. 61

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O meu interesse pelo campo da educação e, em especial, pela formação do enfermeiro, desvelou-se durante a graduação. Após ingressar, por transferência externa, na Universidade Federal Fluminense (UFF) e dispensada de cumprir conteúdo e carga-horária das disciplinas que eu cursara em uma instituição privada de ensino, dediquei-me a conhecer e a comparar os currículos e as ementas das disciplinas de ambas as instituições.

Nesta descoberta, me deparei com o projeto político-pedagógico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense. Isto ocorreu no ano de 2004 e a EEAAC estava em transição do currículo “antigo” para o currículo “novo”. Com isto, fui “apresentada” às Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação do Enfermeiro¹. Encontrei nesse processo um desafiante objeto de investigação e, para o Trabalho de Conclusão de Curso da graduação, realizei uma revisão de literatura na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) sobre a produção científica relacionada às Diretrizes entre 2002 e 2006.

Após concluir a graduação e ingressar no curso de especialização em Gerência dos Serviços de Enfermagem, na mesma Universidade, muitos porquês continuaram e alguns novos emergiram: *Será que, de fato, estão ocorrendo mudanças na formação do enfermeiro? Quais as novidades e quais as permanências que tem conformado esta formação? É possível relacionar tais mudanças com a prática profissional destes?*

Como enfermeira recém-formada vivenciara, além das questões comuns a todos os egressos (*E agora, o que vou fazer?*), uma necessidade premente de compreender melhor o contexto sócio-político-educacional do ensino superior brasileiro e, em particular, a formação do enfermeiro, considerando a conjuntura de crescimento da oferta de cursos de graduação em enfermagem (principalmente por instituições privadas), aumento do campo de trabalho do enfermeiro em função das políticas de saúde voltadas para atenção básica e Estratégia Saúde da Família e um mercado de saúde inserido num amplo setor de serviços conformado na relação capital-trabalho, marcada pela flexibilidade nos contratos e nas relações de trabalho.

¹ As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem foram estabelecidas pela Câmara de Educação Superior / Conselho Nacional de Educação através da Resolução nº 03 de 07 de Novembro de 2001. Disponível em: portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf.

Nesses meandros, a tríade educação-formação-trabalho do enfermeiro revelou-se uma questão ampla e complexa, destacando a necessidade de resgatar aspectos da própria história da profissão e da relação educação-trabalho na sociedade brasileira nas últimas décadas, tendo em vista que a formação do enfermeiro tem passado por significativas transformações ao longo de sua história.

A ênfase na formação tecnicista e atuação majoritariamente hospitalar tem sido gradativamente relativizada e, nessa perspectiva, novos desafios são apontados. As universidades, nesse contexto, incorporam a abordagem da educação crítica como ferramenta para formar profissionais aptos a atuarem em um mercado de trabalho flexível e competitivo, no qual são questionados os valores humanos de ética e solidariedade.

Na efetivação das propostas de formação expressas pelas Diretrizes Curriculares, o ensino tecnicista, centralizado na doença, tende a ser substituído, gradativamente, pela formação do enfermeiro generalista, na perspectiva da assistência integral ao indivíduo, à família e à comunidade, de modo a abranger todas as áreas de atuação da enfermagem, levando em conta os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira.

As questões contemporâneas relacionadas à tríade educação-formação-trabalho sinalizam que, para além da necessidade de formular resoluções, currículos e projetos pedagógicos, a saúde brasileira necessita de profissionais sensibilizados para as questões multifatoriais que configuram o processo saúde-doença-cuidado, capazes de perceber o contexto social em que se inserem e participar, como exercício de cidadania, na implantação das ações de saúde que visem a melhoria do atendimento à saúde e da qualidade de vida da população.

A realização de estudos que debatam sobre o papel reservado à escola, as percepções dos profissionais da saúde em relação à sua formação e prática profissional e os desafios de mudanças após a Reforma Sanitária, são essenciais para análise e avaliação das práticas de ensino e representações em saúde e na formação de pessoal para o Sistema Único de Saúde.

Conhecer as possibilidades de inserção, atuação e expectativa profissional de enfermeiros egressos e as relações que se estabelecem entre a formação e a prática profissional, mostra-se uma ferramenta importante para maior compreensão sobre a atual formação de recursos humanos para o SUS, aspirando melhor qualificação profissional e conseqüente melhoria na assistência à saúde.

Diferentes instituições de ensino superior no país têm divulgado suas experiências de modificações de projetos pedagógicos de cursos e de currículos, além de avaliações promovidas pelo Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, do Ministério da Educação, sobre a adesão e implementação das Diretrizes.

Pesquisa sobre a dinâmica das graduações em saúde no Brasil, entre 1995 e 2003, verificou que, nesse período e no caso da enfermagem, o número de cursos teve aumento de 209,3% e o número de vagas cresceu 492,6%, tendo sido observada expansão de 4.373 em 1995 para 11.252 egressos em 2003, ou seja, um incremento de 157%.¹

Nessa pesquisa, os autores afirmam que os fatores que contribuíram para o crescimento do número de cursos, vagas e, conseqüência, egressos da graduação em enfermagem, foram, entre outros, a flexibilização do mercado de trabalho em geral e, em particular, o do setor saúde, as políticas públicas de saúde - ampliando substancialmente o mercado de trabalho setorial - e as de políticas de educação - que flexibilizaram o sistema e possibilitaram a ampliação da oferta de cursos privados.¹

No caso específico, o Estado do Rio de Janeiro conta com 27.641 enfermeiros inscritos no Conselho Regional de Enfermagem², sendo que, atualmente, 56 Instituições de Ensino Superior oferecem o curso de graduação em enfermagem no Estado³.

Cabe ressaltar que a formação é, sobretudo, a condição de refazer permanentemente as relações profissionais com os usuários, de modo responsável e comprometido. Além de dominar os processos lógicos de construção dos saberes profissionais e meios, técnicas e métodos de produção do conhecimento científico que fundamentam e orientam o agir profissional, é necessário que o estudante saiba mobilizar em saberes e práticas esses conhecimentos científicos, transformando-os em atividade social e política libertadora.²

Os desafios de trabalho trans e interdisciplinar em saúde e o objeto do trabalho centrado no usuário e na complexidade do processo saúde-doença-cuidado, demandam profissionais com competências técnicas e habilidades éticas capazes de compreender as intersubjetividades na relação com a equipe e os usuários, com vistas a avançar na

² Fonte: <http://www.coren-rj.org.br/site/nav/sobre/estatistica-de-inscritos.shtml>. Acessado em 18 de junho de 2009.

³ Fonte: http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp. Acessado em 18 de junho de 2009.

construção coletiva de ações e estratégias para gerenciar os diversos e complexos problemas de saúde que acometem a população.

Desse modo, o estudo realizado teve como **Objeto** a formação e a prática de enfermeiros após a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em uma universidade federal do estado do Rio de Janeiro. Teve como **Objetivo Geral** analisar a relação formação-prática do enfermeiro frente às Diretrizes Curriculares e, como **Objetivos Específicos**: 1) Identificar a inserção profissional de enfermeiros egressos no ano de 2009 da Escola de Enfermagem; 2) Discutir como os enfermeiros egressos relacionam sua formação com a atuação profissional; 3) Verificar as expectativas profissionais destes egressos.

Para consecução do estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa empírica, contextualizado o ensino superior em enfermagem e aplicação de questionário contendo indagações sobre os eixos de formação, prática profissional e expectativas dos egressos do novo currículo em relação à profissão e à carreira.

Com a sistematização dos resultados obtidos, foram confrontadas as propostas que permearam a reestruturação do currículo do referido curso em 2004 e as percepções dos enfermeiros egressos sobre sua formação e sua prática. Os sujeitos da pesquisa foram 28 egressos formados na referida universidade, no ano de 2009, sob as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem.

O material produzido poderá ser utilizado nas instituições de ensino para subsidiar discussões e avaliações das mudanças implementadas nos projetos pedagógicos dos cursos de enfermagem, bem como para estimular a produção de mais pesquisas e reflexões que problematizem essa discussão.

Com este estudo pretendemos contribuir com a produção de informações que colaborem na análise crítica da inserção do enfermeiro no mercado de trabalho e sua prática pautada no Sistema de Saúde, a partir dos paradigmas de saúde, trabalho e educação contemporâneas. Nesse contexto, é pertinente aproximar as diretrizes instituídas com as perspectivas profissionais dos enfermeiros formados nestas novas abordagens.

Assim, o estudo ora apresentado buscou caracterizar os enfermeiros egressos da Escola de Enfermagem e analisar as perspectivas profissionais destes, trazendo à discussão as relações entre a formação e a prática no atual contexto, sob a égide das Diretrizes Curriculares.

A escolha por de enfermeiros egressos desta Escola de Enfermagem deveu-se ao fato de que esta tem incorporado o movimento nacional de revisão, modificação e readaptação de propostas curriculares. O seu Projeto Político Pedagógico foi modificado no ano de 2004 e suas bases teórico-filosóficas encontram apoio, principalmente, nas idéias de Paulo Freire e Edgard Morin, que convergem no sentido de que a educação deve ser um permanente processo de construção coletiva que não negue os conhecimentos específicos e necessários, mas que aborde as especificidades dos eventos, processos e fenômenos na natureza e na história, como uma síntese provisória de múltiplas determinações, a partir dos conceitos de problematização e complexidade.

No segundo capítulo deste estudo abordamos as concepções contemporâneas sobre os contra-sensos do mundo do trabalho e os consensos da formação superior em saúde, em que contextualizamos o ensino superior em enfermagem, o cenário de emergência das Diretrizes Curriculares e o perfil profissional preconizado por esta. Em seguida, problematizamos as concepções sobre o trabalho e seus novos sentidos, bem como as peculiaridades do trabalho na saúde e a noção do trabalho da enfermagem como prática social.

O percurso teórico metodológico do estudo é apresentado no terceiro capítulo, onde discutimos os limites e possibilidades de pesquisas em ambiente virtual e detalhamos a fase da coleta dos dados, como também detalhamos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

O quarto capítulo contém os resultados da pesquisa e a discussão. Analisamos o perfil sócio-econômico dos participantes e as percepções destes quanto à formação e a prática do enfermeiro. A partir dos depoimentos coletados, apontamos as mudanças e permanências que tem delineado a identidade profissional e social do enfermeiro.

Nas considerações finais, sintetizamos *um perfil* dos participantes desta pesquisa e refletimos sobre a necessidade de substituição da visão cultural normativa do trabalho para uma análise a partir da *Ergologia*, na intenção de *tornar visível o (trabalho) invisível* e, quiçá, desnaturalizarmos incorporações negativas que permanecem e prejudicam a auto-estima profissional do enfermeiro.

2. OS CONTRA-SENSOS DO MUNDO DO TRABALHO E OS CONSENSOS DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE SOB A ÉGIDE DAS DIRETRIZES CURRICULARES

2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR EM ENFERMAGEM NO BRASIL

2.1.1 Aproximações entre educação e formação superior na saúde

O termo educação pode ser definido como o *“ato ou efeito de educar”*, ou como *“o processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano”*³

Em um sentido amplo, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) descreve, em seu Artigo 1º, que a educação *“contempla os aspectos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e manifestações culturais”*.⁴

Essa mesma Lei⁴, no Artigo 2º, explicita que a educação tem por finalidade o *“desenvolvimento pleno do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”*. [grifo nosso]

São múltiplas as abordagens sobre educação, bem como as diferenças conceituais entre escola, ensino e formação. No presente estudo buscamos compreender a educação tanto em seu sentido mais amplo, ou seja, como ação social e exercício de cidadania, como em sentido restrito, isto é, aquela realizada em instituições de ensino médio e superior, com suas especificidades, no intuito de apreender a concepção de formação profissional que tem sido adotada na graduação em saúde, em especial no ensino superior em enfermagem no Brasil.

Na atualidade a educação adotou o modelo universal da prática da educação escolar, sendo a escola pública uma das primeiras manifestações da modernidade. Apoiada na racionalidade da *teoria pedagógica*, o discurso oficial da educação se apóia em instrumentos verificáveis da instrução dos alunos, todavia:

A superficialidade das concepções de homem, de aluno e de professor que presidem o discurso educacional acompanha o empobrecimento da vida social e a ‘escalada da insignificância’ em que mergulhou a reflexão em nossas sociedades. Na ‘educação’ mas não só aí, ela [a teoria pedagógica] contribui pra manter vivo o mito da atuação especializada do legislador, do administrador e do teórico, em substituição às incertezas da construção política, da deliberação coletiva, da iniciativa empírica e singular.

Em muitos casos a educação é vista apenas como ensino. No sentido estrito expresso na LDB, a educação se caracteriza como *educação escolar*, que se desenvolve predominantemente por meio do ensino, em instituições próprias.⁶

Especialmente no Brasil, no caso da enfermagem, a influência do modelo norte-americano, trazido pelas enfermeiras que atuavam junto à Fundação Rockefeller no início do século XX, às atuais mudanças curriculares estabelecidas para os profissionais de saúde como produto de parcerias com a Fundação Kellogg, configura um importante contexto para a reflexão crítica quanto às articulações políticas para a formulação e implantação de mudanças curriculares nos processos de formação dos profissionais da saúde. É pertinente, pois, analisar a linha tênue entre a simples adesão/adaptação às diretrizes como manutenção do *status quo* e os movimentos de resistência à consecução das mesmas, ambas as situações geralmente marcadas por interesses distintos e prevalências de forças político-ideológicas.^{7,8,9}

Deste modo, não há apenas idéias opostas ou idéias diferentes a respeito da educação no Brasil, sua essência e seus fins. Cabe diferenciar os pontos de vista sobre “o que é ato de ensinar, o que o determina e a que e a quem ele serve”.¹⁰

Corroboramos com a afirmação que a educação/formação se refere

Aos conhecimentos, idéias, conceitos, valores, atitudes, hábitos, símbolos sob o aspecto de elementos necessários à formação da humanidade em cada indivíduo singular, na forma de uma segunda natureza, que se produz, deliberada e intencionalmente, através das relações pedagógicas, historicamente determinadas que se travam entre os homens.¹¹

O autor assinala que a função educativa, que antes se acreditava ser da família, passa a assumir a forma escolar, ocorrendo uma *hipertrofia da escola*. A opinião dos educadores têm oscilado entre um *sistema dualista*, que desvincula a formação geral da formação profissional, e a concepção da *escola única*, que pretenderia integrar educação geral e formação profissional.

Na sociedade capitalista a educação situa-se no âmbito do não-trabalho, entendida como um bem de consumo, uma fruição. A divisão entre o trabalho manual e o intelectual é institucionalizada na escola, na medida em que, a partir da Revolução Industrial, foi se tornando necessário um patamar mínimo de qualificação profissional para os operários manusearem as máquinas, qualificação essa então apreendida na escola básica.¹¹

O discurso da universalização da educação básica, principalmente nos anos 1970/1980, defende a garantia dessa educação pelo estado e, neste,

encontra-se implícita a estratégia da redução da pobreza, diminuição das taxas de natalidade e a melhoria da utilização dos recursos disponíveis por parte dos pobres, seja buscando fontes alternativas de alimentos, seja aderindo a medidas de higiene pessoal, ações que caminham juntas, direcionadas para a educação e a saúde, ou seja, a implementação de ações de saúde extensiva passa pela posse dos saberes transmitidos pela educação básica.⁹

Nas duas últimas décadas do século XX, diante das mudanças qualitativas operadas na organização do trabalho e nas relações entre classes, o estado capitalista “vem definindo suas diretrizes e práticas, como o intuito de reajustar funções educadoras as necessidade de adaptação do homem individual e coletivo aos novos requerimentos do desenvolvimento do capitalismo monopolista”.⁶

O estado no início do século XXI funciona como um “Estado Educador” de um novo padrão de sociabilidade na ‘sociedade do conhecimento’, substituindo as sociedades industriais (uma vez que o *capital físico* perde importância como fonte de riqueza) e

a relação de oposição entre capitalismo industrial e sociedade de conhecimento justifica, portanto, a criação nos países em ‘desenvolvimento e transição’ de um outro modelo de educação escolar, mais equânime e flexível, que substitua a rigidez e o elitismo do “modelo universitário de tipo europeu”, funcional a um outro estágio civilizatório.⁶

Algumas marcas desse Estado Educador seriam as mudanças na estruturação curricular da educação escolar, destacando-se as políticas direcionadas à melhoria da qualidade de ensino, entre as quais

o treinamento de dirigentes escolares, metamorfoseados em gerentes; a redefinição da política de formação de professores de todos os níveis de ensino; a definição de novas diretrizes para elaboração de projetos político-pedagógicos escolares; e os mecanismos de avaliação do desempenho escolar, das instituições de ensino e do corpo docente.⁶

A nova política educacional implantada no Brasil a partir da segunda metade da década de 1990, teve como finalidade

Implementar uma nova política sistemática de educação básica e de um novo 'sistema nacional' de formação técnico-profissional; realizar o desmonte progressivo do aparato jurídico-político da educação superior (tecnológica, científica e artística); criar um marco regulatório para a educação tecnológica que se constitui em instrumento viabilizador da reforma da educação superior implementada sistematicamente pelo primeiro governo Lula, a partir de 2003.⁶

Aderindo a propostas do Banco Mundial e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) de *massificação da educação escolar* para os países de capitalismo dependente, o termo “democratização da educação escolar” empregado no Brasil tem como fundamentos os princípios da *equidade* e da *meritocracia*. A equidade seria alcançada pela flexibilização das oportunidades escolares e o mérito seria resguardado pela concessão de bolsas de estudo, créditos educativos, de assistência estudantil, ação afirmativa e de inclusão social que possam garantir aos novos segmentos populacionais que chegam ao nível superior de educação escolar (em geral pobres), a ajuda necessária para garantir o acesso e a permanência nos cursos oferecidos pela rede pública ou privada de ensino.⁶

Para os organismos internacionais e, também, para o governo brasileiro, a educação geral se constitui em meio de preparação para carreiras mais flexíveis, que substituirão aquelas mais rígidas, voltada para a preparação de especialidades técnicas, dicotomizando as instituições de ensino e pesquisa. Esse “novo homem coletivo”, onde o espaço escolar de formação assume importante papel, deverá ser capaz de desenvolver características de *empreendedorismo* e colaboração, para garantir sucesso individual e grupal e assegurar a coesão social necessária para uma vida em sociedade.⁶

A educação como redutora da miséria e, consequência da desigualdade, apartada da crítica das relações sociais capitalísticas, é uma velha retórica liberal conhecida e que a literatura crítica sobre a educação já tratou de negar e denunciar.¹²

As interferências do campo político-econômico na educação mostram-se um importante fator para análise dos movimentos da educação superior no Brasil e, em especial, do ensino das graduações em saúde. A modificação das funções do estado em prover e regulamentar o ensino superior, as alterações apresentadas nas instituições formadoras e sem desconsiderar a tendência privatizante das instituições de ensino

superior no Brasil, tem como consequência novos paradigmas na formação e na inserção dos egressos no mercado de trabalho.

Chama a atenção o discurso sobre “*menores subsídios para os que estão em condições de custear os estudos superiores*”¹², que não é novo nas intenções políticas governamentais, ao ser usado como argumento para a privatização das universidades públicas. Hoje, há programas governamentais destinados à ampliação das vagas no ensino superior, mas a maioria delas está relacionada às universidades privadas, ou seja, o estado (ente público) financia a iniciativa privada.

É importante ressaltar a forte influência do setor privado na abertura de novos cursos de graduação em saúde, área que tem sido apontada, na perspectiva de reestruturação do sistema de saúde, como um mercado de trabalho diversificado e crescente. Sobre esta questão, observa-se que:

No panorama atual da educação superior em nosso país, em que se discute uma reforma do ensino nesse nível, é importante ter em conta que a liberação no tocante a abertura de cursos, ocorrida a partir da década de noventa, promoveu uma desenfreada expansão das faculdades e universidades privadas, resultando em que o setor público detém, hoje, apenas 30% das vagas ofertadas, com o setor privado respondendo por 70% da oferta, mesma correspondência observada em relação ao quantitativo de vagas existentes na área da saúde.¹

O ensino é um bem público, e que o estado não deve nem pode abrir mão de seu papel regulador, orientando e ordenando a criação de cursos e instituindo um processo permanente de avaliação da qualidade do ensino.

Compreendida como atividade social, a educação envolve aspectos de desenvolvimento e socialização dos indivíduos, que acontecem em diferentes espaços sociais. No Brasil, apenas a educação fundamental é assumida como *dever* do Estado. O ensino médio de caráter profissionalizante tem como aspiração uma formação integrada entre o indivíduo, a sociedade, a cultura e a interdisciplinaridade, enquanto a formação superior, atendendo a exigências do mercado de trabalho flexível e competitivo, diluída entre universidades, centros de ensino e faculdades, tem dado continuidade à formação fragmentada de seus alunos, em detrimento da formação para a vida e a cidadania.

Com os princípios de universalidade, integralidade e descentralização dos serviços de saúde erigidos no movimento da Reforma Sanitária, tem sido amplamente discutida a questão da formação de recursos humanos para a saúde e, nesse contexto, é vital a comunicação/articulação intersetorial entre as esferas da educação e da saúde

para, mediante o diálogo, elaborarem e implementarem, em conjunto estratégias que se apoiem e defendam o princípio da integralidade em saúde nos diferentes serviços ofertados pelo SUS.

A respeito de convergências e interseções entre educação e saúde,

as políticas definidas para as áreas de saúde e educação possuem interseções e particularidades comuns, estruturais, que se refletem em sistemas fragmentados e excludentes. Em ambas estão acolhidos e coabitam sistemas diferenciados para as classes mais abastadas (que possuem força política e /ou econômica) e para as mais necessitadas (cujo direito de acesso à educação e à saúde inexistente ou é extremamente precário).¹³

As similitudes estruturais entre educação e saúde, apontando que *“a específica interseção nas ações para a formação de pessoal obriga o desafio de estabelecer um diálogo mais estreito, mais solidário, mais desprendido entre os profissionais das duas áreas.”*¹³

Nesse cenário, duas propostas vigentes são a Constituição de 1998 e a Lei 8.080/90. A Constituição, em seu artigo 200, menciona a responsabilidade do estado em relação à formação de recursos humanos para implementação do Sistema Único de Saúde, ao assinalar como sendo da competência do sistema *“ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”*¹⁴. Por sua vez, a Lei Federal nº 8.080/90, em seu Artigo 27, afirma que *“a política de recursos humanos em saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”* e enumera, dentre outros objetivos, *“a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”*.¹⁵

Em relação à formação profissional em saúde, compreendemos que

A educação centrada no ser humano em suas dimensões emocionais, racionais, espirituais e materiais contrapõe-se ao ensino cuja referência e limite é o mercado de trabalho e a formação de recursos humanos enquanto capital. Especificamente no tocante à formação profissional em saúde, as propostas existentes restringem-se, ainda, em grande medida, ao treinamento e à capacitação técnica dos trabalhadores. De uma maneira geral, privilegia-se a dimensão técnica em detrimento das especificidades do processo de trabalho em saúde, ainda que se reconheça a existência de iniciativas isoladas no sentido de desenvolvimento de programas que visem a superação do reducionismo técnico na formação profissional.¹³

Para se pensar a formação de enfermeiros críticos e reflexivos como preconizado pelas Diretrizes Curriculares, em contexto de precarização e flexibilidade nas relações

de trabalho, é pertinente analisar alguns movimentos de adaptação da enfermagem brasileira às políticas de educação, bem como compreender que a educação crítica deve ser articulada desde o ensino fundamental e médio e durante toda a vida acadêmica e profissional. É necessário considerar que não só a universidade, mas outras instituições, como o ambiente de trabalho, formam as pessoas.

O papel das instituições formadoras deve ser discutido e esta discussão deve ser ampliada entre os setores da saúde e da educação e entre diversos atores sociais (educadores, alunos, representantes da sociedade civil organizada.).

2.1.2 A formação do enfermeiro tendo como eixo as diretrizes curriculares nacionais

A educação superior em enfermagem, no conjunto de estratégias de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, tem se configurado de maneira ímpar nas últimas décadas. Sem pretender traçar um percurso histórico da formação de enfermeiros no Brasil, mas resgatando algumas noções de educação e ensino superior, buscamos, no estudo realizado, focar as mudanças na formação do enfermeiro no Brasil.

São vários os movimentos de regulamentação da formação superior em enfermagem no Brasil desde sua primeira escola na década de 1920. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), através dos Seminários Nacionais de Educação em Enfermagem (SENADENS), tem sido um dos principais articuladores da estruturação da profissão junto ao Ministério da Educação, contribuindo, efetivamente, na elaboração dos currículos e projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação.

Para melhor compreendermos o contexto de criação e implantação das Diretrizes Curriculares, alguns marcos da formação do enfermeiro no Brasil merecem ser assinalados. A formação profissional é determinada histórica, política e economicamente, e não somente pela evolução do conhecimento. A história das profissões, inclusive a enfermagem, demonstra que existem fatores determinantes de sua configuração e estruturação, dentre eles as políticas públicas, que seguem diretrizes e planos de governo.¹⁶

A versão da história oficial escrita, tradicional e linear, numa perspectiva colonialista, branca, eurocêntrica, higiênica e de exclusão (relações entre *ladies* e

nurses) deve ser reconstruída também a partir da história de enfermagem brasileira a partir das enfermeiras negras (*sinhazinhas e mucamas*).¹⁷

Embora procuramos traçar *uma* história da formação de enfermeiras para esta pesquisa, consideramos as limitações nas atuais abordagens que desconsideram o perfil escravista no Brasil Colonial, bem como o enaltecimento de algumas personalidades e desconsideração de outras. Desta forma, reconstruiremos recortes e aproximações da história sobre a formação do enfermeiro no Brasil para contextualizarmos o atual processo de formação.

Até o Brasil República, a formação em saúde era predominante resultado do exercício da prática. Aprendia-se, essencialmente, com os profissionais mais experientes, mediante dedicada e cotidiana aprendizagem: *“O currículo e pedagogia eram auto-regulamentados, configurando um ensino livre, sem currículo mínimo ou sem diretrizes curriculares nacionais”*.²

Os currículos da graduação em enfermagem foram baseados no modelo francês (adotado na Escola Profissional de Enfermeiros, Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro de 1880; no modelo inglês (adotado em 1901 no então Hospital Evangélico, hoje Hospital Samaritano) e posteriormente ao modelo americano, com as repercussões da Primeira Guerra Mundial e a vinda da Cruz Vermelha para o Brasil, por volta de 1916.^{18,19}

Esses cursos foram criados para atender às necessidades emergenciais de cada momento histórico, e não houve por parte do estado, durante o período agrário-exportador, uma política explícita que indicasse uma preocupação com a saúde da população, e, conseqüentemente, com uma mão de obra de enfermagem qualificada.¹⁸

Em 1890 foi criada, por decreto federal, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, motivada pela necessidade de se dispor de novos profissionais de saúde qualificados para os hospitais militares, de modo a aumentar a capacidade de enfrentar o quadro epidemiológico nacional e debelar as doenças transmissíveis.¹⁸

No Brasil, na década de 1920, com a hegemonia da anatomopatologia que assinalava os hospitais como lugar de cura e o melhor local para a formação no âmbito da assistência da saúde, a saúde pública incitava a uma formação que se orientasse pelas prioridades nacionais, tendo em vista a saúde da nação.

As ações deram início com a problemática da Saúde Pública a partir da década de 1920, pois até esse período, a realidade nacional mostrava a falta de enfermeiras

diplomadas, com a assistência de enfermagem sendo realizada por pessoal de nível elementar, supervisionado por religiosas. Destaca-se, então, a participação de Ethel Parsons, enfermeira-chefe da divisão de higiene infantil e enfermeira de saúde pública no Texas, Estados Unidos, na implantação da Reforma Carlos Chagas⁸, convidada pela Fundação Rockefeller para chefiar a Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil

As enfermeiras norte-americanas da Missão Rockefeller desempenharam um papel de *civilizadoras*. Não só modelaram o comportamento das alunas como também imbuíram a mística de uma nova profissão feminina, adotando o mesmo processo do movimento colonizador, como as técnicas, os modelos assistenciais e os paradigmas teóricos da enfermagem norte-americana.

Desde esse período a história tem demonstrado que no conjunto da categoria da enfermagem há uma dificuldade em formular críticas às imposições governamentais, com a produção da categoria se dedicando a entender a prática da enfermagem como trabalho e atividade socialmente necessária, mas sujeitas aos mecanismos de relação entre estado, capital e trabalho.⁹

Na era Vargas (década de 1930), é criado o Conselho Nacional de Enfermeiras, destinado a orientar os problemas profissionais e a realizar a fiscalização das Escolas de Enfermagem que surgissem.¹⁶ Nas décadas de 1930 e 1940, em que persistiam epidemias de sarampo e de febre tifóide, houve ênfase na saúde pública, com a enfermagem representando uma oportunidade nova de acesso da mulher à educação e ao mercado de trabalho. Com a atuação eficaz das enfermeiras, aumentou a preocupação em estabelecer uma enfermagem menos subordinada aos profissionais médicos.²⁰

A partir da década de 1940, principalmente no Governo Kubitschek, ocorre a expansão da assistência curativa, quando foram construídos vários hospitais. Com isso, a saúde pública teve a sua importância enfraquecida e a atenção médica vai se tornando individualizada, especializada e gradativamente mais valorizada.

A partir do Relatório do pesquisador americano Abraham Flexner, no início do século XX, a saúde é marcada pela base biologicista, orientada para a especialização, pela pesquisa experimental e centrada no hospital.² Este documento avaliou o ensino médico nos Estados Unidos e comparou com outros países, resultando num redirecionamento do ensino nas escolas médicas americanas e passando a ser referência para o ensino em saúde em vários outros países, inclusive no Brasil.

No período entre 1950 e 1980, o enfermeiro é tido como o gerenciador do processo de trabalho da enfermagem e o modelo assistencial predominante é o fundado na divisão de tarefas e procedimentos: *“o ensino é contraditório: diz que está centrado apenas no cuidado direto, mas fala aos alunos que devem saber apenas para poder ensinar e mandar que os outros façam”*.²⁰

A prática da enfermagem comporta saberes e fazeres que traduzem fortemente a divisão técnica do trabalho em saúde. Historicamente, o trabalho manual é realizado pelos profissionais de ensino fundamental e médio (auxiliares e técnicos) e o trabalho intelectual, que seria, grosso modo, o planejamento, a supervisão da assistência e a realização de cuidados de maior complexidade, é realizado pelos enfermeiros.

Esta sucinta descrição permite localizar a dimensão da formação e da prática dessa profissão, detentora de representações sociais que a classificam como ciência, arte, vocação, profissão e prática social.

Retomando aos aspectos históricos na formação, a partir da década de 1980 o cenário político e sanitário favorece as mudanças em todos os níveis de formação, sendo as diretrizes curriculares uma estratégia para essas mudanças, por levarem em conta as necessidades de saúde da população e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

O foco na formação tendo como o eixo o Sistema Único de Saúde, é considerado um avanço a partir das contribuições da saúde coletiva e visa superar a polaridade histórica da formação em saúde e o privilegiamento das ações curativas sem, contudo, relegar a segundo plano ou, mesmo, desconsiderar, o necessário domínio técnico em relação a todos os espaços de produção social da saúde, priorizando as de caráter preventivo e de promoção da saúde.

Na década de 1990, predomina no país a política calcada em princípios de caráter neoliberal, tornando a saúde cada vez mais privatizada e especializada, resultando em significativa expansão dos serviços privados de saúde.

Em 1996 é aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394 de 20/12/1996), que estabelece as diretrizes e bases da educação e abre espaços para a flexibilização dos currículos dos cursos de graduação. A Lei - que preconiza ser do Estado e da família o dever de educar, e que deve ser valorizada a experiência extra-escolar do aluno, bem como promover a vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais - ajudou a direcionar a construção das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação na Saúde, sendo estabelecido um conjunto de orientações, pareceres e resoluções.^{22,21}

Enquanto prevalecer na política educacional brasileira a orientação de caráter neoliberal, a estratégia de resistência ativa é a arma de luta dos educadores, buscando construir uma nova relação hegemônica que viabilize as transformações indispensáveis para adequar a educação às necessidades reais e aspirações da população brasileira. Se houvesse efetiva vontade política por parte dos setores hegemônicos para se resolver o problema crônico da educação não existiriam as dificuldades conhecidas.²³

A LDB, em seu Artigo 53, determina que os estabelecimentos de ensino terão a incumbência de elaborar e executar seu Projeto Político Pedagógico e fixar currículos de cursos e programas observando as diretrizes gerais pertinentes, ressaltando a importância da participação de toda a comunidade acadêmica na elaboração dessa proposta.

Sobre este fato, com o Parecer nº 776/97 a temática das diretrizes curriculares ganha materialidade, na medida em que as instituições de ensino superior foram convocadas a enviarem propostas que seriam as bases para a construção de um documento único, que representasse o conjunto das propostas.

Todavia, a Associação Brasileira de Enfermagem já aprovava um novo currículo em 1994 que seria implantado a partir de 1995, e em 1997 quando o Ministério da Educação convocou à reformulação curricular, o currículo anterior ainda estava sendo implantado e nem havia sido avaliado.⁹

Analisando os documentos, relatórios, pareceres e seus conteúdos para elaboração das Diretrizes Curriculares para a Formação do Enfermeiro, é elucidado que a implementação de espaços aparentemente democráticos parece “*parte das estratégias de efetivação do consenso*”⁹, que escondem movimentos adaptativos de atores e categorias a ideários que não foram construídos coletivamente.

Em pesquisa bibliográfica realizada no ano de 2000, Rodrigues e Caldeira²⁴ enfatizam a continuidade e aprofundamentos das privatizações e transferências de recursos para o setor privado da educação, evidenciados através do Programa Universidade para Todos (Pró-Uni). Na saúde, as ações de reorientação da formação incluem, além das Diretrizes Curriculares para as Graduações em Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente e o Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

Dentre esses programas, sobressai o PROMED, que visa direcionar a formação em medicina para a atenção básica (Estratégia Saúde da Família), tendo como eixo “*incentivar mudanças curriculares que, claramente tenham como principal foco a*

atenção básica a partir das constatações de que o modelo hegemônico centrado na doença tem encarecido o sistema que não tem apresentado resolutividade”²⁴.

As estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde buscaram o desenvolvimento de *currículos integrados*, adoção de *metodologias ativas* de ensino-aprendizagem, em que o aluno é o centro do processo e o professor o facilitador da aprendizagem: *“Com o mundo globalizado, com a velocidade da produção de conhecimentos, não se pode mais transmitir saberes – que são voláteis – mas o que imporá/é desejável é “aprender a aprender”²⁴.*

Apesar das críticas à formulação das propostas para educação superior em enfermagem, experiências positivas⁴ tem sido apresentadas nestas mudanças curriculares, cabendo, pois, aprofundar a discussão a respeito de como tais mudanças tem ocorrido no universo das instituições formadoras, balizar qual perfil profissional as instituições de ensino superior tem formado e como tem se dado a atuação dos egressos no grande campo de trabalho que é Sistema Único de Saúde.

Para alcançar os perfis das categorias profissionais mencionadas nas Diretrizes Curriculares, é necessário, promover discussões, treinamentos, constituir grupos de estudo, e trabalho, realizar trabalhos de extensão e atividades investigativas que localizem possibilidades e fragilidades da inserção profissional em um mercado de trabalho cada vez mais competitivo.²⁵

Conforme explicitado por, a importância das políticas educacionais que enfocam a formação do trabalhador da saúde reside na possibilidade de construir projetos contra-hegemônicos que enfatizem em seus conteúdos a economia política, a políticas de saúde, a políticas de ciência e tecnologia em saúde e a sociologia do trabalho. Todavia, cabe aos educadores questionarem:

Quais concepções fundamentam essa formação? Que conteúdos técnicos são esses que são reduzidos à “correspondência” de alcance de ‘determinadas’ habilidades e atitudes? A quem serve a lógica e o sentido do ‘saber ser’ ali construído? Que conceito ou noção de educação que trata o ser humano como recurso e diz que os conhecimentos (fruto do trabalho da humanidade) apreendidos, e que serão aplicados numa prática social destinada à vida como é a saúde devem ser entendidos como valor de troca, mercadoria?¹²

⁴ A publicação de relatos de experiências, debates e reflexões sobre a implantação das Diretrizes Curriculares em várias universidades brasileiras foi objeto da edição do principal periódico da profissão, a Revista Brasileira de Enfermagem, volume 56, nº 54, de 2003.

O compromisso da educação profissional estaria se adequando às exigências de preparar o trabalhador, ao longo de sua vida, para a *empregabilidade*, mais do que qualificá-lo para uma função estável de longa duração. Os processos de formação do trabalhador, portanto, são necessários, não sendo negados na manutenção da ordem capitalista, e sim, adequados à sua dinâmica.

Há que se desvelar um projeto de educação para fazer frente ao capital que utiliza expressões como ‘projeto coletivo’ e ‘solidariedade’, mas que pauta a escolarização na conservação do existente, no momento atual caracterizado pela alienação, pelo individualismo, e pelo crescente embrutecimento das relações sociais.¹²

Freire²⁶ ao abordar o sentido emancipatório da educação utiliza a pedagogia problematizadora, em contraposição ao que ele denomina de “pedagogia bancária”. Enfatiza o papel de relações mais dialógicas no processo de ensino-aprendizagem e considera que a educação pode ser vista como uma forma de intervenção no mundo, podendo “*provocar mudanças radicais na sociedade*”.

O perfil profissional pautado pelas Diretrizes Curriculares²⁷ em seu artigo 3º prescreve: (“*Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos*”).

As categorias pedagógicas explicitadas nas Diretrizes (*pedagogia das competências* e do “aprender a aprender”, *pedagogia da problematização*), a noção de *flexibilidade*, a atuação da Rede Unida e outros referenciais do *Construtivismo*, influenciaram diretamente o processo de elaboração e implementação das Diretrizes. Todavia a miscelânea de conceitos e de referenciais teóricos/metodológicos observados nos currículos de enfermagem, enunciam pouca problematização da categoria a respeito de tais abordagens.⁹

Em contrapartida, os movimentos internos de resistência ressaltam a fragilidade política da enfermagem nas tomadas de decisão quanto às propostas de educação.

É importante salientar o posicionamento da Associação Brasileira de Enfermagem como ator coletivo na discussão do processo de implantação e sustentabilidade destas propostas, porém, apesar das questões macroestruturais que influenciaram a elaboração das Diretrizes Curriculares, é notável o aumento da capacidade crítica dos enfermeiros na identificação de tais fatores. Essas críticas devem transcender o espaço acadêmico e atingir os demais espaços de produção social da saúde nas discussões acerca das implicações de tal modelo na formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde.²⁷

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem foram instituídas pelo Ministério da Educação e estabelecem mudanças paradigmáticas na formação em saúde, a partir de competências e habilidades gerais a todos os profissionais de saúde e 33 habilidades específicas para o enfermeiro, tendo como parâmetro atender as necessidades sociais da saúde e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento sendo a formação voltada para o Sistema Único de Saúde.²⁷

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, (resolução CNE / CES nº 3 de 7 de novembro de 2001), no seu Artigo 3º prescreve o perfil do egresso do curso de graduação em enfermagem:

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.²⁷

As competências e habilidades gerais a serem observadas na formação do enfermeiro são comuns a todas as profissões de saúde, estabelecidas pelo Artigo 4º das Diretrizes Curriculares: *atenção à saúde* (promoção, prevenção, cuidado integral), *tomada de decisões* (considerando as informações oportunas e análise dos contextos), *comunicação* (linguagem acessível, diálogo de saberes e referências), *liderança* (trabalho em equipe), *administração e gerenciamento* (do cuidado, de serviços e sistemas) e *educação permanente* (capacidade de aprender pela experiência em coletivos e seguir aprimorando-se em toda a vida profissional).

Lopes Neto e colaboradores, analisando a aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às diretrizes enfatizam que “*os novos paradigmas na educação superior implicam em mudanças que, por sua vez, nos impõem desafios que necessitam ser superados, particularmente quando se tenta sair do discurso para a ação.*”²⁸

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO NA SAÚDE E O TRABALHO DA ENFERMAGEM

2.2.1 Concepções acerca do trabalho

O trabalho, como prática social e histórica, abarca representações e sentidos específicos em determinados contextos, sob diferentes visões de mundo e posições sociais. O seu significado remete a concepções de vida, produção, força, criação, sobrevivência, dinheiro, opressão, prazer, compromisso, organização, alienação, liberdade, solidariedade. Aceita a concepção de que o trabalho é uma atividade essencialmente humana, sendo que ela distingue o homem dos demais animais e decorre da relação do homem com a natureza para produzir a própria existência, é possível, pois pode

Distinguir os homens dos animais pela consciência, pela religião ou por tudo que se queira. Mas eles próprios começam a se diferenciar dos animais, tão logo começam a produzir seus meios de vida, passo este que é condicionado por sua organização corporal. Produzindo seus meios de vida, os homens produzem, indiretamente, sua própria vida material.²⁹

Em sua abordagem sobre o processo de trabalho ou o processo de produzir valores de uso, Marx³⁰ utiliza a noção de *força de trabalho*, elencando os componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim (o próprio trabalho), a matéria que se aplica o trabalho (o objeto do trabalho) e os meios (ou instrumentos) de trabalho, sendo que nesse processo “*o trabalho se transmuta de ação em ser, de movimento em produto concreto*”. O trabalho representa, portanto, a transformação da natureza e a transformação humana na construção da identidade.

Atualmente tem se disseminado o debate sobre a crise advinda da flexibilização das relações de trabalho e da redução do trabalho assalariado. A noção de crise está ligada aos conceitos de reestruturação produtiva e empregabilidade, expressões-chave para a compreensão das relações de trabalho. Em várias abordagens ligadas ao trabalho tem sido resgatada a idéia de conflito entre classes, a noção de práxis e o conceito de trabalho como princípio educativo.

2.2.2 O trabalho na saúde na atualidade

Para nos aproximarmos do processo de trabalho no setor saúde, dentre várias subcategorias do conceito de trabalho (trabalho abstrato, concreto, simples, produtivo, improdutivo, individual, coletivo) optamos pela noção de *trabalho vivo*, designando o processo de trabalho em saúde:

O ‘trabalho em saúde’ é centrado no ‘trabalho vivo em ato’, à semelhança do trabalho em educação; e a efetivação da ‘tecnologia leve’ do ‘trabalho vivo em ato’, na saúde, expressa-se como processo de produção de ‘relações intercessoras’ em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que representa, em última instância, as necessidades de saúde com sua intencionalidade e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, ‘publicizar’ as distintas intencionalidades dos vários agentes na cena do ‘trabalho em saúde’.³¹

O trabalho em saúde é compreendido como microprocessos, onde o trabalhador carrega consigo uma “caixa de ferramentas” para realizar seu trabalho. Os autores³¹ utilizam a imagem de valises tecnológicas, onde tanto de modo individual quanto coletivo, os trabalhadores dominam suas ferramentas-máquinas (tecnologias duras), seus conhecimentos e saberes tecnológicos (tecnologias leve-duras) e suas relações com todos os outros que participam da produção e consumo do seu trabalho (tecnologias leves). Contudo, um trabalho e um produto não são iguais a outro. Na produção, cada trabalho tem como seu objeto coisas distintas.

Além do que, todo processo de trabalho possui características abstratas materiais e “combina trabalho vivo em ato” com consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores (trabalho morto).

Como o trabalho na saúde integra o setor de serviços, este agrega também características empresariais na sua logística, esbarra na demanda cada vez maior de consumo de medicamentos e serviços diagnósticos impulsionada pela indústria.

Outra questão que consideramos pertinente, para além das tecnologias do trabalho em saúde, é a sua divisão técnica e social. À medida que as profissões de saúde se regulamentam, são delineados diferentes papéis profissionais e o trabalho anteriormente centrado na figura do médico e da atendente (comumente um profissional de enfermagem) hoje é ampliada e desta forma emergiram várias especialidades da medicina, como também a própria divisão técnica do trabalho da enfermagem e novas

carreiras da área da saúde que se integram à equipe multiprofissional (como fisioterapia e terapia ocupacional), assim como os agentes comunitários e cuidadores de idosos, estes últimos buscando atualmente a regulamentação de suas atividades.

A divisão técnica do trabalho na saúde é influenciada pelo modelo de administração científica de Taylor (1856-1915), que formula a separação entre concepção e execução e o controle da gerência para obter maior produtividade. Este se observa a partir da clássica centralidade da figura do médico para a coordenação do trabalho coletivo em saúde e a administração de instituições sanitárias^{32,33}. No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde e conseqüente municipalização dos serviços, agregado ao crescimento do setor privado na provisão de assistência médica, o setor saúde passa a ser um amplo e promissor mercado de trabalho.

No contexto de globalização e mudanças na sociedade, o setor saúde também é caracterizado pela precarização dos vínculos e flexibilização das relações de trabalho, ocasionando redução e perdas de direitos trabalhistas. Nesse sentido, analisando a precarização do trabalho em saúde, uma das mudanças recentes nesse âmbito é o crescimento do número de trabalhadores sem garantias trabalhistas, compondo esse quadro:

contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação dos agentes comunitários de saúde e equipe de saúde da família pelo governo brasileiro; e o trabalho temporário previsto no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.³⁴

Para as entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS, *“o trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS”*.³⁴

A flexibilização nas formas de contratação bem como a terceirização nem sempre são sinônimas de ‘precarização’, mas no caso brasileiro estas mudanças têm significado redução dos custos com a força de trabalho.³⁴

Nesse percurso, o Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde elaborou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com estratégias definidas para mudança do quadro, posto que, com a

criação do Sistema Único de Saúde, a área de recursos humanos passa a ser assumida como objeto de políticas e programas para melhorias na gestão e na assistência à saúde.

Por outro lado, ainda que o foco central do processo de trabalho esteja centrado no usuário, é imprescindível considerar as intersubjetividades e a dimensão social do trabalho em saúde. Mesmo que os programas implementados enfoquem melhorias nas condições de trabalho, o setor saúde convive com a premente necessidade de valoração e valorização dos trabalhadores e, paralelamente, maior resolutividade nas respostas à sociedade. Assim, a qualidade na formação e a educação permanente dos trabalhadores, embora de difícil mensuração, parece ser um caminho plausível para ressignificar os princípios de defesa da vida e dignidade humana, principalmente *nos* serviços de assistência à saúde.

Analisando a dupla face do trabalho em saúde, é explicitado a relação dialética entre o trabalho como produtor de valor de uso e de valores de troca, que compõe uma totalidade por contradição. A natureza não-material do trabalho em saúde, não separa o produtor de seu produto, e que esta, de certo modo, limita a realização do trabalho, *“que passa a se dar indiretamente por meio de diferentes mediações que ‘convençam’ o trabalhador, pela força ou pela persuasão, a ser artífice da própria exploração e, ao mesmo tempo, buscar sua realização pessoal, enquanto articulado a uma utopia.”*³⁴

Alguns autores contemporâneos retomam as esferas do trabalho como princípio educativo, e sua centralidade como práxis que possibilita criar e recriar não apenas os meios de vida imediatos e imperativos mas o mundo da arte, da cultura e as respostas humanas às suas múltiplas e históricas necessidades.

Apesar de não ser objetivo do presente estudo analisar o Sistema Único de Saúde, é importante salientar que tanto o público quanto o privado estão imbricados no mesmo sistema, bem como os diferentes níveis de assistência à saúde e áreas de ensino, pesquisa e gestão.

2.2.3 O trabalho da enfermagem como prática social

Para situar mais especificamente o trabalho da enfermagem, pontuaremos algumas características históricas e transversais em sua atividade no intuito de nos aproximarmos das concepções que configuram as atuais representações do trabalho desses profissionais na área da saúde, em particular na realidade brasileira.

Historicamente o processo de trabalho da enfermagem configurou-se no ambiente hospitalar e subordinado ao saber/poder médico. Como reprodução desse modelo hierarquizado, fragmentado e calcado na lógica da divisão técnica e social do trabalho, a prática da enfermagem configurou-se em equipe, e as atividades ligadas ao cuidado foram subdivididas entre os que *fazem* – os profissionais de escolaridade fundamental e média e os que *sabem* – os profissionais de ensino superior.

Nas décadas de 1980 e 1990, a polaridade médico/atendente cede espaço a outros profissionais, principalmente na atenção básica, e as atividades da enfermagem começam a adquirir maior visibilidade. O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem (PROFAE), por exemplo, é considerado um marco na busca de maior qualificação da força de trabalho no Sistema Único de Saúde.

Paralelamente, a criação de novos hospitais e planos de saúde influiu o mercado de trabalho em saúde, somado à abertura de cursos de formação de técnicos e maior oferta de curso de graduação em enfermagem.

A questão da carga horária mínima destes cursos ainda é uma questão a ser discutida. Recentemente foi aprovado pelo Conselho Nacional de Educação a carga horária mínima de 4 mil horas para os cursos de graduação (bacharelado) na área de saúde. O parecer 213/2008 segue para homologação do Ministério da Educação.

O cenário da formação e da prática dos profissionais de enfermagem tem sido objeto de estudos e de discussões quanto as dualidades apresentadas no campo da formação e do trabalho, diante dos desafios da formação para vincular, absorver e alcançar os objetivos do Sistema Único de Saúde, como, por exemplo, a humanização e a integralidade na assistência, sem prescindir das condições almejadas nas relações de trabalho.

A Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e em parcerias com os Ministérios da Saúde e Educação tem operacionalizado propostas de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde. Mesmo com maior ênfase da saúde coletiva nos currículos das graduações na área da saúde, cabe discutir a realidade

profissional dos trabalhadores neste campo, como na Estratégia Saúde da Família, por exemplo, e os trâmites para inserção e permanência neste programa.

A precarização dos contratos e formas de contratação são entraves para a entrada e permanência do enfermeiro no campo da saúde coletiva, configurando-se, ainda, uma preferência dos recém-formados por concursos públicos ou pela absorção nos serviços de assistência hospitalar privada, configurando o recém-graduado um perfil *ideal* para os empregadores.

Retomando a questão do trabalho, ratificamos a importância de contextualizar a noção de prática social. O enfermeiro trabalha diretamente com seres humanos e, ao longo do tempo, o atendimento das necessidades humanas foram se diferenciando e a prática do cuidado, de um trabalho doméstico, assistemático, foi adquirindo *status* de profissão.

Dessa maneira, segundo, a enfermagem é uma prática que traz uma forte relação de gênero, classe social e trabalho caritativo, configurando uma atividade com diversas representações em que os profissionais reproduzem sua vida material e espiritual. A enfermagem, ainda:

Uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para reproduzir a sua própria existência e utilizam um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico visualizando o produto final, atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população.³⁶

Ademais, a enfermagem ainda é definida como

uma prática social, historicamente determinada, e, portanto, inserida em relações sociais concretas. É realizada por trabalhadores cujo exercício profissional ocorre perpassado de conflitos entre os diversos componentes da equipe (enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente), membros de diferentes classes sociais.³⁷

Como a atividade de cuidar das pessoas e apoiá-las na realização de suas necessidades humanas básicas não se iniciou como ciência, mas como ação social/prática, o que hoje se entende por exercício da enfermagem já foi exercido por diferentes atores sociais (religiosas, marginalizados e jovens de diferentes classes sociais).

No tocante a esse aspecto, a prática da enfermagem pode ser descrita como ciência-arte-ideal. Mas sendo vista como arte e ciência a enfermagem “parece não se ver

como trabalho, como prática social”. Com a organização do trabalho proposta por Florence Nightingale⁵, a prática da enfermagem e a divisão dos fazeres conforme a classe social das mulheres e a sistematização do ensino

garantiu o desenvolvimento da profissão no esquema de trabalho proposto pelo capitalismo: trabalho dividido por tarefa, mal remunerado e com jornada excessiva. Ao assim fazê-lo, contraditoriamente ao discurso que transformava as enfermeiras em anjos, dava-lhe a condição de trabalho, parte da divisão do trabalho em saúde, subordinado ao médico, serviço socialmente necessário e portanto, prática social.³⁸

Entender a enfermagem como prática social é admitir a possibilidade de levá-la a sair de sua *“confortável cápsula de assepsia e neutralidade acadêmica”*, de poucas trocas e problematizações em relação ao presente *“(…)sair das salas de aulas e dos ambientes terapêuticos e se ocupar também dos meios de comunicação, se obrigando a negociar, articular, brigar, para se fazer compreender e ser aceita pela população.*³⁸

Na realidade brasileira, a figura de Ana Neri (1814-1880) é amplamente difundida na sociedade e nos cursos de enfermagem, sendo considerada a “Mãe dos Brasileiros” e símbolo da enfermagem no Brasil. Não tinha formação acadêmica, mas representou voluntariado, abnegação e eficiência em cuidar de soldados feridos durante a guerra do Paraguai (1864-1870).

Estes comentários sobre estas figuras emblemáticas da profissão buscam trazer à discussão um pouco dos marcos e representações que permeiam a compreensão do trabalho da enfermagem e da enfermagem como profissão, mostrando a premente necessidade de discutir os desafios contemporâneos de autonomia profissional e reconhecimento social que predominam nas falas dos diversos profissionais de enfermagem, como também as aspirações de formação de profissionais críticos e reflexivos.

Assim, torna-se imprescindível considerar as representações sociais da enfermagem nas abordagens que pretendam discutir o processo de trabalho em saúde e o trabalho da enfermagem.

⁵ Na segunda metade do século XIX, as atividades de cuidado aos enfermos foram sistematizadas e institucionalizadas com a atuação da enfermeira britânica Florence Nightingale (1820-1910) que tornou-se uma referência para a profissão pela sua liderança e atuação durante a Guerra da Criméia (1854-1856). Após a adoção de medidas de higiene, ventilação e iluminação do ambiente, houve significativa redução no número de mortes dos soldados. Este fato trouxe um novo “estatuto” para o exercício da enfermagem.

Com todas as contradições e condições de trabalho no setor saúde, há que se considerar a dimensão criativa e criadora do homem e o caráter formativo deste trabalho:

Embora o trabalho seja cada vez mais simplificado, desumanizado e precarizado no neoliberalismo, ele também é o mediador insubstituível da formação humana, na perspectiva da construção do homem enquanto indivíduo e enquanto humanidade e, neste sentido, fundamento do conhecimento e da história. Há que se considerar, portanto, que a práxis é também potencialmente transformadora das condições de injustiça e exploração humana.³⁴

É importante ressaltar que o trabalho dos profissionais de enfermagem adquire importância e maior visibilidade nos serviços de saúde, principalmente nas três últimas décadas, mas suas diferentes atribuições permanecem generalizadas pelo senso comum e por vezes na própria equipe de saúde, sendo o “enfermeiro” o profissional de enfermagem que presta cuidados diretos à clientela (no caso os auxiliares e técnicos) e “enfermeiro chefe”, o profissional distanciado dos usuários e ligado às atividades burocráticas.

Sennett³⁹ enfatiza o quanto o trabalho manual (desvalorizado em nossa sociedade) está imbricado de conhecimentos tácitos e explícitos e os limites da linguagem em desvelar tais atividades. Correlacionando livremente o trabalho do artífice ao trabalho do enfermeiro, é desafiador desvelar as questões *silenciosas* e *invisíveis* que permeiam o cotidiano do trabalho nos serviços de saúde. As produções dos enfermeiros ainda são majoritariamente voltadas para a assistência, na preocupação/“obsessão” em “*fazer um trabalho bem feito*”, utilizando as palavras deste autor.

Com todas as dificuldades que a profissão enfrenta, é possível hoje em dia afirmar a sua importância na história da saúde pública brasileira. Para compreender mais que as habilidades técnicas e éticas necessárias para a realização de um bom trabalho, precisamos transcender nosso campo e agregar conhecimentos das ciências sociais e humanas que auxiliem na explicação de questões complexas que interferem no trabalho. “*O bom artífice é um mau vendedor, empenhado em fazer algo bem-feito, incapaz de explicar o valor do que está fazendo*”.³⁹

Os conflitos gerados no processo de trabalho de saúde demandam profissionais com reflexivos e críticos quantos aos valores éticos. Apesar da alienação que o processo de trabalho tem gerado por conta da prevalência do modelo fabril de produção, a

dimensão da práxis, representada pela criatividade, também coexiste na técnica de produção de valores de uso.

O trabalho da enfermagem, com todas suas representações e conformações históricas deve ser entendido para além das instituições de assistência à saúde e da dimensão do cuidado humano. Deve ser analisado em estudos que enfoquem as relações de gênero, os aspectos históricos e sociais, a formação e suas interações, para desvelarmos as fragilidades e potencialidades de seus processos e contribuir para uma prática reflexiva no seu exercício.

Face ao contexto atual de globalização e suas interferências nos campos da saúde e da educação e se procuramos, de fato, defender alguns valores e princípios da educação como formação para a vida e a formação em saúde como importante instrumento para melhoria da assistência e fortalecimento do Sistema Único de Saúde é imprescindível apontar fragilidades desses movimentos e publicizar suas implicações.

A enfermagem brasileira tem suas marcas na hegemonia médica e na subordinação, e vive disputas e tensões tanto internas da categoria quanto externas, tensões que não são exclusivas da enfermagem nem da saúde, pois as aspirações de maior autonomia e reconhecimento social da profissão perpassam pelas reflexões, análises e críticas sobre a formação e o processo de trabalho, localizando perspectivas e apontando desafios para melhorias nas condições de trabalho e nos resultados das ações de saúde desenvolvidas por esses profissionais.

Mostra-se importante, nesse contexto, aproximar as percepções dos acadêmicos e de egressos sobre sua formação, repensando uma das funções sociais da universidade de provocar questionamentos que propiciem uma melhor compreensão da profissão, das implicações do sistema educacional brasileiro e do atual mercado de trabalho.

Dentre esses questionamentos, poderíamos relacionar, como exemplos: como os profissionais poderão desenvolver a integralidade na assistência à saúde se em sua formação e nas atuais perspectivas profissionais a visão integral de ser humano não é priorizada? Como desenvolver a crítica e a reflexão através das práticas pedagógicas para que os egressos se reconheçam como agentes de mudança social em um mundo cada vez mais individualista e competitivo? Como valorizar as tecnologias leves em um modelo de assistência voltado à cura e ao consumo de serviços, produtos e equipamentos?

Muitos são os desafios para uma formação que contemple os princípios do Sistema Único de Saúde. Entretanto, são muitas as possibilidades oriundas do atual

contexto de ampliação da oferta de cursos de graduação, do amplo contingente profissional da equipe de enfermagem e as diversas opções de inserção profissional.

3. PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A metodologia da pesquisa social em saúde é a reflexão sobre a teoria e o método escolhido para alcançar os objetivos estabelecidos, que se operam num *continuum*. Após a seleção do objeto de estudo, emerge a delimitação dos métodos de investigação desse objeto.

Esta pesquisa adotou a abordagem qualitativa que, acordo com a classificação de Triviños⁴⁰, por sua essência descritiva busca significados, subjetividades e a *“percepção de um fenômeno num contexto”*.

Minayo⁴¹ ensina que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois trabalha com um universo *“que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis”*.

Têm sido amplas as produções e publicações científicas que abordam a formação do enfermeiro. Observamos que estas produções têm sido revisões bibliográficas de documentos relacionados à implementação e implantação das Diretrizes Curriculares (resoluções, pareceres) e relatos de experiência de Escolas de Enfermagem, que têm divulgados seus processos e avaliações das mudanças curriculares.

Sentimos a necessidade de caminhar a partir das abordagens exploratórias sobre a formação do enfermeiro para a realização de uma pesquisa do tipo descritiva, pois de acordo com Handem e colaboradores⁴², as pesquisas descritivas *“são realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática”*, e exigem técnicas padronizadas de coletas de dados, como questionários, por exemplo.

Para detalhamentos do universo da pesquisa (cenário, atores, amostra, critérios de seleção dos sujeitos da pesquisa), procedemos à delimitação do campo da pesquisa. De acordo com Cruz Neto⁴³, em ciências sociais, tendo como referência a pesquisa qualitativa, *“o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também criar um conhecimento, partindo da realidade presente do campo”*.

Para tanto, a esta pesquisa consistiu em dois movimentos para a coleta dos dados: bibliográfico e empírico. A pesquisa bibliográfica, segundo Minayo⁴⁴ pode ser considerada como a fase exploratória do projeto, em que a partir do marco teórico-

conceitual escolhido procede-se à elaboração dos instrumentos de coleta de dados e exploração do campo.

3.1 Pesquisa Bibliográfica

Realizamos pesquisas em fontes secundárias através de buscas de documentos oficiais, legislações, livros, teses, dissertações e publicações periódicas que relacionassem educação superior em enfermagem, ensino de enfermagem, currículo, formação superior na saúde, trabalho em saúde e trabalho da enfermagem. Essa fase durou cerca de seis meses, o que em verdade se deu até o final da investigação, na preocupação de atualizar os dados e informações para finalização da dissertação.

A partir das leituras de tais fontes nos foi possível acessar outros materiais. Com delimitação dos procedimentos iniciais para a pesquisa, aprofundamos nas leituras das técnicas para sistematização e análise dos dados.

Feito isto, e pela aspiração de nos aproximarmos do universo dos “enfermeiros egressos” a partir de tais elaborações, delimitamos o campo da pesquisa empírica.

3.2 Pesquisa Empírica

A pesquisa empírica procurou analisar a relação formação-prática do enfermeiro no contexto das diretrizes curriculares. Entendemos a pesquisa empírica como um “conhecimento de segundo nível”, a partir de reinterpretações do pesquisador sobre uma dada realidade, buscando *uma* explicação científica para esta.

3.3 Cenário do Estudo

A Escola de Enfermagem escolhida como campo da pesquisa deveu-se a aproximação da pesquisadora ao Projeto Político Pedagógico da mesma, bem como à estrutura curricular e às mudanças curriculares iniciadas no ano de 2004. Os sujeitos da pesquisa foram 28 enfermeiros egressos do ano de 2009 (primeira turma graduada no “currículo novo”, com base no perfil profissional das Diretrizes Curriculares).

Uma das etapas da pesquisa consistiu no envio de convite por correio eletrônico, apresentando a pesquisadora e os objetivos da pesquisa, anexado o questionário e o termo de consentimento livre e esclarecido, que detalharemos mais adiante. A amostra

obtida permitiu delinear *um* perfil de enfermeiros formados sob novas perspectivas de formação e trabalho, o que não constitui como método o *estudo de caso*, pois não seguiu as delimitações específicas para tal caracterização.

Este estudo não propôs avaliar o curso de enfermagem da universidade escolhida, mas circunscrever uma amostra que contemple características comuns entre os sujeitos (formados em um mesmo currículo num determinado período de tempo).

Embora o enfermeiro egresso tenha sido o sujeito-chave para alcançar os objetivos da pesquisa, esta não pretendeu ser um *estudo de egressos*, pois este tipo de pesquisa deve ser realizada em longo prazo e, para o período de um ano, não seria possível planejar desdobramentos. Buscamos compreender os impactos vivenciados quanto ao ingresso no mercado de trabalho e a relação com a formação contextualizando a situação profissional destes.

Também não intencionamos preservar o caráter unitário do objeto estudado, nem aplicar nossa amostra a um todo, compreendendo que esta pesquisa está construída com critérios de *adequabilidade* como tempo, recursos (materiais e humanos) e investimento teórico para elaboração e consecução da dissertação.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Utilizamos como instrumento de coleta de dados um questionário contendo 28 perguntas mistas. Segundo Richardson⁴⁵ a “*informação obtida por meio de questionário permite observar as características de um indivíduo ou grupo*”. Como toda técnica, apresenta vantagens e desvantagens, que são consideradas em função da plausibilidade para realização desta proposta. Quanto ao tipo de pergunta, optamos por perguntas abertas e fechadas, no intuito de obter tanto informações objetivas (como dados sócio-econômicos), como aprofundar nas opiniões dos entrevistados.

O questionário foi elaborado a partir de três eixos: características sócio-econômicas, escolha profissional e formação, inserção e expectativa profissional. Foram analisadas, separadamente, as perguntas fechadas e semi-abertas para, ao final, considerarmos as respostas das questões abertas, com utilização da técnica do “Discurso do Sujeito Coletivo”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Parecer nº 76/10). Uma vez aprovada, procedemos aos pré-testes e testes do questionário. Realizamos contatos com os sujeitos da pesquisa, apresentando

os objetivos da pesquisa e, em anexo, o Termo de Consentimento e o questionário. A devolução do questionário representou o aceite em participar da pesquisa. A privacidade dos participantes foi preservada, de acordo com a Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.5 Sistematização dos dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, retornamos à Escola de Enfermagem para acesso ao banco de dados, quando fomos informados que esta não dispunha de lista de correio eletrônico (e-mail) dos ex-alunos, uma vez que tal tipo de informação, juntamente com outras relacionadas à identificação pessoal do aluno, são coletadas por ocasião do vestibular e armazenadas em local específico da universidade, havendo provável desatualização de tais informações.

Refletimos o quanto é comum durante o período de graduação os estudantes residirem em repúblicas e endereços próximos à universidade, e, logo depois de formados, retornarem às suas respectivas cidades ou mudarem de endereço, para continuidade dos estudos e / ou proximidade aos locais de trabalho.

Percebemos, naquele momento, a dimensão das dificuldades para realização de pesquisas por correio eletrônico (e-mail). Se por um lado há maior rapidez em relação ao tempo para realizar contatos e conseqüente coleta de dados, por outro, pesquisas por esse meio apontam fragilidades dos novos *locus* de comunicação, caracterizadas na incerteza, por parte do pesquisador, quanto ao recebimento, leitura e resposta das mensagens.

Após obter, na Escola de Enfermagem, a lista dos formandos do primeiro e segundo semestres de 2009, ou seja, os enfermeiros que se formaram no segundo semestre de 2008 colaram grau no primeiro semestre de 2009 e assim sucessivamente.

Utilizei-me de contatos pessoais, acesso à plataforma *lattes* e redes sociais para chegar aos sujeitos da pesquisa. Após a realização dos testes com 10% da amostra prevista inicialmente e realização de ajustes na disposição gráfica das perguntas, foram organizadas as listas com os nomes e e-mails dos almejados sujeitos da pesquisa.

Os respondentes deveriam ter acesso a computadores com programas leitores de textos compatíveis para abertura tanto do questionário quanto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, acesso à internet e manuseio de algumas ferramentas para responder e devolver o questionário. O formato e a quantidade de

perguntas foi uma preocupação inicial, mas concluímos pela manutenção dos eixos delimitados na elaboração do projeto para chegar aos objetivos da pesquisa, com 28 perguntas mistas.

A fase de coleta de dados teve duração de três meses. Enviamos o questionário no formato Word for Windows 2003 e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em arquivo fechado (PDF). As informações coletadas foram armazenadas em planilha do Microsoft Excel. No corpo da mensagem, registramos o convite para participação da pesquisa, apresentando os passos para o preenchimento e devolução do questionário, como também os contatos da pesquisadora para eventuais esclarecimentos.

Quando ocorreu a devolução do primeiro questionário, a enfermeira participante solicitou esclarecimentos sobre a devolução do Termo de Consentimento. Como o escopo para coleta de dados seria mensagens eletrônicas, não estava previsto o recolhimento das assinaturas “reais” dos participantes. A questão foi levada ao Comitê de Ética e acrescentou-se à carta-convite a solicitação para que o participante lesse inicialmente o Termo de Consentimento, e que a devolução do questionário preenchido representaria o aceite em participar da pesquisa, resguardado a identidade dos sujeitos e eventuais desistências. Os e-mails com as respostas e retornos dos questionários foram impressos e gravados em mídia removível.

Havíamos pensando na elaboração do questionário utilizando um *software* onde seria possível a resposta *online* e posterior tabulações dos dados, mas não sentimos segurança em utilizar tais ferramentas em função de possíveis problemas no acesso e armazenamento dos dados e no manuseio do site pelos sujeitos da pesquisa.

Enviamos os e-mails semanalmente durante o período, salvaguardando a privacidade dos contatos (como destinatários ocultos), o que em alguns provedores pôde ter configurado *spam* (mensagens eletrônicas indesejadas). Posteriormente foi enviado e-mails individualmente para evitar tal caracterização das mensagens.

Dos 66 prováveis formandos do primeiro semestre de 2009, 06 endereços não foram obtidos (realizamos contatos pela plataforma *lattes*, sem êxito) e 12 não eram válidos (usuários desconhecidos e/ou inexistentes), o que nos permitiu considerar, como válidos, 48 endereços. Destes, 17 devolveram o questionário durante os dois primeiros meses da coleta de dados.

Cabe salientar que não foi possível concluir se houve recusa dos 31 enfermeiros que não devolveram o questionário, uma vez que não dispúnhamos de tecnologia para monitorar a abertura/leitura dos e-mails pelos destinatários. A não devolução do e-mail

pôde ter significado, inclusive, o não acesso destes à caixa de mensagens durante o período.

Ao final de dois meses e insatisfeitos com a adesão de 35%, arriscamos estender os contatos para os enfermeiros da turma formada no semestre seguinte e avaliamos se poderíamos comparar as repostas entre as duas turmas ou incluí-las num todo de “enfermeiros egressos da universidade após implantação do currículo novo”, o que após algumas análises optamos por fazê-lo.

A lista dos prováveis formandos do segundo semestre de 2009 era composta por 50 enfermeiros. Dessa lista, 08 nomes já haviam sido contatados e dos 42 enfermeiros da nova turma, 03 e-mails não foram obtidos e 05 inexístiam. Dos 34 endereços considerados válidos, 11 enfermeiros retornaram o questionário, totalizando 32% de retorno nesta segunda turma.

Se considerarmos todos os contatos realizados, na primeira turma obtivemos uma adesão de 35% em dois meses e na segunda turma, 32% em um mês, totalizando 82 contatos no período de três meses e retorno de 28 questionários, atingindo o percentual de 34%.

Percentualmente, com a extensão para os egressos da turma 2009.2, não obtivemos aumento da adesão à participação na pesquisa, mas a totalização de 28 questionários significou um maior quantitativo de “matéria-prima” para consolidação e análise dos dados.

O questionário foi elaborado a partir de três eixos: características sócio-econômicas, escolha profissional e formação, inserção e expectativa profissional.

Analisaremos separadamente as perguntas fechadas e semi-abertas para ao final considerarmos as respostas das questões abertas, onde utilizaremos a técnica do “Discurso do Sujeito Coletivo”.

3.6 O Discurso do Sujeito Coletivo e as Representações Sociais

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) constitui um método que vem sendo desenvolvido desde o final da década de 1990 por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), para pesquisas de opinião, de representação social, ou, mais genericamente, de atribuição de sentido.

A proposta do Discurso do Sujeito Coletivo, como analisam seus criadores⁴⁶, elenca e articula uma série de operações sobre a matéria-prima de depoimentos

coletados em pesquisas empíricas de opinião por meio de questões abertas que redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais.

O DSC como técnica consiste em uma série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais ou de outro tipo de material verbal que redundem em *depoimentos coletivos*, constructos confeccionados com estratos literais do conteúdo mais significativo dos diferentes depoimentos que apresentam sentidos semelhantes.^{47,48}

Na técnica do DSC cada um desses depoimentos é redigido na *primeira pessoa coletiva do singular* com vistas a produzir no receptor o efeito de uma opinião coletiva, expressando diretamente como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso. São elaborados a partir das falas ou de outras formas de expressão, de agentes sociais que enunciam posicionamento ou formas de ver e (re) apresentar realidades vividas ou imaginadas.⁴⁷

O DSC, segundo pode ser visto como um conjunto de artifícios destinados a permitir que o pensamento coletivo, enquanto realidade empírica, se auto-expresses, ou se auto organize, viabilizando o resgate e trazendo à luz do dia as Representações Sociais (RS) sob a forma de discursos instituintes de sujeitos coletivos.^{48,49}

3.6.1 Operadores do Discurso do Sujeito Coletivo

Em função da adequabilidade para consecução deste estudo, não abordamos a dimensão quantitativa da técnica, nem utilizamos o *software* sugerido pelos idealizadores do método. Realizamos leituras exaustivas do material disponível referente ao assunto bem como outras pesquisas que empregaram tal método, para então delimitarmos esta nossa apropriação.

Os operadores ou figuras metodológicas do DSC que nos apropriamos para este estudo são: as Expressões-Chave (ECH), as Idéias Centrais (IC) e a Ancoragem (AC). O DSC reúne num discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, as ECH que tem a mesma IC ou AC.

As Expressões-Chave são pedaços, ou trechos, ou segmentos, contínuos ou descontínuos, do discurso, que devem ser selecionados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do depoimento ou discurso, ou da teoria subjacente.⁴⁷

A Idéia Central é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou os sentidos da ECH de cada conjunto homogêneo de ECHs (que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC).⁴⁷

As ECH são basicamente concretas, expressivas, descritivas, abundantes, afetivas, literárias; em contraste, as IC são abstratas, conceituais, sintéticas, frias e poucas.⁴⁷

A Ancoragem é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer.^{46,47} Uma das regras estabelecidas para as Ancoragens é quando o enunciador do discurso usa uma expressão genérica para enquadrar uma situação particular. Nesse caso, o pesquisador poderá identificar marcadores de generalidade.

3.6.2 Interdependência teoria e método

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) se apóia nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais (TRS), que são entendidas como conteúdo mental estruturado, ou seja, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico a respeito de um fenômeno social relevante, tomando a forma de imagens ou metáforas, sendo compartilhados com os demais membros do grupo social de um modo consciente no desenrolar das comunicações interpessoais.⁵⁰

As Representações Sociais (RS) não pertencem a um único campo de conhecimento: possuem suas raízes na sociologia de Durkheim, atravessam a psicanálise de Freud e se desenvolvem na psicologia social de Moscovici, aprofundada por outros autores como Denise Jordelet. Todas as abordagens convergem no sentido de que “toda representação é uma representação de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto)”.

Escudeiro e Silva⁵¹ enfatizam que Moscovici retoma e remodela o conceito das representações coletivas de Durkheim à medida que propõe ir além das relações interpessoais ou da percepção social, confrontando com uma mistura de conhecimentos, crenças-ideologias, senso comum e religiões.

Minayo⁴⁴ conceitua RS como partes da construção da realidade e se definem como categorias de pensamento, ação e sentimento que expressem a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a.

As RS não são necessariamente conscientes, porque elas constituem a naturalização de modos de fazer, pensar e sentir habituais que se reproduzem e se modificam a partir das estruturas e das relações coletivas e de grupos. Elas *retratam* e *refratam* a realidade.⁴⁴

Num sentido muito amplo, todas as representações sociais presentes numa dada formação sociocultural são semelhantes ou têm algo em comum justamente porque fazem parte de uma formação social (e não de outra). Uma formação sociocultural é um sistema de troca (diálogo, conflito, conciliação, confronto, etc.) de idéias e, para que elas possam ser trocadas precisam ter algo em comum. Mas, da mesma forma, são diferentes, pois a sociedade moderna é diferenciada, complexa, múltipla, dinâmica, conflitiva e estas representações podem corresponder tais diferenças objetivas no plano da subjetividade, do sentido.⁴⁴

Na consideração do estatuto epistemológico das representações, focalizam-se as relações que a representação guarda com a ciência e com o real, remetendo para a pesquisa das relações entre o pensamento natural e o pensamento científico, da difusão dos conhecimentos e das decolagens entre a representação e o objeto representado, em termos de distorções, supressões e suplementações.

Sá⁵², corrobora que as pesquisas com representações sociais devem produzir um outro tipo de conhecimento sobre esses fenômenos de saber social. Para fazê-los, precisamos, antes, transformá-los em objetos manejáveis pela prática da pesquisa científica.

Duarte, Mamede e Andrade⁵⁰ enfatizam que para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa o pesquisador precisa ter certeza de que, tanto os indivíduos quanto os grupos, são sociologicamente regidos por uma ideologia dominante, que é produzida e imposta por sua classe social, tendo como base, principalmente, o Estado, a religião, a escola e o trabalho. As pessoas reproduzem o que aprendem nesses ambientes e tomam por importante para si, compartilhando esse aprendizado no meio social em que estão inseridas.

As RS são reelaborações, metabolizações de conhecimentos e informações geradas em um certo número de espaços sociais onde, modernamente, tais conhecimentos são produzidos e/ou difundidos. O DSC consiste num conjunto de instrumentos destinados a recuperar e dar a luz às RS.^{49,50}

Os indivíduos - ou atores sociais - atribuem sentidos ao mundo que os cerca e, na sociedade, essa atribuição de sentido se dá através de um ato comunicativo e semiótico, lingüístico. Este ato semiótico é um ato social.

No campo da sociologia, o indivíduo é percebido como indivíduo e coletivo associadamente - ator social. Todo indivíduo tem um posicionamento que acredita que é inteiramente seu, mas, na realidade, é um conjunto de idéias derivadas de matrizes discursivas que estão disponíveis num determinado espaço sócio-cultural e num determinado tempo histórico.

Um sujeito coletivo, no DSC, vem se constituindo numa tentativa de reconstruir um discurso que seja, ao mesmo tempo, falado como se fosse de um indivíduo, isto é, como um discurso de sujeito “natural”, mas veiculado a uma representação com conteúdo ampliado.⁴⁶

Minayo⁴⁴ ressalta a importância de algumas balizas que devem servir para análise da realidade social, dentre elas a classe ou segmento, o gênero, e faixa etária, a etnia, a profissão, a religião, a filiação política, pois “cada ator social se caracteriza por sua participação, no seu tempo histórico, num certo número de grupos sociais”, e informa sobre a cultura e a “subcultura” que lhe é específica e tem relações diferenciadas com a cultura dominante de seu tempo.

Apoiamo-nos, para a composição deste estudo, nos “corpos” específicos para análise da categoria (enfermeiros, recém-formados, provenientes de universidade pública sob mudanças curriculares), e esta contém elementos comuns e peculiares em relação à totalidade social.

Lefevre e Lefevre⁴⁹ afirmam que todo conhecimento científico ou do senso comum é artificial. A única coisa que não é artificial é a realidade, mas para conhecer a realidade é absolutamente necessário usar de artifícios.

Corroboramos com a idéia de Minayo quando ressalta que todo conhecimento é um conhecimento aproximado; é o conhecimento possível.

Desta forma, para tabulação dos dados, procedemos à leitura exaustiva do conjunto das repostas, em seguida lemos individualmente cada resposta, identificando as Expressões-Chave para, finalmente, aproximarmos das Idéias Centrais. A partir daí, construímos o DSC e destacamos as Ancoragens encontradas, que apresentamos a seguir.

A apresentação e a discussão dos resultados da pesquisa compõem o capítulo 04 da presente Dissertação.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Características sócio-econômicas

Contatamos 82 enfermeiros egressos no ano de 2009. Neste total de contatados, 09 eram do sexo masculino e 73 do sexo feminino, prevalecendo um universo de 89% de mulheres. Na análise das características sócio-econômicas dos 28 questionários devolvidos, identificamos que 100% dos participantes da pesquisa foram do sexo feminino, com idade entre 23 e 27 anos, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros egressos do currículo novo segundo sexo e idade. Rio de Janeiro, 2010.

Variáveis	N	%
	28	100 %
Sexo		
Feminino	28	100
Masculino	0	0
Idade (anos)		
23	3	10,71
24	5	17,86
25	9	32,14
26	3	10,71
27	4	14,29
Não responderam	4	14,29

Embora não seja objeto principal nesta pesquisa, a questão de gênero é um forte componente do trabalho da enfermagem. Torna-se pertinente *fazer jus* às representações do trabalho feminino e suas modificações na sociedade ao longo dos tempos como também nas relações de gênero e poder / saber que têm marcado a prática da profissão, especialmente no ambiente hospitalar.

Wermelinger e colaboradores⁵³ analisaram a feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil e enfatizam que a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho não tem representado uma redução significativa das desigualdades profissionais entre os gêneros.

A maior parte dos empregos femininos continuam concentradas em alguns setores de atividades e agrupados em um pequeno número de profissões, os quais formam “guetos” de trabalho,e:

Essa construção social do trabalho qualificado tem por base os processos de diferenciação entre os tipos de tarefas e entre os trabalhadores que a executam. Esses processos de diferenciação é que criam as identidades profissionais, e estas são, ao mesmo tempo, as identidades sexuadas. Dessa forma, enquanto algumas categorias ficam ‘contaminadas’ por essa tendência estritamente feminina, as mulheres que buscam inserção no mercado de trabalho também ficam ‘contaminadas’ por ela, sendo vistas como aptas, exclusivamente, a certas funções.⁵³

A enfermagem forma, de fato, um gueto de trabalho predominantemente feminino, embora haja um relativo aumento do gênero masculino na profissão. Contudo, é crescente o número de participação feminina em profissões tradicionalmente masculinas, como medicina, odontologia e medicina veterinária. Como destacam:

A redução do emprego no Brasil na primeira metade dos anos 90 levou a uma situação contraditória: migração dos trabalhadores masculinos para setores antes predominantemente femininos, principalmente com respeito aos serviços públicos de saúde e educação, o que vem aumentando a mixidade nesses setores, enquanto está produzindo redução da mixidade em setores/ ocupações tradicionalmente masculinos.⁵³

O processo de trabalho em saúde (predominantemente o hospitalar) explicita a realização das atividades da vida privada na vida pública (cuidar, limpar, organizar, assistir), produzindo identidades profissionais e identidades sexuadas, diferenciando gênero e classe social na execução das atividades.

Essas mesmas autoras⁵³ enfatizam que no setor saúde, a participação feminina chega a quase 70% do total, com 62% da força de trabalho das categorias profissionais de níveis médio e elementar. A categoria profissional mais feminilizada é a dos nutricionistas, que chegam a 95% dos profissionais.

Interessante apontar que a enfermagem ao longo de sua história, e apesar de sua divisão técnica do trabalho, sempre acumulou afazeres relacionados ao cuidado direto e indireto de enfermos. A preocupação constante com a relação enfermo- ambiente mais recentemente é dividida com carreiras mais novas e também predominantemente femininas, como assistentes sociais, nutricionistas e terapeutas ocupacionais.

Atualmente a enfermagem discute, por um lado, a “perda” de espaço para outras categorias profissionais, e, por outro, busca maior qualificação em atividades que não terão “total” autonomia para realizar. Sobre este fato, é importante atentar que

Ainda quando a tecnicidade de um ofício aumente, ela é desqualificada pelo sexo feminino de que a executa. Um exemplo disso é a profissão de enfermeira, que exige cada vez mais domínio de novas tecnologias, tanto no âmbito estritamente médico (material de diagnóstico e de tratamento, unidade de terapia intensiva), quanto no âmbito da gestão administrativa e de estoques, mas nem por isso é associada à representação de um ofício técnico. De fato, a representação vinculada à profissão de enfermeira é principalmente associada às tarefas de tratamento, mas em seu aspecto menos técnico e mais humano, que remete tanto ao tratamento quanto ao cuidado dispensado ao outro. Daí a dificuldade enfrentada por essa categoria para seu reconhecimento como profissionais e, com isso, investir o relacional como qualificação técnica.⁵³

A média das idades das enfermeiras foi 25 anos, conforme demonstramos na Tabela 1. Destas, 32% concluíram a graduação aos 24 anos e o Ensino Médio entre 18 e 19 anos (Tabela 2), o que denota que ingressaram na universidade antes dos 20 anos de idade.

Se comparássemos com enfermeiras graduadas em universidades privadas, haveria provável diferença na idade de ingresso na graduação, pois grande parte do contingente de alunos destas já exercem atividade laboral (alguns casos na área da saúde e como auxiliares ou técnicos de enfermagem) e realizam estudo e trabalho simultâneos.

Estudo realizado por Donati, Alves e Camelo⁵⁴ sobre o perfil do ingressante na graduação em enfermagem de uma faculdade privada, demonstrou que a condição de estudante trabalhador pode limitar as condições de tempo para estudo, representando, posteriormente, desinteresse ou mesmo desistência. Estas autoras analisaram a questão da procedência de escolas públicas (70,8%) e a prevalência destes alunos no período noturno (88,7%).

Nakamae e colaboradores⁵⁵ enfatizaram a formação social brasileira marcada pela divisão de classes e as *duas escolas distintas*. Para tanto, compararam o perfil socioeconômico e educacional de estudantes de enfermagem de escolas públicas e privadas, e destacam a desvantagem dos últimos em relação aos primeiros. Nas escolas privadas, a maioria dos estudantes eram provenientes de famílias com ensino elementar.

Pesquisas que comparem as representações da profissão entre alunos de universidades públicas e privadas poderão elucidar as implicações da intensificação da inserção feminina no mercado de trabalho e a divisão do trabalho na enfermagem. Regulada no modelo de produção capitalista, esta tem se caracterizado por “mão de obra mais barata e que trabalha em condições mais precárias”.⁵⁶

Quanto aos estudos no ensino médio, observamos a prevalência da conclusão em escolas privadas (82%), sobressaindo a tendência nacional de ingresso nas universidades públicas por alunos que realizaram o ensino médio em instituições privadas de ensino (Tabela 2). Dos 28 participantes, 78% concluíram o ensino médio em Formação Geral e 14% realizaram curso técnico em Enfermagem.

Tabela 2. Caracterização dos enfermeiros segundo a formação no Ensino Médio. Rio de Janeiro, 2010.

Indicador	N	%
	28	100%
Instituição de Conclusão do Ensino Médio		
Escola Pública	4	14
Escola Privada	23	82,14
Não respondeu	1	3,57
Ano de Conclusão do Ensino Médio		
2000	2	7,14
2001	6	21,43
2002	5	17,86
2003	11	39,29
2004	4	14,29
Tipo de formação no Ensino Médio		
Geral	22	78,57
Técnica em Enfermagem	4	14,29
Técnica em Eletrônica	1	3,57
Magistério	1	3,57

Em relação ao ano de conclusão do Ensino Médio, 39,29% dos participantes concluíram em 2003, o que reforça que ingressaram na universidade logo após conclusão do Ensino Médio, em 2004. Abordamos melhor essa transição do Ensino Médio para a Graduação quando discutirmos “Escolha e Formação Profissional”.

A Tabela 3 demonstra que 74% dos sujeitos da pesquisa residem com a família. Estas famílias são composta por 4 pessoas e possuem renda entre 5 e 10 salários mínimos. O custeio dos estudos também foi realizado pela família de 85,7% dos participantes.

Tabela 3. Descrição dos enfermeiros segundo moradia, renda familiar e custeio dos estudos. Rio de Janeiro, 2010.

Descrição	N	%
	28	100%
Com quem reside		
Sozinho	0	0
Com companheiro (a)	2	7,14
Com amigos	5	17,86
Com a família	21	75
Renda familiar mensal declarada (salários mínimos)		
1 a 2	0	0
2 a 5	4	14,29
5 a 10	13	46,43
10 a 15	9	32,14
Acima de 15	2	7,14
Número de Pessoas que vivem da renda		
1	1	3,57
2	2	7,14
3	7	25
4	13	46,43
5	4	14,29
6	1	3,57
Custeio dos estudos na graduação		
Família	24	85,71
Companheiro	0	0
Bolsa / Estágio remunerado	2	7,14
Trabalho	2	7,14
Recursos próprios	0	0

Em relação à escolaridade e ocupação dos pais, notamos que a maioria dos pais concluíram o ensino médio e trabalham fora.

Tabela 4. Escolaridade e ocupação atual dos pais dos enfermeiros egressos do currículo novo. Rio de Janeiro, 2010.

Indicador	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
Escolaridade				
Não escolarizado (a)	0	0	0	0
Ensino Fundamental Incompleto	4	14,3	3	10,7
Ensino Fundamental Completo	1	3,6	1	3,6
Ensino Médio Incompleto	1	3,6	2	7,1
Ensino Médio Completo	12	42,9	13	46,4
Ensino Superior Incompleto	1	3,6	2	7,1
Ensino Superior Completo	6	21,4	5	18
Pós-Graduação – especialização	2	7	2	7,1
Pós-Graduação – mestrado e/ou doutorado	0	0	0	0
Não respondeu (pai falecido)	1	3,6	0	0
Ocupação Atual				
Não trabalha fora	0	0	7	25
Trabalha fora	8	28,6	11	39,3
Atividade remunerada, em casa	2	7,1	4	14,3
Aposentado (a) e trabalha	7	25	1	3,6
Aposentado (a)	7	25	4	14,3
Desempregado (a)	1	3,6	0	0
Vive de rendas	2	7,1	1	3,6
Não respondeu (pai falecido)	1	3,6	0	0

4.2 Escolha Profissional e Formação

Quando perguntamos se já haviam prestado vestibulares antes de ingressarem no curso de enfermagem, 17 dos participantes responderam que sim, sendo 09 para o curso de medicina, 03 para enfermagem, 02 para nutrição e 01 para engenharia elétrica. Há também os que tentaram mais de uma vez, um para engenharia química e fisioterapia, e outro para odontologia e jornalismo, respectivamente.

Destes, apenas 02 já haviam iniciado curso superior e ambos não haviam concluído (enfermagem em instituição privada de ensino e pedagogia).

Na questão acerca do que mais contribuiu na opção pela enfermagem, prevaleceu “adequação às aptidões pessoais” (64,3%) e “maior oferta de emprego” (10,7%), como apresentado na Tabela 5.

Tabela 5. Opção pela graduação em enfermagem. Rio de Janeiro, 2010.

Indicador	N	%
	28	100
Adequação às aptidões pessoais	18	64,3
Maior oferta de emprego	3	10,7
Remuneração promissora	0	0
Prestígio social da profissão	0	0
Influência familiar e / ou de amigos	1	3,6
Indicação de teste vocacional	2	7,1
Baixa relação candidato / vaga	2	7,1
Já atuo na área da saúde	1	3,6
Outros	1	3,6

Interessante apontar como fatores de convergência a “adequação às aptidões pessoais” como maior indicador (64,3%), atrelado à “maior oferta de emprego” (10,7%), “indicação de teste vocacional” e “baixa relação candidato/vaga” (7,1%, respectivamente). Estes quatro fatores somados demonstram um interesse inicial por uma profissão das ciências da saúde, considerando o perfil dos participantes dessa pesquisa, que oferece relativa oferta de empregos e maior facilidade de ingresso.

Embora a opção de “já atuar na saúde” e “outros” somem 7,2%, a questão da remuneração promissora e prestígio social foram iguais a zero! Estes dados corroboram os antigos e atuais conflitos da enfermagem acerca de condições de trabalho, subalternidade, autonomia e reconhecimento social.

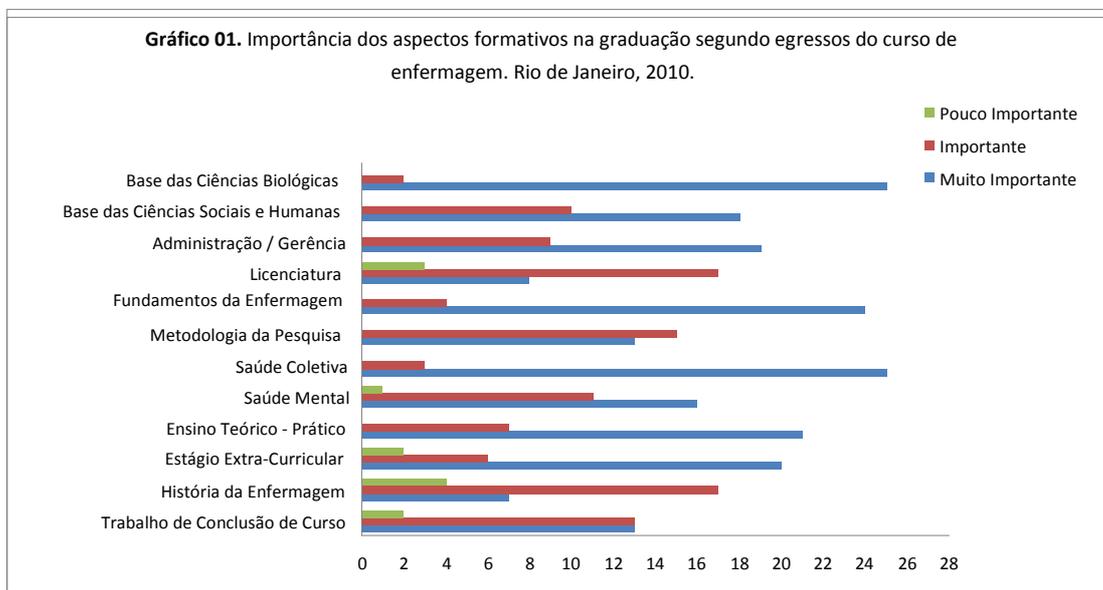
As respostas das perguntas seguintes, relacionadas à busca por estabilidade em concursos públicos, o baixo interesse em área hospitalar e serviço privado, e perspectivas de carreira ligadas ao ensino e pesquisa trazem à tona, neste grupo, um direcionamento e leituras acerca da profissão diferentes das encontradas há algumas décadas sobre o perfil de enfermeiros recém-formados.

Quanto às principais expectativas ao ingressar na universidade 75% referiram formação para o mercado de trabalho e 17,9% ascensão social e profissional, seguido de 7,1% de cultura geral e ampla (Tabela 6).

Tabela 6. Principais expectativas dos enfermeiros ao ingressar na universidade. Rio de Janeiro, 2010.

Indicadores	N	%
	28	100
Cultura geral e ampla	2	7,1
Formação para o mercado de trabalho	21	75
Formação teórica para pesquisa	0	0
Ascensão social e profissional	5	17,9
Outros	0	0

No gráfico 01 demonstramos a importância dada pelos enfermeiros a determinados aspectos abordados durante a graduação, conforme apresentamos a seguir:



Esta abordagem acerca dos aspectos formativos ilustra as mudanças no perfil do enfermeiro trazidas com os paradigmas da saúde (Reforma Sanitária), educação (pedagogias ativas) e trabalho (flexibilização) contemporâneos, os quais temos buscado problematizar.

A forte influência da base das ciências biológicas, indispensável na prática assistencial, discretamente se alia à base das ciências sociais e humanas, objeto anterior de inclusão e exclusão dos currículos de enfermagem, que encontraram maior força após a Reforma Sanitária. Nestes dois casos, nenhum participante considerou de “pouca importância” estes aspectos.

A questão da administração /gerência também se destaca como “muito importante” na formação, e compõe grande parte no currículo de enfermagem, tanto no

nível de gerenciamento da assistência, como da equipe, nos âmbitos da atenção básica e enfermagem hospitalar.

Os conteúdos ligados à Semiologia, Ensino Teórico-Prático e Estágio Extracurricular aparecem entrelaçados, entendidos como indispensáveis para consecução de habilidade e destrezas para o exercício profissional.

A Metodologia da Pesquisa e o Trabalho de Conclusão de Curso são conteúdos vinculados que buscam direcionar o discente para a iniciação científica e podem facilitar o afunilamento da área de interesse para continuidade dos estudos e outras experiências profissionais.

A Saúde Mental tem sido um campo muito estudado, principalmente em função da Reforma Psiquiátrica e desospitalização das pessoas com transtornos mentais, recentemente acompanhadas pelo CAPs (Centro de Atenção Psicossocial), local onde é previsto um trabalho multidisciplinar e multiprofissional.

A História da Enfermagem configura como “importante”, mas não como “muito importante” para os enfermeiros desta pesquisa, embora consideremos que seu estudo e o estudo da regulamentação da enfermagem no Brasil são momentos indispensáveis e singulares para discussão da formação e da prática da enfermagem brasileira ao longo dos tempos.

No entanto, o que mais chamou-nos a atenção foi a Saúde Coletiva como predominantemente “muito importante” na formação, caracterizando esse grupo um forte interesse na área, algo diferente do encontrado em pesquisas anteriores sobre interesse por área de trabalho após a graduação.⁵⁵

Quando perguntados se haveria algo de menor importância na graduação, apenas 04 participantes responderam: dois participantes se referiram as aulas de licenciatura, informando que esta deveria ser opcional, pois “a maior parte dos estudantes não tem interesse pela licenciatura”, e “algumas aulas do currículo de licenciatura não estão totalmente dirigidas às atividades de um professor de enfermagem”.

Sobre a questão da licenciatura, Bagnato e Rodrigues⁵⁷ destacaram o quanto este tema ainda é controverso e não resolvido. O que se têm buscado é a garantia que esta não se dê desarticulada da formação inicial.

Outra participante expôs “*algumas disciplinas são dadas mais importância em detrimento de outras*”, se referindo que “*as ligadas ao corpo biológico têm um lugar de destaque dentro do curso, e as ligadas às ciências humanas são institucionalmente negligenciadas*”.

É possível apontar que há fortes desconcompassos no ensino das ciências humanas no curso de enfermagem, pois ainda é pouco enfatizada a aplicação desses conteúdos à prática profissional. Moya e Prado corroboram essa análise:

La práctica pedagógica precisa preocuparse con la subjetividad, con la ética de las relaciones, preocuparse con la realidad compleja y cambiante de la propia vida cotidiana, y reconocer que todo esto está presente en el proceso pedagógico.⁵⁸

Um participante respondeu que *“o foco de atuação dos acadêmicos em procedimentos meramente técnicos faz com que estes tenham que priorizar mais o trabalho feito pelo técnico de enfermagem do que o real trabalho do enfermeiro”*.

Na realidade percebemos o quanto é difícil caracterizar o “real” trabalho do enfermeiro, pois temos nos respaldado no conhecimento científico e na gerência dos serviços de enfermagem como precípuos desse profissional, contudo necessitamos “mostrar” destreza e perícia nas atividades técnicas quando no trabalho de assistência. Atividades estas realizadas, muitas vezes – também – por auxiliares e técnicos de enfermagem.

Esta perspectiva pode apresentar a dificuldade de aliar prática e gerência durante o ensino teórico-prático, onde muitas vezes o professor precisa “barganhar” entre os distintos interesses de ensino e articulação da teoria, com e as demandas de mão-de-obra na instituição onde esta se realiza.

Quando perguntamos se os enfermeiros haviam buscado outras fontes de conhecimento durante a graduação, 27 responderam que sim, prevalecendo a participação em congressos, seguido de cursos e atividades de extensão, monitoria e iniciação científica, respectivamente. Acrescentaram a participação em estágios extracurriculares e estágio acadêmico-bolsista, além de *“leituras sobre políticas públicas de saúde”* que, segundo uma participante, a graduação não aborda ou aborda pouco. Os participantes também relataram iniciação à docência, organização de eventos científicos e participação em movimento estudantil.

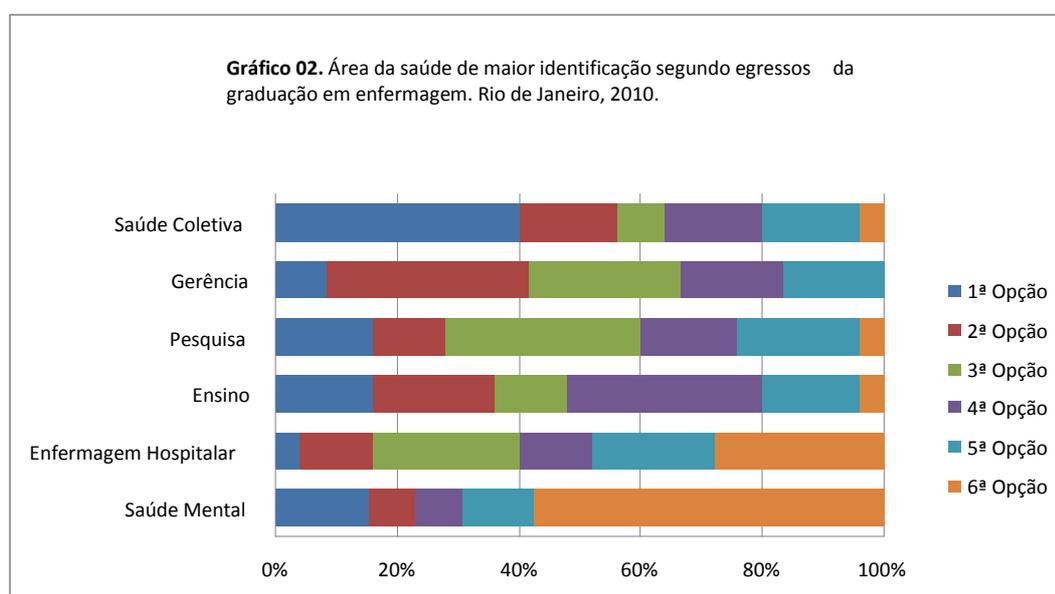
4.3 Inserção e expectativa profissional

Em relação à pergunta se os enfermeiros estavam trabalhando, 14 responderam “não” e dos 14 que responderam “sim”, quando solicitados que especificassem a carga horária prevaleceram 60 horas semanais, sendo que alguns explicitaram como vínculo empregatício a residência.

Como estendemos a pesquisa para os egressos da turma 2009.2, muitos destes se encontram na residência. Esta opção não foi incluída como “tipo de vínculo” no questionário, o que fez com que, dentre os que responderam “sim” à questão sobre o trabalho, referissem como área a residência.

Com isso, onde pedimos para especificarem os tipos de vínculo, muitos marcaram “servidor público” e mencionaram a residência e por isso, não foi possível diferenciar os que estavam realizando residência dos que trabalham com vínculo empregatício.

Quanto à área de maior identificação na saúde, no total das respostas em ordem de prioridade, prevaleceu a Saúde Coletiva, seguido de Gerência, Pesquisa, Ensino e Enfermagem Hospitalar e Saúde Mental, respectivamente, como demonstrado no gráfico 02.



Embora não pretendêssemos avaliar adesão deste curso de enfermagem às Diretrizes Curriculares, encontramos fortemente o interesse pela área da Saúde Coletiva, além de um baixo interesse pela Enfermagem Hospitalar, especialmente no setor privado.

O campo da saúde coletiva tem sido o grande propulsor na carreira da enfermagem, onde pessoas afirmam que se pode empreender o trabalho de forma mais autônoma e reconhecida. Todavia, é pertinente problematizar os vínculos nesse setor e as novas identidades e subjetividades produzidas:

Muitos desafios estão sendo encontrados no processo de reorientação do **fazer** e **saber**, na implementação da mudança na formação do enfermeiro, pois tudo implica mudar paradigmas, fazer rupturas em práticas e crenças internalizadas e enfrentar esses limites significa investir e comprometer-se com as mudanças, exigindo dos envolvidos interação, integração, comprometimento e qualificação.¹⁸

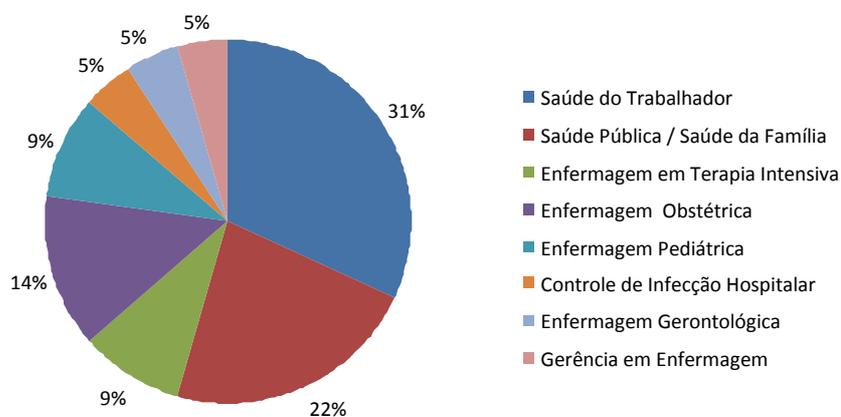
A contemporaneidade necessita de profissionais de saúde que atuem como sujeitos sociais comprometidos com a democracia e a emancipação humana. Sujeitos capazes de inovar, mas, sobretudo, de humanizar as inovações.

A crítica quanto ao interesse por este campo é dada à medida que as aspirações de reorientação das práticas em saúde deveriam ir além do mercado de trabalho, prevendo a articulação das práticas às políticas. Se os interesses dos profissionais forem distintos destas, as respostas almejadas também poderão ser.

A exigência de profissionais críticos e reflexivos para atuar em um mercado de trabalho “*crítico*” e *flexível* tem trazido fortes implicações para o processo de trabalho em saúde, sobretudo no campo da atenção primária. Humanizar o ensino e a proteção social do trabalhador poderá ser mais coerente com o perfil profissional desejado.

Perguntados quanto ao que pretendem fazer em relação à formação, 04 participantes relataram cursar outra graduação. Destes, 01 relatou o desejo de fazer curso de Direito. Dezesete pessoas relataram o desejo de cursar especialização, 15 mestrado e 08 doutorado, além de 15 pretenderem estudar para concurso, como apresentado no gráfico 03.

Gráfico 03. Áreas de interesse para cursos de especialização segundo egressos da graduação em enfermagem. Rio de Janeiro, 2010.



O curso de saúde do trabalhador / enfermagem do trabalho neste grupo é o mais procurado (31,8%), seguido de saúde coletiva / saúde da família (22,7%) todos eminentemente ligados à grande área da Saúde Pública, seguido de saúde da mulher (13,6%), terapia intensiva e enfermagem pediátrica (ambos 9,1%).

Com a municipalização da atenção à saúde trazida com a Reforma Sanitária, as oportunidades de trabalho apontam para os serviços de atenção básica e Estratégia Saúde da Família. Estes setores ainda enfrentam vários entraves de regulamentação dos contratos de trabalho, gerando situações diferentes das perspectivas propostas para estas práticas, pois por um lado pressupõe vínculo, e por outro há pouca ou quase nenhuma formalização na contratação de pessoal.

Dedecca analisa o quanto as inovações adotadas nos anos 90 no mercado de trabalho brasileiro modernizaram e de forma perversa reforçaram a desigualdade social, migrando de um regime de trabalho despótico para despótico-hegemônico.

As inovações adotadas nas relações de trabalho durante os anos 90, como o banco de horas e a participação nos lucros e resultados, em um contexto elevado de desemprego, ampliaram o grau de flexibilidade dos contratos de trabalho, provocando tanto a redução da proteção social quanto uma desvalorização dos rendimentos do trabalho. As características da baixa renda e da precariedade que historicamente acompanharam o processo de construção do mercado brasileiro de trabalho foram reiteradas, colocando em risco o próprio sistema de proteção social existente.⁵⁹

Quanto à carreira, 53,6% dos sujeitos da pesquisa pretendem estudar para concurso, seguido de atuação na área de ensino e pesquisa (35,7%) e o desejo de permanecer na área de atuação foi relatado por 10,7% dos participantes (Tabela 7).

Tabela 7. Expectativas de carreira dos enfermeiros egressos do currículo novo. Rio de Janeiro, 2010.

Indicadores	N	%
	28	100
Estudar para concurso na área	15	53,6
Trabalhar em rede hospitalar privada	0	0
Atua na área e quer continuar	3	10,7
Ensino e pesquisa	10	35,7
Mudar de área	0	0
Outros	0	0

O emprego na saúde tem suas peculiaridades. Tem se verificado a tendência de maior procura pelos cursos de graduação em enfermagem, nos últimos anos, e interesse na área de ensino, pesquisa, gestão e saúde coletiva, algo que não se verificava há algumas décadas atrás. Estas áreas ainda se caracterizam por gerarem um grande mercado de trabalho e garantia de estabilidade econômica por meio de concursos públicos.

Nogueira analisa a questão da evolução do emprego na saúde e refere que a administração pública aparece como o principal empregador de médicos (67%) e enfermeiros (47%) e o setor de serviços de saúde (basicamente privado), é o maior empregador de técnicos e auxiliares de enfermagem (51%). Este autor também afirma que:

Em relação à aceleração da atividade econômica, o emprego em saúde não é tão elástico como o emprego em outros setores. Ou seja, quando a economia cresce, o emprego em saúde também cresce, mas menos que os dos setores industriais e de comércio, por exemplo. Por outro lado, quando a economia desacelera (“desaquece”), não se dá uma queda importante no nível do emprego em saúde, dado que este é um tipo de consumo essencial para a subsistência da população e também porque esses serviços estão muito associados à participação do Estado. De um modo geral, o comportamento do emprego não é afetado de maneira muito profunda pelos ciclos econômicos de expansão e retração.⁶⁰

Um dado importante é que o acréscimo de graduados é sempre maior que o de empregos, o que já tem sido analisado por diversos autores, trazendo a discussão da

saturação do mercado de trabalho em enfermagem, sobretudo, em algumas regiões do país.

A busca de estabilidade na carreira prevalece em 53% dos participantes, refletindo a forte procura por concursos públicos verificada na área da saúde. O interesse por ensino e pesquisa também é, relativamente, grande (35%), presumindo a continuidade dos estudos.

Destacamos que, em uma pesquisa que comparou o perfil de estudantes provenientes de escolas públicas e privadas em Minas Gerais no ano de 1997, o número dos que pretendiam exercer a profissão em serviços hospitalares, no ano seguinte da formatura, foi de 72% e 78%, respectivamente.⁵⁵

No grupo selecionado para esta pesquisa, o interesse demonstrado em serviço hospitalar em rede privada foi 0%. Os baixos salários somados a intensa carga horária de trabalho prejudicam os que gostariam de continuar os estudos, não possibilitando muitas expectativas. A busca por concursos públicos se apresenta como alternativa de proteção para suportar o medo do desemprego, mesmo longe da autonomia e reconhecimento almejados na profissão.

O serviço de enfermagem hospitalar ainda apresenta estruturas rígidas de controle e hierarquia, tal qual o serviço militar. Padilha:

Na prática da enfermagem observamos muitas vezes atitudes da enfermeira como de obediência e submissão às “ordens médicas”, ausência de uma atitude questionadora e científica, bem como, dificuldade ou quase inexistência de cooperação entre elementos da equipe multiprofissional. Em contrapartida, quando se refere à equipe de enfermagem verifica-se um revestimento grande de autoridade, responsabilidade e exigência no cumprimento dos deveres.⁶¹

Verificamos alguns componentes no próprio ensino da enfermagem, que reproduzem as práticas autoritárias e coercitivas que ainda são exercidas no cenário hospitalar:

Enseñar como enfermeras significa, además, que las profesoras, en ocasiones, incorporan a su práctica docente esquemas de autoritarismo y cierta coerción que ellas internalizaron de manera inconsciente durante su experiencia como enfermeras. Esquemas que contribuyen a crear y legitimar formas de conciencia en las estudiantes que recrean y legitiman las relaciones de poder que las profesoras experimentaron cuando ejercían como enfermeras en la institución totalitaria y hegemónica que conocemos con el nombre de hospital.⁵⁸

Estudos longitudinais que possam acompanhar a trajetória profissional de egressos do novo currículo de enfermagem e comparações entre as percepções do trabalho em serviços hospitalares públicos e privados poderiam ajudar a elucidar essas questões.

4.4 Expectativas iniciais e finais da graduação

Na questão acerca das expectativas iniciais e finais da graduação, destacamos seis Idéias Centrais encontradas nas respostas: *área de interesse, percepção sobre a atuação do enfermeiro, descobertas de diferentes áreas de atuação, desapontamentos ao longo do curso, o inesperado impacto do primeiro emprego e a formação distanciada da prática.*

Questão: *O que mudou em relação às suas expectativas iniciais e finais da graduação?*

Idéia Central 1: Área de interesse

As expectativas iniciais na graduação são diversas. Inicialmente há um motivo maior que justifique a escolha por determinando curso, e este pode depender de vários fatores, onde é comum (e necessário) que o estudante durante a graduação descubra e molde sua área de interesse para a busca de novas oportunidades:

DSC 1: *“No início pensei que gostaria de uma determinada área...ao final, por diversos motivos, me identifiquei com uma área totalmente diferente.”*

Com a vivência acadêmica são reelaborados pelos estudantes os critérios de escolha para ingresso na universidade, e espera-se que ao final da graduação o estudante seja capaz de optar por uma área para continuidade dos estudos e atuação profissional.

Idéia Central 2: Percepção sobre a atuação do enfermeiro

No caso da graduação em enfermagem é comum o desconhecimento sobre o trabalho do enfermeiro (ou o trabalho específico do enfermeiro), pois depreenderá tanto do observador quanto do profissional, da equipe e instituição por ele observado e, este

trabalho poderá ser analisado de várias maneiras, uma vez que é bastante diverso e complexo:

DSC 2: *Na verdade, não sabia muito sobre como era atuação da enfermagem... Eu não tinha muitas expectativas quando entrei porque não conhecia bem a profissão, apenas me identificava com a área de saúde e gostava de estudar, até porque pensava em fazer outro curso. Ao final da graduação passei a entender melhor a profissão. Hoje entendo melhor quais são as reais funções do enfermeiro e mudei minha visão sobre o trabalho na saúde; acreditava que o enfermeiro a nível hospitalar tinha maior autonomia, e percebi que o enfermeiro pode deve busca mais autonomia no serviço. Ainda reflito sobre a profissão e observo uma situação totalmente conturbada sobre o nosso papel. Antes eu tinha grande ilusão quanto ao papel do enfermeiro, pensava que estaria com status pessoal e profissional, mas hoje vejo que a realidade é bastante diferente.*

Em geral, os acadêmicos, quando nas primeiras aproximações aos campos de prática, ficam perplexos com a atitude de algum profissional, pois ainda desconhecem as normas implícitas e explícitas que determinam os padrões de conduta das pessoas nas instituições.

Esta percepção pode ser reconstruída, diante de vários processos, a partir das vivências durante as aulas, ensino teórico-prático e atividades extra-curriculares na graduação, onde haverá oportunidade para reelaboração das crenças e estereótipos trazidos pelo estudante.

A vivência acadêmica / profissional poderá ajudar na construção de um perfil profissional *ideal* para o acadêmico, que seja compatível com suas intenções profissionais e expectativas.

Daher estudou a identidade social do enfermeiro e refletiu que o longo processo de construção da identidade se faz numa trajetória marcada por momentos distintos e diferenciados, e ultrapassa a instituição Escola de Enfermagem.

Esta identidade se dá a partir da junção das categorias apreendidas nas diferentes instituições sociais, suas representações cristalizadas e estereotipadas e as suas reinterpretações acerca da formação e mercado de trabalho. Diz a autora:

A categoria dos enfermeiros vive hoje um sério paradoxo: a instituição formadora “encastela o aluno e tenta passar a ele uma concepção de enfermagem como a profissão moderna, autônoma, valorizada e imprescindível à área da saúde... Entretanto, a sociedade, de maneira geral, continua a representar o enfermeiro como “auxiliar”, não-reconhecido” e “desvalorizado”. Quando termina a graduação, já em sua prática profissional, o enfermeiro “desencastela-

se” e esbarra na realidade exterior à escola, ou seja, com diferentes esteriótipos, desvalorização social e salarial.⁶²

Permanece para nós a reflexão acerca de qual (is) seria (m) o (s) papel (éis) do enfermeiro e as possibilidades e limites de sua atuação.

Idéia Central 3: Descoberta de diferentes áreas de atuação

Antes das modificações curriculares, era comum grande evasão dos cursos de enfermagem, após os períodos iniciais, uma vez que as disciplinas do ciclo básico eram administradas nos dois primeiros anos e, só *a posteriori*, o estudante passava a ter contato com enfermeiros inseridos nas instituições de ensino teórico-prático.

Conhecer os aspectos específicos da profissão desde o início da faculdade traz como facilitador a identificação ou até a desistência do curso:

DSC 3: *A verdade é que a enfermagem me escolheu! O caminhar na graduação me fez conhecer as diversas áreas que a enfermagem pode trabalhar, e hoje não me vejo em outra profissão... Me surpreendi pelo grande leque de possibilidades que encontrei ao longo da graduação... Graças ao conhecimento adquirido, consegui passar num curso de residência, além de ter mudado minha forma de encarar a licenciatura, pois antes achava desnecessário e hoje reconheço a importância. Além do mais, no início da graduação eu pensava que a enfermagem era uma profissão independente e hoje percebo que para o trabalho dar certo tem que ser em equipe.*

Mais que as vivências positivas durante a vida acadêmica, a consciência crítica dos fatores que interferem o exercício profissional permitirão ao graduando o conhecimento do leque de possibilidades que a profissão abarca e influenciará as decisões profissionais futuras. Quando essa avaliação final é positiva podemos crer que há coerência entre as expectativas iniciais e finais.

Idéia Central 4: Desapontamentos ao longo do curso

Como todas as experiências da vida, no ciclo universitário há vários desapontamentos e reelaborações quanto à carreira, pois na vivência como graduandos emergem os conflitos entre as experiências acadêmicas e a vida profissional, e as implicações quanto à formação prática para exercício da profissão e a inserção no mercado de trabalho e projetos de vida futuros:

DSC 4: *Antes elas eram maiores, mas olhando para nossa realidade de enfermeiro, estas foram frustradas ao longo do curso e diminuíram bastante. Minhas expectativas iniciais eram de cursar a graduação dos sonhos, mas no final o que prevalece são várias decepções, a profissão é desorganizada e desvalorizada, é difícil o mercado de trabalho e o curso em si te desmotiva... Não me sinto estimulada por conta dos baixos salários, pelos vínculos inseguros e pela não valorização da profissão. Também não tive grandes vivências durante estágios, nem tive bons exemplos de profissionais e professores (há exceções). Eu achava que gostava da enfermagem, e com a faculdade descobri que não gosto. Nunca tive certeza se queria ser enfermeira. Terminei a faculdade continuando sem saber se quero ser enfermeira. Posso dizer que entrei na faculdade desestimulada e saí de lá ainda mais...*

Guillon, Figueiredo e Porto⁶³ afirmam que a construção da identidade é tanto própria, particular, como social. Depende, simultaneamente, tanto das experiências de cada um, das situações em que se (con) vive, como do enfrentamento a valores morais, econômicos e políticos dominantes na sociedade.

Ainda é muito discrepante e múltipla a identidade do profissional enfermeiro na realidade brasileira. Prevalece no senso comum uma visão romântica e idealizada – com influências religiosas – da enfermagem como vocação, e um trabalho feito simplesmente por amor e dedicação.

A visão que defendemos, de enfermagem profissional, ainda é confusa para muitas pessoas, inclusive alguns profissionais, gerando múltiplas representações acerca da formação e exercício profissional do enfermeiro.

O resultado dessa miscelânea de realidades profissionais esbarra na consecução de um curso universitário, quando o acadêmico se depara com a pluralidade de fatores capazes de confundir a escolha tomada e as conseqüências dessa escolha para o futuro.

Essa visão não é exclusiva para a enfermagem, mas compreendemos que atividades de avaliação do curso e do processo ensino-aprendizagem, durante a graduação, poderão diminuir o impacto e as frustrações nessa avaliação retrospectiva do processo de formação, problematizando *pari passu* a formação universitária no Brasil e a realidade do mercado de trabalho em tempos de empregabilidade e flexibilidade nas relações e contratos de trabalho.

Sennett analisou a origem da palavra “flexibilidade” e encontrou seu sentido derivado originalmente da simples observação de que, embora a árvore se dobrasse ao vento, seus galhos sempre voltavam a posição normal. Flexibilidade designa a

capacidade de ceder e recuperar-se da árvore, o teste e restauração da sua forma. Corroborar o autor que

Em termos ideais, o comportamento humano flexível deve ter a mesma força tênsil: ser adaptável a circunstâncias variáveis, mas não quebrado por elas. A sociedade hoje busca meios de destruir os males da rotina com a criação de instituições mais flexíveis. As práticas de flexibilidade, porém, concentram-se mais nas forças que dobram as pessoas.⁶⁴

No conjunto das respostas descritas no DSC da questão acima, encontramos duas **Ancoragens** que refletem a complexidade e pluralidade do trabalho do enfermeiro, a saber:

AC1: *A classe da enfermagem é desorganizada.*

AC2: *A profissão é desvalorizada.*

Não seríamos capazes, nem pretendemos esgotar a discussão sobre essas ancoragens, mas cabem nesse momento, pela finalidade deste estudo, algumas considerações:

Como salientamos na introdução deste trabalho, o contingente de profissionais de enfermagem no Brasil ultrapassa 1,2 milhões de trabalhadores, distribuídos em 3 categorias profissionais regulamentadas: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, que trabalham em diferentes setores de atividades ligados à assistência à atenção primária, ambulatorial, hospitalar, gerência / gestão, ensino, pesquisa, extensão, etc.

Para cada campo de atuação podemos prever interesses comuns a toda classe e interesses particulares. Por exemplo: os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família reivindicam formalizações nos contratos de trabalho; os trabalhadores dos serviços de enfermagem hospitalar aspiram à aprovação do projeto de Lei que prevê 30 horas de trabalho semanais; as enfermeiras obstetras reivindicam autonomia para realização de partos naturais nas Casas de Parto, e assim por diante.

A primeira enfermeira a ser eleita como deputada federal só o foi em 2010 e, até períodos recentes, denúncias de corrupção e crimes nos Conselhos de Enfermagem era realidade. Reconhecemos o grande contingente da categoria enfermagem na área de saúde e lamentamos sua pouca representatividade no congresso brasileiro.

É fato a desorganização da classe, mas como lidar, ao mesmo tempo, com a força que a enfermagem poderia ter caso *fosse* unida *versus* a competitividade, individualidade e frágil solidariedade humana que se vivencia nos bastidores dos

serviços? Qual seria o meio-termo para criar consensos: lutar por todos e avançar nas conquistas para grupos específicos a partir da cooperação, e não da competição?

Quando mencionamos a profissão enfermagem estamos direta ou indiretamente nos referindo às três categorias profissionais. Quando citamos as diferenças da enfermagem vocacional para a enfermagem profissional entramos na discussão sobre a valorização do profissional. Mais que valorização diríamos *valorização* (dar valor à ação).

Poderíamos arriscar afirmando que existe a *desvalorização objetiva*, marcada pelo modelo liberal de organização do trabalho, evidenciada pela abertura de novos campos de atuação, concomitante com a oferta de novos cursos técnicos e de graduação e o percebido descompasso na oferta de empregos, gerando grande massa de desempregados e subempregados na área, além da precarização nos serviços de saúde em que os trabalhadores “empregados” estão inseridos.

Por outro lado é necessário enfatizar a *desvalorização subjetiva* dos profissionais de enfermagem, uma vez que profissão tem sofrido de uma *crônica crise de identidade* (há exceções), pois ainda é eminentemente prática e, para cada ato executado há uma série de implicações táticas e silenciosas que, historicamente, conferem pouca visibilidade ao trabalho, gerando um saldo negativo entre o esforço empreendido e o reconhecimento social por esse esforço.

Gentil analisa a dificuldade do enfermeiro em publicizar sua capacidade profissional, pois esta advém de alguns conceitos ultrapassados, como

crer que a ascensão social do indivíduo é uma consequência natural do aumento do grau de instrução que ele adquire e da cristalização de crenças e valores que a história dos protagonistas do cuidado ao enfermo explica, como quando se faz a leitura do profissional pela classe e não pela competência, não considerando o enfermeiro como um profissional autônomo e com nível superior.⁶⁵

A enfermagem antiga se respaldava na solidariedade humana e no misticismo, no senso comum e em credices. Atualmente, procura aprofundar seus conhecimentos científicos, tecnológicos e humanísticos e há supervalorização da postura moral dos profissionais, em detrimento do conhecimento técnico, entretanto, prossegue ela:

a realidade profissional se descaracteriza quando não somos “chefes” ou “enfermeira padrão”, somos frequentemente confundidos com outros profissionais de enfermagem ou classificados como “ajudantes” ou “secretários de médico”, ou quase médicos.⁶⁴

A autora propõe uma reflexão sobre os pré-juízos, preconceitos e tradições que perpetuam na enfermagem, e aponta que o estudo da história da enfermagem leva a compreender a luta travada por maior aceitação e reconhecimento.

Já Andrade⁶⁶ afirma que a enfermagem não é mais uma profissão submissa, considerando a prática atual baseada no conhecimento científico como ponto diferencial entre o “antes” e o “agora” para o exercício da profissão.

Entretanto, esta autora menciona justamente os modelos da semiologia médica para defender a desmistificação da subalternidade da enfermagem. Utiliza expressões como “diagnóstico” e “prescrição” para aludir à sistematização da assistência de enfermagem.

Santos e Faria⁶⁷ depreendem que a literatura acerca da enfermagem tem relegado a segundo plano a emergência de uma profissão em que a mulher pôde afirma-se fora do circuito maternal, familiar ou doméstico. Destacam as atividades das educadoras sanitárias do início do século XX e a consagração das enfermeiras como mestres do cuidar e da educação em saúde, imprescindíveis nas atividades de prevenção.

O diálogo com a história da enfermagem permite localizar períodos de maior e menor destaque destes profissionais na história da atenção à saúde no Brasil. Todavia, há muitas implicações neste processo, junto às especificidades de um trabalho *consumido-vivo-em-ato*³¹. É importante lembrar que as relações de poder e dominação nunca são de mão única, elas se dão através de disputas, concessões e conflitos, entre forças que por vezes não são análogas.

Idéia Central 5: O inesperado impacto do “primeiro emprego”

Se antes o mercado de trabalho em enfermagem fora visto como amplo e promissor, ao se deparar com a forte concorrência em concursos públicos e as difíceis condições do primeiro emprego, o recém-formado vivencia o impacto do “antes e o agora”:

DSC 5: *Gostaria de ter saído mais preparada para o mercado de trabalho e vi que isso não é possível. No início da graduação imagina encontrar um mercado mais amplo com uma maior remuneração, acreditava que seria mais fácil passar em um concurso público para enfermeira, e pensei que seria mais fácil arrumar o primeiro emprego, ainda mais por ter me formado em uma faculdade pública... A pressão por conseguir um bom emprego, condizente a minha profissão, ou de ser aprovada em concurso publico, aumentou.*

Com a saída da universidade inaugura-se um novo ritual de início, agora já não se é mais estudante e, com a aquisição do diploma universitário, cria-se uma expectativa profissional maior. Emergem as expectativas do primeiro emprego e a aprovação em concurso público.

Os que ainda têm tempo para investir na carreira, procuram cursos preparatórios para concursos e residência, ou tentam aliar ao primeiro emprego a realização de especialização ou dos referidos cursos na expectativa de melhor remuneração.

Quanto à mobilidade ocupacional de enfermeiros, são poucas as perspectivas de carreira ou plano de cargos e salários na área da assistência, embora . A área de ensino e pesquisa parece uma possibilidade viável, pontuada pelos participantes desta pesquisa (como demonstrado na Tabela 7).

A escolaridade dos pais dos sujeitos desta pesquisa, como mostrado na Tabela 4, é Ensino Médio Completo, e a renda média mensal varia entre 5-10 salários mínimos para um grupo de quatro pessoas.

Estudo de Zanei e Ide⁶⁸ que caracterizou a mobilidade ocupacional de enfermeiros através dos aspectos socioeconômicos e culturais, anteriores e posteriores à graduação, evidenciou que a mobilidade social dos pesquisados advinda com a graduação, decorreu mais em razão do duplo vínculo empregatício do que propriamente em razão da ascensão profissional.

As perspectivas de remuneração e oferta de emprego que podem levar a busca pela graduação em enfermagem não significam remuneração promissora nem ascensão social, se levarmos em consideração a multiplicidade de vínculos para angariação de uma renda compatível para reconhecimento como “classe média brasileira”. Estes fatores também foram colocados na Tabela 5 deste nosso estudo.

Idéia Central 6: Formação distanciada da prática

Importante destacar a graduação como o início de uma carreira universitária, e não o fim em si mesmo. O estudante vivencia, por um lado, a necessidade de aquisição de habilidades e destrezas mínimas para o exercício profissional; por outro a imperante necessidade de continuidade dos estudos e aprimoramento teórico-técnico para se destacar no competitivo mercado de trabalho:

DSC 6: *Entrei na faculdade achando que sairia totalmente preparada para o mercado de trabalho e ao final da graduação percebi que ainda tinha pouquíssima experiência de prática. Acho que com esse novo currículo foi priorizado muito a teoria. Os estágios práticos foram reduzidos e sucateados com excesso de alunos e poucos professores... Acreditava que sairia da faculdade com experiência técnica, hospitalar e em saúde pública, no entanto, isso ficou muito aquém do que imaginava, tive que buscar essa prática depois de formada, já de cara com a responsabilidade de um setor e de vários pacientes. Acho isso errado e a faculdade deveria pensar e discutir mais o assunto. Além disso, o acesso à iniciação científica e extensão não é tão fácil quanto muitos pensam, deveria haver mais oportunidades.*

Para não sermos reducionistas, precisamos pontuar os diferentes *tempos* entre o campo do ensino e o campo do trabalho. Por outro lado, em se tratando de uma profissão que exige precisão e segurança em suas atividades, deduz-se que ao final da graduação este profissional tenha adquirido o mínimo de destreza para execução de atividades que sua prática exige, buscando convergências entre esses dois campos.

Contudo, a relação teoria e prática não pode ser entendida como um movimento sequencial e linear, o que em muitos casos prevalece no ensino de enfermagem. Inicia-se com um momento único de ensino teórico para posterior aplicação, seja em laboratório ou no próprio hospital de ensino, com seres humanos.

Moya e Prado afirmam que o currículo para o ensino da enfermagem ainda é fortemente técnico, determinado pela racionalidade biomédica e dirigido a consecução dos objetivos finais. Criticam a racionalidade instrumental e tecnológica desse ensino e elucidam que esta racionalidade

Se manifiesta, en primer lugar, en la visión jerárquica y escindida que los profesores poseen de la relación teoría-práctica donde de la primera se extraen las normas y protocolos que se ejecutan, linealmente, en la segunda, esto es, se entiende el conocimiento como un producto acabado listo para ser utilizado, o mejor dicho, aplicado a la práctica.⁵⁸

Afirmam, ainda, que

La transposición de ambientes - de los simulados para los reales en el proceso de aprendizaje acaba por determinar un cisión entre los dos mundos - da educación y de la práctica. Los contenidos asimilados mecánicamente no son aplicables en un contexto complejo y mutante. El alumno se queda atrapado entre el contenido idealizado y las demandas reales de los cuidados con la persona real. Como en general este contenido es internalizado como una receta, un único modo de hacerlo, el alumno se siente inseguro y, muy frecuentemente,

inmovilizase frente a la realidad. La incapacidad de manejar con el imprevisible, con la realidad cambiante acaba siendo el resultado de esa visión reduccionista de la formación.⁵⁸

Os livros utilizados para as disciplinas de Semiologia e Semiotécnica para a graduação em enfermagem são majoritariamente da América do Norte e Europa, com protocolos e padrões que são exigidos na maioria dos concursos, mas muitas vezes inaplicáveis na realidade de saúde brasileira.

Não havendo essa complexificação que aproxime a necessidade de conhecimento de referenciais teóricos diferentes em relação a uma mesma técnica ou conduta, aliado a reflexão acerca dos meios e finalidades destas, a atividade tende a tornar-se mecânica e repetitiva. Entretanto, esta atividade nunca se dará da mesma forma durante a vida profissional, pois será em momentos diferentes e com pessoas distintas, o que complexifica ainda mais este processo.

Muitos dos participantes citaram a necessidade de cursar residência para aprimorar a prática, e já evidenciam a finalidade da graduação e necessária continuidade dos estudos.

Ainda são frágeis as questões quanto às práticas pedagógicas que permeiam o ensino da enfermagem e as verdadeiras finalidades da formação, pois estas questões abarcam tanto a formação dos professores quanto as perspectivas dos estudantes que já entram na graduação influenciado por métodos da escolarização formal em suas experiências anteriores de estudo. Os autores supracitados corroboram que a qualidade do processo de ensino *“no se mejora definiendo con más precisión los objetivos y finalidades que pretende alcanzar sino a través del escrutinio, la reflexión y la crítica sobre la propia práctica”*.⁵⁸

A reflexão crítica sobre a prática deverá ser realizada desde o início, para prevenir os “choques de realidade” advindos no Ensino Teórico-Prático e no exercício profissional.

4.5 Inserção profissional

A segunda questão discursiva foi sobre as influências da formação para a situação profissional. Encontramos as implicações para a carreira, a influência na formação em universidade pública como diferencial no mercado e as possibilidades e os novos caminhos após a graduação. A seguir apresentamos o Discurso do Sujeito Coletivo.

Questão: *A sua formação influenciou de que modo a sua atual situação profissional?*

Idéia Central 1: Foi decisiva para minha carreira

Sennett⁶⁴ enfatiza o quanto a flexibilidade do mundo moderno está mudando o próprio significado do trabalho, e também das palavras que empregamos para ele. Diz o autor que “carreira” significava na língua inglesa uma estrada para carruagens, e aplicada ao trabalho, um canal para atividades econômicas de alguém para a vida inteira. Já o capitalismo flexível bloqueou a estrada reta da carreira, desviando, de repente, os empregados de um tipo de trabalho para o outro.

A palavra “job” (serviço, emprego), no inglês do século quatorze, queria dizer um bloco ou parte de alguma coisa que se podia transportar numa carroça de um lado por outro. Segundo esse autor, a flexibilidade hoje traz de volta esse sentido arcano de *job*, na medida em que as pessoas fazem blocos, partes de trabalho, no curso de uma vida.

Pelo curto tempo de formados, somente um estudo de maior prazo poderia caracterizar as trajetórias profissionais dos sujeitos desta pesquisa. Todavia, em curto prazo, as falas permitem situar alguns caminhos desvelados com a formação:

DSC 1: *Foi essencial para caracterizar meu atual perfil profissional. Acredito que a minha formação contribuiu muito para alcançar conhecimento técnico e científico, além de estimular o pensamento crítico e a reflexão do contexto em que vivo e atuo, e possibilitou maior autonomia e tomada de decisões, além da atuação em educação continuada... Me ensinou a ser humanizada e a me preocupar com os sentimentos e com a saúde do paciente como um todo.*

Niemeyer, Silva e Kruse⁶⁹ apontam o quanto o currículo é lugar, espaço e território de relações de poder, e o quanto as Diretrizes Curriculares, como um dos possíveis modos de *governmentalização* de um Estado neoliberal e artefato de subjetivação dos corpos, está comprometida com a produção de representações e identidades culturais e profissionais, prescrevendo os conhecimentos considerados importantes para que se molde um profissional tido como “ideal”.

Mencionam as autoras supracitadas que no texto das DCN as repetições de expressões como responsabilidade, capacidade, competências, habilidades, liderança,

empreendedorismo, gerenciamento, desenvolvimento, entre outras tantas, remetem ao sentido do sujeito “empresário de si”, buscando formar o *Homo oeconomicus*.

Encontramos no DSC fragmentos desse “novo enfermeiro” proposto pelas DCN, um perfil profissional idealizado para produzir e reproduzir os referenciais do “aprender a ser”, “aprender a aprender”, “aprender a fazer” e “aprender a conhecer”, como preconizado:

o currículo pode ser pensando como um dos dispositivos pedagógicos que interpela o corpo das futuras enfermeiras (en) formando-as e governando-as de acordo com as lógicas do mercado, fabricando e adestrando seus corpos. Dessa maneira, apesar da aparente (in) visibilidade dos corpos constituídos no / pelo currículo, acreditamos que o corpo da profissional de enfermagem vai sendo investido e moldado nas Escolas de Enfermagem, as quais funcionam como maquinarias colocadas em operação a fim de produzir a enfermeira.⁶⁹

Não pretendemos ignorar a mão dupla do processo de formação e a percepção do aluno a respeito dessas implicações, mas é possível salientar os conflitos gerados durante a construção da identidade profissional do enfermeiro, representando ao mesmo tempo produto e processo, sujeito e assujeitado.

Corroborando com as idéias apresentadas, Moya e Prado⁵⁸ enfatizam que o aluno ainda é visto como o produto final do processo de ensino, o que se assemelha, em algumas ocasiões, “como un proceso de producción industrial: los alumnos se conceptualizan como la materia prima, los cuales a través de un proceso de transformación se convierten en el producto de la escuela”.

Idéia Central 2: A formação em universidade pública é um diferencial no mercado

Apesar das dificuldades referidas, a formação em uma instituição pública se mostrou um valor importante quanto a expectativa profissional destes enfermeiro, embora muitos relatem, *a posteriori*, que pensavam que seria mais fácil a inserção no mercado.

Citam como importantes as experiências extracurriculares que auxiliaram sua formação, e todos os participantes desta pesquisa referiram realizar pelo menos uma atividade deste tipo, como congressos, monitorias, iniciação científica, cursos, seminários, atividades de extensão, etc:

DSC 2: *Foi fundamental. Percebo que o profissional formado por essa universidade tem destaque no mercado de trabalho... Agora tendo contato com outros profissionais da área que se formaram em*

diferentes instituições, percebo que minha formação foi bastante completa, e possibilitou uma visão ampla do que a enfermagem é capaz. A formação nessa universidade e as monitorias influenciaram de maneira positiva a minha atual situação profissional, visto que o ensino oferecido me propiciou trabalhar na área que mais me identifico, e se não tivesse me formado onde e da forma que me formei, não estaria trabalhando onde estou...

A formação me ensinou, também, a buscar ser uma enfermeira mais com o olhar para a pesquisa. Estimulou à participação em projetos, bolsa de extensão, de iniciação científica, monitoria, e tudo isso foi influenciado pelos professores do local, pelo novo currículo talvez, além de proporcionar uma boa base teórica para concursos.

A escola prioriza a saúde coletiva, com bastante base do SUS e seus princípios e diretrizes, valorizando o usuário do serviço de saúde e fazendo dele participante do seu processo de cuidado.

Além de um possível diferencial no mercado pela expedição do diploma por uma universidade pública, os enfermeiros demonstraram a influência para a área de atuação profissional (saúde coletiva), como demonstrado nos Gráficos 01, 02 e 03.

A universidade pública é um bem público e apesar de todos os desafios e ameaças que buscam enfraquecer seus alicerces, ainda se constitui, na maioria dos casos, como a primeira opção para formação superior, além da produção de conhecimentos e diálogos com a sociedade.

Guillon, Figueiredo e Porto⁶³ apontaram que as mudanças de paradigmas, junto às transformações curriculares, segundo uma orientação progressista, que tornam o aluno mais participativo no processo de aprendizagem, podem diminuir o sofrimento e motivar para o crescimento pessoal e profissional, criando condições para que os jovens universitários aprendam a sentir prazer de serem enfermeiros.

Idéia Central 3: Conhecer novas possibilidades e melhores caminhos

Estas novas enfermeiras já foram capazes de avaliarem suas conquistas com a formação superior, os meios para buscar uma renda, continuidade dos estudos e a elaboração de sua visão acerca do sistema de saúde:

DSC 3: *Além de proporcionar meios para buscar uma renda, a minha formação me fez buscar novos rumos, caminhos diferentes que não imaginava para o meu futuro. Possibilitou experiências de pensar na mudança do modelo de atenção à saúde e me identificar com a Estratégia Saúde da Família e com as ciências humanas... Deu também a base para aprovação em residência de enfermagem.*

Gostaríamos, igualmente, de aproximar a expectativa profissional dos egressos entrevistados com a atuação do enfermeiro, e, nessa próxima questão, encontramos Ancoragens bastante pertinentes para essa discussão.

4.8 Expectativa profissional

A terceira questão discursiva buscou conhecer a visão do recém-formado em relação à atuação do enfermeiro na atualidade, para aproximar a (s) identidade (s) percebidas pelos próprios enfermeiros acerca de sua prática, em tempo de mudanças paradigmáticas na educação e na saúde.

Questão: *Como você hoje vê a atuação profissional do enfermeiro?*

Idéia Central 1: Dependerá da instituição e dos profissionais

A atuação do enfermeiro é diversa e complexa, como temos apontado durante todo este estudo. A partir das falas destes enfermeiros recém-formados, as respostas sobre a atuação profissional podem ser avaliadas em relação à atitude profissional, ao modelo de gerenciamento da instituição, e a visão da sociedade, além da percepção do observador, nesse caso, um enfermeiro também:

DSC1: *A atuação é essencial e de extrema importância nos serviços de saúde. Ela é boa, qualificada, o enfermeiro vê o indivíduo como um todo e não somente sua doença, e ainda precisa trabalhar em equipe. Infelizmente, muitos profissionais, inclusive os próprios enfermeiros, desconhecem tal importância e trabalham muito aquém de sua capacidade. Essa atuação também poderá variar em função da atitude do profissional e da instituição. Poderá ser restrita e desvalorizada em alguns lugares, ampla e valorizada em outros.*

A equipe de enfermagem constitui o maior contingente de força de trabalho nos serviços de saúde. Além disso, sua presença junto ao paciente / cliente é ininterrupta. A valorização e o reconhecimento do trabalho irão variar de acordo com a instituição e as normas estabelecidas.

Idéia Central 2: Uma atuação com diversos cenários

Não saberíamos comparar, mas são poucas as graduações com formação tão ampla quanto à enfermagem. Ao sair da graduação, o título de bacharelado e a

licenciatura conferem ao enfermeiro possibilidades vastas na área da saúde e educação. A formação generalista permite conhecimentos básicos de diversos campos, mas, ao mesmo tempo, pouco aprofundados, o que pode direcionar o enfermeiro para ser um “faz tudo”:

DSC 2: *A atuação do enfermeiro é extremamente ampla e diversificada, ele pode trabalhar em diversos cenários. Acredito que hoje o enfermeiro é o principal responsável pela propagação e educação em saúde, assim, deve estar envolvido em todas as etapas do processo saúde-doença e da manutenção da saúde. Sua atuação deve estar pautada não somente na reabilitação e sim na atenção básica como forma de evitar os agravos e prevenir a ocorrência das doenças. Ele deve atuar além da pura assistência, participar ativamente na transformação das condições sociais, políticas, educacionais e de saúde da população.*

Esta fala apresenta consensos com as propostas de um profissional flexível e crítico, como nas DCN, além de articulador do Sistema Único de Saúde, atuando para além da técnica e gerência, nas questões de política e cidadania, com vistas a impactar nas condições de vida e saúde da população.

Reconhecemos a importância de profissionais reflexivos para o Sistema Único de Saúde, entretanto, percebemos mais ainda o contra-senso em relação às condições de trabalho para este profissional, que em muitos casos não se configuram como dignas, nem humanizadas.

Idéia Central 3: Ainda influenciada pelo modelo biomédico

Ao considerar a educação como um campo de reprodução das contradições estruturais da sociedade e, embora este discurso não seja hegemônico para a maioria dos egressos pesquisados, o ensino de enfermagem parece contribuir para a divisão do trabalho na sociedade e a exploração do trabalho pelo capital, ainda separando o trabalho manual do intelectual e:

DSC 3: *Em geral, a atuação ainda é muito técnica, mecanizada, burocrática, hierarquizada, pouco crítica e reflexiva sobre o processo de trabalho, e em muitos casos subordinada ao saber (hegemônico) do profissional médico.*

Embora consideremos as implicações políticas e ideológicas na educação e trabalho contemporâneos, compreendemos a necessidade de preservação do ensino técnico da enfermagem sem prejuízos aos aspectos de gerenciamento, liderança e das políticas e programas de saúde, mas corroboramos com Nakamae⁷⁰ quando enfatiza que renunciar ao ensino teórico-prático das técnicas de enfermagem equivale a desqualificar

ou mesmo incapacitar o futuro profissional para o exercício de forma de atuação que lhe é mais própria: o cuidado direto.

Deste modo, além de “controladores da eficácia e da produtividade capitalistas no interior das instituições de saúde, particulares ou públicas”, o enfermeiro acumula o encargo de aprender a ser empreendedor, capaz de tomar decisões, líder, gerente, capaz de “aprender a aprender” continuamente, mas, na prática, é convocado, ulteriormente, às atividades históricas e precípuas da enfermagem, que se constituem nas ações de cuidado direto ao ser humano no atendimento das necessidades.

Os profissionais que “fogem” da assistência são chamados de “*enfermesas*”⁶, pois na expectativa de muitos técnicos de enfermagem e da sociedade o enfermeiro “padrão” é aquele que está à beira do leito.

Idéia Central 4: Pouco qualificada

As exigências de profissionais multicompetentes para a modernidade refletem um quantitativo de pessoas que buscam, em um primeiro momento, apenas graduar-se para maior remuneração com o diploma de curso superior, embora nesta pesquisa os participantes não relatem tal interesse, mas foram enfáticos na busca de renda e melhores condições de vida. Os que não pretendem ou não podem aprimorar-se profissionalmente são tidos como acomodados:

DSC 4: *Vejo muito profissionais desestimulados em se qualificarem melhor, seja em atualização, capacitação, especialização. A falta de conhecimento impera na profissão, e existe uma enorme dificuldade na enfermagem em produzir conhecimento... Os que trabalham na assistência, quando podem, apenas consomem o que os outros produziram, sem discutir as implicações disto. Há os que se graduam e saem direto para o mercado de trabalho; estes vão apenas preencher o corpo de funcionários de um hospital qualquer.*

Apesar da pouca valorização do trabalho do enfermeiro, a questão da qualificação é compulsória. É grande o número de enfermeiros em cursos de pós-graduação *latu sensu*, além de elevado o número de técnicos de enfermagem cursando graduação, o que produziria outro objeto de estudo. Ao mesmo tempo, ainda não é reconhecido o diploma de enfermeiro especialista nos concursos públicos e nos processos de seleção.

⁶ *Enfermesas* é uma expressão utilizada nos bastidores para designar a profissional que se dedica exclusivamente às atividades burocráticas.

São poucas as instituições públicas em que há plano de carreira, cargos e salários, e o profissional se vê “obrigado” a atuar em um setor com o qual não se identifica, apenas por demanda da instituição e “ordem” da chefia, restando poucas opções de escolha.

Idéia Central 5: Está em ascensão, mas são necessárias mudanças

Guitton, Figueiredo e Porto⁶³ analisaram a construção da identidade profissional da enfermeira e classificaram os diferentes momentos em que ela constitui sua identidade, como “a passagem pelos espelhos”.

O período anterior à faculdade as autoras categorizaram como “a morte do sonho adolescente” - a enfermeira que a estudante imaginava. Durante a formação acadêmica “a construção da identidade de resistência” - a enfermeira que a estudante aprendeu a ser, e na vida profissional “a construção da identidade de projeto”.

Na categoria da identidade de resistência, ela analisou que as enfermeiras, a todo o momento, tinham que dar a impressão de ajustamento a sistemas hierarquicamente dominantes e repressivos, nos dois principais ambientes em que viviam: no ensino-aprendizagem, por meio da relação aluno-professor, e na assistência, pelas desigualdades da relação médico-enfermeiro.

Encontramos no DSC uma expectativa positiva em relação ao futuro da profissão como uma possibilidade de um *vir a ser* conquistado através de ajustes e lutas.

DSC 5: *Acredito que a enfermagem está em ascensão, ainda necessitando de incentivos para conquistar seu espaço na área da saúde... É claro que temos pontos importantes para avançar, aprimorar, enfim, para que possamos ser mais autônomos e reconhecidos profissionalmente. Mas isso será possível com o tempo, com pequenos ajustes nos currículos da graduação. Não podemos priorizar somente a pesquisa e o ensino, assim também como não a prática hospitalar, o modelo biomédico. É necessário ter um ajuste, é necessário ter um equilíbrio... Daqui a alguns anos, o enfermeiro estará mais ativo nas atuações profissionais e só nos resta continuar lutando.*

Nakamae⁵³ defende que numa sociedade de classes como a brasileira, o esforço pela qualidade da assistência à saúde e do ensino é basicamente uma luta política, e o “saber” não poderá ser uma arma de exploração e dominação, mas um “instrumento de libertação do homem”.

Guitton, Figueiredo e Porto⁶³ ao afirmar que o estudo sobre a construção da identidade é complexo e pode abalar nossas estruturas, porque revela o interior. É um princípio gerador de tomada de decisões que produz desmontes e metamorfoses.

Estas mesmas autoras avaliam que, em relação ao reconhecimento profissional, as enfermeiras gozam mais de prestígio individual do que social. Por isso, os caminhos da autonomia são tão complexos, ou impenetráveis, verdadeiras lutas no seio do campo político.

A história da divisão técnica e social do trabalho gera confusão de papéis, a postura de profissionais que vivenciam a precarização objetiva e subjetiva nos serviços de saúde, e as diferenças entre a rede pública e privada de hospitais; entre a atenção primária e a hospitalar são capazes de provocar inúmeras variações quanto à atuação da enfermagem, situações que só seriam possíveis de analisar de maneira isolada e contextualizada.

Encontramos 07 ancoragens nas respostas dessa questão, que arriscaremos discutir em conjunto.

AC1: As pessoas confundem os papéis de técnicos de enfermagem com o de enfermeiros.

AC2: O mercado de trabalho para a enfermagem está saturando.

AC3: A formação está precária.

AC4: A enfermagem está desvalorizada, principalmente no cenário hospitalar.

AC5: Na rede pública os enfermeiros são mais independentes, reconhecidos e valorizados.

AC6: Um campo que vem sofrendo perdas gradativas.

AC7: Há muitos profissionais omissos, acomodados, insatisfeitos, desumanos, descomprometidos e que desconhecem a relevância do seu trabalho.

Atualmente são reconhecidas três categorias profissionais no ofício da enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar), mas revisitando a história da profissão, Nakamae enfatiza que o atendente de enfermagem (também chamado de auxiliar operacional de serviços diversos, visitador sanitário, agente de saúde e outras, embora não tivesse incluído na lei do exercício profissional sempre se constituiu a fração mais numerosa do pessoal (70,8% em 1958, e 63,3% em 1983) executando, de fato, qualquer nível de assistência e chegando a ocupar cargo de chefia, embora sem reconhecimento legal e ensino formal (AC1). O autor acrescenta que:

Habitualmente, no comando do que se convencionou chamar de equipe de enfermagem, encontra-se a categoria do enfermeiro, que, em 1962, por legislação específica, passou da escolaridade de nível médio para superior. Suas funções, (além de assistencial, comum a todos os outros), incluem, na prática, com maior destaque e

privativamente, a direção de serviços e chefias de unidades, preparo, orientação e supervisão das categorias auxiliares e ensino nas escolas dos vários níveis da profissão.⁷⁰

Nas décadas atuais encontramos vários contra-sensos da divisão técnica do trabalho. Os Agentes Comunitários de Saúde e o ofício de Cuidador de Idosos remetem à manutenção de uma divisão de trabalho confusa, conflituosa e constrangedora na profissão, embora “adequada” ao capital.

Atualmente, nas grandes redes de hospitais privados, o enfermeiro presta cuidado direto ao cliente, fato que há algumas décadas seria incomum. Reflete essa ação a saturação do mercado de trabalho na enfermagem, achatando profissionais de diferentes níveis de escolaridade a uma remuneração cada vez mais indigna e gerando ainda mais confusão de papéis, o que antes se tentou preterir, com a cientificação do ensino do enfermeiro (AC2).

Tem sido uma preocupação constante da classe o aumento da oferta de cursos de graduação, e esse contingente profissional, lançado no mercado a cada ano, gera mais precarização da formação e saturação do mercado, com disparidades importante entre salários e carga horária de trabalho. Existe ampla oferta de cursos de graduação e pós-graduação com preços muito acessíveis, embora de qualidade e legitimidade duvidosa (AC3).

Apontamos, nas questões anteriores do questionário, o quanto, para esse grupo de sujeitos da pesquisa, o serviço hospitalar, principalmente o privado, parece desinteressante. Com as devidas exceções, este serviço pode está servindo de *job* para o recém-formado garantir uma renda e uma experiência, enquanto se prepara para concursos públicos (AC4).

Como enfatizaram na Ancoragem 5, na rede pública - tanto hospitalar como de atenção primária - os enfermeiros são mais reconhecidos e valorizados. Pesquisas que comparem esses diferentes perfis poderão desvelar as peculiaridades de cada setor.

Quando os participantes referiram que o campo de enfermagem vem sofrendo perdas gradativas (AC 6), citaram a fisioterapia e a medicina como ameaçadoras. As disputas por campo e poder no mercado de trabalho e no ensino devem ser problematizadas e contextualizadas particularmente. Não é possível desconsiderar o surgimento contínuo e crescente de novos campos de profissionalização e ocupações para as futuras gerações.

Isto nos remete as visões dos aspectos negativos dos profissionais relatado na Ancoragem 07. O recém-ingresso no campo de trabalho na saúde poderá, nesse primeiro momento, perceber a atitude e comportamento de determinados profissionais como acomodação, insatisfação e descompromisso. Uma visão mais aprofundada sobre o assunto nos remeterá a questão da saúde mental do trabalhador na saúde, ou “a saúde de quem cuida da saúde dos outros”.

Também pode ser um choque entre a identidade profissional “de resistência” constituída durante a graduação e a “construção da identidade de projeto”.⁶³

Estudos que avaliam os níveis de estresse, *absenteísmo* e *presenteísmo* (estar presente no trabalho, porém doente), bem como as demais doenças relacionadas ao trabalho em profissionais de saúde, apontam a necessidade premente de especial atenção que se deve a este trabalhador, em função de todas as implicações vinculadas (físicas, psíquicas, ergonômicas, sociais) ao seu dia-a-dia de trabalho e às respostas do profissional a elas.

As questões apontadas nessa Ancoragem demonstram apenas a “ponta do iceberg”, pois a convivência, em longo prazo, com todas as questões que temos apontado nessa discussão, aliadas às complexas e infinitas necessidades de saúde na realidade brasileira – irão requer de seus trabalhadores ampla capacidade de autoconhecimento, reflexão crítica sobre o contexto social, cooperação e a tão evocada e frágil solidariedade humana.

Sempre serão injustificáveis atitudes negligentes e indolentes de profissionais de saúde, mas o foco dado até então é ao objeto “profissional de saúde” e não ao “sujeito” com necessidades humanas de felicidade e realização pessoal.

Russel analisa os componentes culturais e não utilitaristas da formação humana e defende que

Quando o componente cultural na formação do conhecimento é assimilado com êxito, ele forma o caráter dos pensamentos e desejos das pessoas, levando-as a se ocuparem, ao menos em parte, de temas amplos e impessoais, e não apenas de seus interesses imediatos. É muito difundida a suposição fácil de que as capacidades adquiridas por meio do conhecimento serão em benefício da sociedade. A concepção estreitamente utilitária da educação ignora a necessidade de os indivíduos serem tão bem treinados em seus propósitos quanto em suas qualificações. A natureza humana não-treinada contém um forte componente de crueldade, que se apresenta de várias formas, grandes e pequenas.⁷¹

Em uma sociedade de indivíduos consumidores, os valores humanos que poderiam ser capazes de gerar transformações sociais vão além de competências e habilidades adquiridas na formação universitária. A escola como instituição, parece cada vez desafiada a repensar suas práticas e, desde a educação infantil, questionar suas finalidades, possibilidades e limitações.

Em tempos de mudanças paradigmáticas, somos levados a refletir as rupturas e permanências com os antigos valores que não foram capazes de contribuir para a valorização da dignidade humana. As tensões impostas para estas mudanças permitirão visões mais amplas e aprofundadas acerca do projeto infinito e transcendente que é o ser humano.

Tersac e Maggi⁷² propõem a substituição de uma visão normativa do trabalho (que tem prevalecido), por uma *análise de práticas plurais, que fazem do trabalho um domínio de significados múltiplos, resultando em formas de organização singulares*. Desta forma, a noção de trabalho é cada vez menos compreendida como um dado, mas uma *construção social, um produto da ação individual e coletiva*.

O estudo da Ergologia posiciona-se com relação a uma maneira de estruturar o trabalho, questionando a visão clássica de organização do trabalho (taylorismo) e aproximando-o do ser humano. Propõem, além de uma simples mudança de método, uma nova maneira de estruturação e regulação do trabalho, compreendendo a situação de trabalho com diferentes interpretações (diferentes maneiras de ver e conceber o trabalho), ou seja, *“tornar visível o invisível”*.⁷²

O trabalho ainda pode ser definido por meio das análises das atividades, mas também das representações que os homens elaboram e por meio das idéias sobre o trabalho que eles têm. A ambigüidade de sua origem (obtenção da existência *versus* sonho de libertação) marca valores negativos (escravidão, exclusão social) e positivos (tradição bíblica e ideologia de progresso social).

Se caminharmos para uma visão da enfermagem como profissão e não mais vocação, precisaremos também compreender que será necessário mais que as habilidades técnicas e éticas necessárias para a realização de um *bom trabalho*, e sim, maior representatividade política e publicização dos aspectos invisíveis e silenciosos que configuram o trabalho da enfermagem.

Devemos transcender nosso campo e agregar conhecimentos das ciências sociais e humanas que auxiliem na compreensão das questões que interferem nas representações sociais acerca do trabalho em enfermagem.

Percebemos como desafio maior, a partir das leituras e discussões apresentadas, a necessidade de transcender as dimensões política – tecnológica – mercadológica para uma aproximação ergológica, agregadora de significados. Para tanto pontuamos algumas questões:

- ✓ Uma vez que a formação do enfermeiro contempla uma gama de disciplinas ligadas às ciências da saúde, sociais e humanas, enfatizar a complexidade do sentido do trabalho de forma transversal e buscar maior diálogo entre essas disciplinas durante a formação;
- ✓ Nos enfoques de gênero e classe social, antes de reforçar as relações de poder/saber e a divisão social do trabalho, incluir a história da profissão, a identidade profissional e suas diferentes representações, bem como as modificações percebidas e conquistadas ao longo do tempo;
- ✓ Desenvolver a reflexão crítica sobre as atividades da enfermeira mais que a ênfase na execução de tarefas, cumprimento de rotinas e protocolos (permitirmos-nos ir além do *prestar uma assistência de qualidade*), disso já somos capazes. Mais ainda, problematizar as “entrelinhas” na construção desses mecanismos;
- ✓ Compreender o trabalho como um enigma, um objeto multidimensional e complexo, e os limites e desafios da linguagem na abordagem de tais fenômenos.
- ✓ Estimular a reflexão e produção teórica por enfermeiros, a respeito da situação de ensino e trabalho da classe, colocando no “divã” as questões da identidade profissional para descobrir novas formas de ensinar e trabalhar, almejando maiores motivação e satisfação pessoal com o trabalho.

A proposta da Ergologia sugere a inversão de perspectiva nas abordagens sobre o trabalho, corroboramos nesse sentido, para se compreender o trabalho da enfermeira, repensando a variabilidade dos contextos e dos indivíduos, e a diferenciação entre tarefa, atividade e atividade de regulação, representação e competência.

5. Considerações Finais (Uma antiga profissão do futuro)

A modernidade é que é – uma obsessiva marcha adiante – não porque sempre queira mais, mas porque nunca consegue o bastante; não porque se torne mais ambiciosa e aventureira, mas porque suas aventuras são mais amargas e suas ambições frustradas. A marcha deve seguir adiante porque qualquer ponto de chegada não passa de uma estação temporária.
(Zigmunt Bauman, Modernidade e Ambivalência, 1999)

A pesquisa que realizamos teve como questão central analisar a relação formação-prática do enfermeiro após a implantação do currículo novo em uma universidade federal do estado do Rio de Janeiro com as premissas das Diretrizes Curriculares. Objetivou discutir essa relação através da inserção, atuação e expectativa profissional do egresso, além de verificar como os enfermeiros relacionam sua formação à situação profissional.

Iniciamos o estudo explicitando algumas transformações nos cenários de educação e saúde no Brasil a fim de nos aproximarmos desse contexto nas últimas décadas, culminando com a instituição das Diretrizes Curriculares para a Graduação em Enfermagem e modificações dos currículos nas escolas de enfermagem brasileiras.

Como buscamos conhecer as percepções dos enfermeiros egressos do currículo novo neste contexto, foi importante delimitar nossos pontos de partida e inserir, durante toda a análise, a relação capital-educação-trabalho-enfermagem, a fim de não nos tornarmos reducionistas, perseguindo uma visão da profissão restrita ao campo político, econômico, sanitário ou educativo, isoladamente.

Percebemos durante toda a pesquisa bibliográfica, necessária até à consecução da discussão, que há importantes estudos que abordam as modificações curriculares em várias instituições do Brasil, entretanto, ainda há pouca aproximação com o universo de enfermeiros recém-formados em tempo de mudanças paradigmáticas na educação (da educação bancária às metodologias ativas) e na saúde (do enfoque no modelo clínico à atenção integral).

Encontramos nesses documentos as matrizes das construções, desconstruções e reconstruções dos currículos da enfermagem, sempre direcionadas para atender às condições de saúde do país, ora focadas no ambiente hospitalar, ora nas medidas de atenção primária à saúde.

Deparamo-nos com o direcionamento dos currículos e da forma de apreensão dessas modificações através dos discursos dos enfermeiros, com a ênfase atual na saúde coletiva e possível enfraquecimento do ensino para prática hospitalar. Destacamos a aglomeração de saberes exigidos para a prática profissional do enfermeiro e a importância do saber científico, tecnológico e sistematizado, sem prescindir nenhuma área.

Questionamos o perfil do enfermeiro moldado na perspectiva das Diretrizes Curriculares: profissional adaptável e flexível, num contexto de iniquidades em saúde e crescente privatização do ensino e reestruturação produtiva. Surpreendemo-nos com o fato do grande interesse demonstrado pelos sujeitos dessa pesquisa pela área da Saúde Coletiva.

Concordamos que a educação não poderá servir, apenas, ao interesses do Estado, que tem se distanciado progressivamente do oferecimento de serviços à população e secundarizando os saberes “nucleares” na formação universitária.

Problematizamos a questão da identidade profissional do enfermeiro em processo permanente de mudanças, gerando crises contínuas, além de identidades múltiplas, e refletimos sobre a questão plural que perpassa a construção da identidade do enfermeiro, sua história de formação e trabalho desde tempos antigos.

O mundo do trabalho, no sentido global e contemporâneo, apresenta diferentes sentidos. As pessoas procuram seu sustento, mas também anseiam por descanso e lazer; atividades que excedam o “garantir o dinheiro necessário para viver” e “contribuir para a movimentação da economia”.

Pela complexidade do tema, identificamos o quanto são diferentes as abordagens acerca do trabalho da enfermagem-ocupação, enfermagem-profissão e as perspectivas profissionais atreladas aos novos sentidos do trabalho.

As díspares relações encontradas nos contratos de trabalho na enfermagem demonstram os contra-sensos de uma profissão regulamentada, mas sem conseguir definição de seus papéis, pisos salariais e planos de carreira.

O ensino superior na área da saúde e, especificamente, na enfermagem, tem sido ameaçado com a pouca regulação na abertura e funcionamento dos novos cursos, assunto que remete à massificação do ensino superior com distante qualificação da formação. Pelo contrário, coagindo na categoria, a aquisição e manutenção de vínculos de trabalho que não são condizentes com a formação.

Reconhecemos as limitações em realizar pesquisa em ambiente virtual, pois a velocidade das mudanças na sociedade moderna pouco permite a atualização das informações e a continuidade na comunicação.

Esta pesquisa não objetivou delinear o perfil profissional do “novo enfermeiro”, mas identificou as características do grupo estudado:

Mulheres, com 25 anos em média, que concluíram o Ensino Médio em escola privada e cursaram Formação Geral. Ingressaram na graduação no ano seguinte à conclusão do Ensino Médio (2003) e residem com 4 pessoas (a maioria com amigos) com renda familiar entre 5 e 10 salários mínimos. Tiveram suas despesas dos estudos da graduação custeados pela família. A escolaridade dos pais é o Ensino Médio Completo e a maioria destes trabalha fora.

Optaram pela graduação em enfermagem em função da adequação às aptidões pessoais e, ao ingressarem na universidade, suas principais expectativas foram a formação para o mercado de trabalho.

Classificaram como “muito importante” a maioria dos aspectos na formação, mas consideraram “pouco importante” a licenciatura, as disciplinas de saúde mental, o estágio extra-curricular, o estudo da história da enfermagem e o trabalho de conclusão de curso.

Quando solicitados que identificassem a área de maior interesse numa ordem de prioridade, atribuíram a saúde coletiva em primeiro lugar, seguido de gerência, ensino, pesquisa, enfermagem hospitalar e saúde mental, respectivamente.

Na área de interesse para cursos de especialização, prevaleceu saúde do trabalhador e saúde pública ou estratégia de saúde da família, sendo campos de trabalho amplos e em expansão percebidos pelos participantes.

No intuito de compreender as expectativas iniciais e finais da graduação, identificamos as mudanças na área de interesse, as mudanças na percepção do trabalho do enfermeiro, e as descobertas e desapontamentos nesse processo, como também a complicada inserção no mercado de trabalho e o distanciamento entre a teoria e a prática.

Acerca das influências da formação para a situação profissional destes enfermeiros, a questão da carreira, o valor ingressar e concluir um curso em uma universidade pública, e as novas possibilidades trazidas com este processo demonstram a satisfação pessoal de muitos dos sujeitos da pesquisa com a graduação em enfermagem.

Por outro lado, quando questionamos sobre a situação atual da enfermagem, encontramos respostas positivas e negativas, pois esta se mostrou complexa, diversa, melhorando, mas também ainda influenciada pelo modelo biomédico e pouco qualificada.

No total das respostas, destacamos 07 Ancoragens, que merecem uma nova reflexão para estudos posteriores. A partir destas Ancoragens podemos chegar às representações da profissão por enfermeiros recém-formados. Estes vivenciam o impacto da desvalorização, principalmente no cenário hospitalar, desorganização, confusão de papéis, saturação do mercado de trabalho, precarização do ensino, e a insatisfação com postura de profissionais veteranos em relação a estas questões.

Destacamos a afirmação de que, na rede pública, os enfermeiros são mais “independentes, reconhecidos e valorizados”, e apontamos a necessidade de novos estudos que comparem os diferentes perfis institucionais público-privado.

Outra preocupação que se desvelou entre os participantes foi a perda de campo de trabalho. Com todos os conflitos entre as diferentes profissões na saúde, somos convocados para o trabalho multidisciplinar e transdisciplinar.

A enfermagem por algumas décadas acreditou que o cuidado fosse objeto estrito seu. Discordamos desse modo de pensar na medida em que o trabalho na saúde é, de fato, um trabalho coletivo e, o da enfermagem, uma prática social. Todos os trabalhadores em serviços de saúde têm sido convocados para uma abordagem de cooperação e desafiados a compreender o cliente / paciente / usuário de forma integral.

A face um tanto “perversa” desta perspectiva é que, para tanto, se exige profissionais com alto nível de desenvolvimento humano e espírito de solidariedade, que consiga ser cooperativo e competitivo, ao mesmo tempo.

Hoje uma profissão regulamentada, o ofício de cuidar e assistir as pessoas transcende o tempo e outras atividades mais modernas na área da saúde, acumulando na contemporaneidade tecnologias, cenários e funções múltiplas.

O que parece persistir, a partir da aproximação com os “novos enfermeiros”, é a baixa auto-estima profissional e a crônica crise de identidade, que se acumulam com sua história pregressa. Se respaldavam na cientifização, buscando reconhecimento profissional, e na sistematização da assistência, para maior autonomia das ações de cuidado. Atualmente se percebe que a profissão ainda não desfez de suas representações negativas e persegue um “vir a ser” a profissão do futuro.

Ao mesmo tempo, somos otimistas quando buscamos refletir sobre nossa prática e melhorar nossa qualificação, embora sabemos das dificuldades apresentadas.

Convivemos com diferentes representações acerca do trabalho do enfermeiro e retomamos a construção de sua própria identidade profissional. Com as novas propostas adotadas no ensino da enfermagem, apontamos as exigências externas de um perfil profissional “adequado” ao sistema de saúde, junto com as indagações internas da classe acerca da identidade do enfermeiro.

A questão da identidade do enfermeiro, que não foi objeto eleito no início desta investigação, emergiu com a exposição da história profissional e da aproximação com os sujeitos da pesquisa, onde identificamos as permanências, as (des) continuidades e transcendências que constituem a enfermagem como prática atemporal, mesmo com representações distintas quanto ao passado e expectativas obscuras para o futuro.

Compreendemos que as mudanças atuais não representam, necessariamente, rupturas, mas ampliação dos modos de ver as práticas em saúde e educação e a emergência e coexistência de paradigmas que contemplem a complexidade do processo saúde-doença-cuidado.

O que experimentamos para elaboração desta dissertação foi uma permanente construção, reflexão e sistematização que foi delineada conforme nossa compreensão inicial acerca do assunto e se estendeu à complexidade do processo de ensino e formação e trabalho na saúde.

Esta reflexão faz parte de um processo de construção permanente e não pretende se dar por acabada, mas poderá fomentar a discussão acerca dos novos sentidos para o ensino e trabalho do enfermeiro e a premente necessidade de problematizarmos acerca destes movimentos e as prováveis implicações nas representações sobre a nossa identidade, objeto que perpassa nossa formação e prática profissional.

No lugar de enfermeira, foram muitos os momentos de idas e vindas para treinar o distanciamento e aproximação necessários à prática da pesquisa. Destaco a necessidade de desenvolvermos a capacidade de reflexão crítica sobre nosso ofício, sem nos alijarmos dos prováveis sofrimentos advindos com essa prática, pois acredito que grande parte das mudanças futuras serão escolhidas e decididas, em algum momento, por nós.

Por fim, é preciso dizer que esta pesquisa é produto de uma dada visão de mundo, de escolhas pessoais, políticas e ideológicas, sustentadas em minhas atuais

possibilidades humanas e intelectuais. Portanto, tem muitos limites, e está posta para o debate.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília; 2006.
2. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p.149-82.
3. Ferreira ABH. Miniaurélio Século XXI: o minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 2000.
4. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Ano CXXXIV, nº 248, 23. dez. 1996, p. 27.833-27.841.
5. Valle LAB. Educação. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz; 2008. p. 143-50.
6. Neves LMW. A política educacional brasileira na ‘sociedade do conhecimento’. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores). Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / EPSJV; 2008. p. 355-91.
7. Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho da enfermagem. São Paulo: Editora Cortez; 1989. p. 15-26.
8. Sauthier J, Barreira IA. As enfermeiras norte-americanas e o ensino de enfermagem na capital do Brasil: 1921-1931. Rio de Janeiro: EEAN/ UFRJ; 1999.
9. Rodrigues RM. Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil: contexto, conteúdo e possibilidades para a formação [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
10. Brandão CR. O que é educação. São Paulo: Editora Brasiliense; 2005.
11. Saviani D. Escola e democracia. Campinas: Autores Associados; 1997.
12. Pereira IB. A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / EPSJV; 2008. p. 393-420.

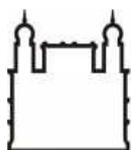
13. Amâncio Filho A. Educação politécnica na saúde: um desafio na construção do possível [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1997.
14. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. http://planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%c3%A7ao.htm (acessado em 10/ Jul/2009).
15. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. <http://www.portalweb02.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>. (acessado em 10/Jul/2009).
16. Reibnitz KS, Prado ML. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.
17. Cruz ICF, Sobral VRS. Nem ladies, nem nurses: sinhazinhas e mucamas. Por uma re-visão da história da enfermagem brasileira (e do Sistema Único de Saúde). <http://www.uff.br/nepae/siteantigo/mucamas.doc>. (acessado em 15/Dez/2010).
18. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira JAS, Silva RMO. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm* 2010; 19: 176-84.
19. Renovato RD, Bagnato MHS, Missio L, Bassinello GAH. As identidades dos enfermeiros em cenário de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. *Trab Educ Saúde* 2009; 7:231-248.
20. Martins JT. Transformações históricas na assistência de enfermagem. *Revista Enfermagem Atual* 2003; 3:19-24.
21. Bonetti OP, Kruse MHL. A formação que temos e a que queremos: um olhar sobre os discursos. *Rev Bras Enferm* 2004; 3:371-9.
22. Teixeira E, Vale EG, Fernandes JD, De Sordi MRL. Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. *Rev Bras Enferm* 2006; 5:479-87.
23. Saviani D. Nova lei da educação: trajetória, limites e perspectivas. São Paulo: Autores Associados; 2006.
24. Rodrigues RM, Caldeira S. Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2008; 5:629-36.
25. Santos SSC. Perfil do egresso de curso de enfermagem nas diretrizes curriculares: uma aproximação. *Rev Bras Enferm* 2006; 2:217-21.
26. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
27. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001 seção 1 p. 37 - Institui Diretrizes Curriculares

- Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília: Câmara de Educação Superior; 9 nov. 2001.
28. Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD, et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. Rev Bras Enferm 2007; 6: 627-34.
 29. Marx K, Engels F. A ideologia alemã. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.
 30. Marx K. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valor. In: O Capital: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 2002. p. 210-231.
 31. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz; 2008. p. 427-32.
 32. Pires DE. Divisão Técnica do Trabalho em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz; 2008. p. 130-135.
 33. Pires DE. Divisão Social do Trabalho. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz; 2008. p. 125-130.
 34. Kuenzer AZ. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. Trab Educ Saúde 2004; 1:239-65.
 35. Pires DE. Precarização do Trabalho em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz; 2008. p. 317-320.
 36. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Editora Cortez; 1989.
 37. Dornelles S. Processo de trabalho e organização trabalhista. In: Geovanini T. História da enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p. 87-162.
 38. Trezza MCAF, Santos RM, Leite JL. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. Rev Bras Enferm 2008; 6: 904-8.
 39. Sennett R. O artífice. Rio de Janeiro: Editora Record; 2009.
 40. Triviños ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1990.

41. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 2010.
42. Handem PC, Matioli CP, Pereira FGC, Nascimento MAL. Metodologia: interpretando autores. In: Figueiredo NMA, organizadora. Método e metodologia na pesquisa científica. São Caetano do Sul: Yendis; 2007. p. 89-116.
43. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 1999. p. 51-66.
44. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.
45. Richardson RJ. Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
46. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. Interface Comun Saúde Educ 2006; 20:517-24.
47. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quantiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Brasília: Liber Livro Editora; 2010.
48. Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. Ciênc Saúde Coletiva 2009; 14:1193-1204.
49. Lefevre F, Lefevre AMC. As representações sociais e as duas grandes dimensões do conhecimento. A proposta do discurso do sujeito coletivo como instrumento de resgate das representações sociais. <http://www.ipdsc.com.br/scp/download.php?downid=50> (acessado em 01/Dez/2010).
50. Duarte SJH, Mamede MV, Andrade SMO. Opções teórico-metodológicas em pesquisa qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. Saúde Soc 2009; 18:620-6.
51. Escudeiro CL, Silva ICM. Adoçando o fel do pesquisar: a doce descoberta das representações sociais. Rio de Janeiro: EEAN/ UFRJ; 1997.
52. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
53. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moyses NN, Ferraz W. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. Divulgação em Saúde para Debate 2010; 45: 54-70.
54. Donati L, Alves MJ, Camelo SHH. O perfil do estudante ingressante no curso de graduação em enfermagem de uma faculdade privada. Rev Enferm UERJ 2010; 8:446-50.

55. Nakamae DD. Caracterização socioeconômica e educacional do estudante de enfermagem nas escolas de Minas Gerais. *Rev Esc Enf USP* 1997; 31:109-18.
56. Guedes MC. A inserção dos trabalhadores mais escolarizados no mercado de trabalho brasileiro: uma análise de gênero. *Trab Educ Saúde* 2010; 1:55-75.
57. Bagnato MHS, Rodrigues RM. Diretrizes curriculares da graduação em enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. *Rev Bras Enferm* 2007; 5:507-12.
58. Moya JLM, Prado ML. El curriculum de enfermería como protótipo de TEJNÉ: racionalidad instrumental y tecnológica. *Texto Contexto Enfermagem* 2009; 18: 617-26.
59. Dedecca CS. Flexibilidade e regulação de um mercado de trabalho precário: a experiência brasileira. In: OIT: Câmbios em el mundo del trabajo. <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc95/index.htm> (acessado em 23/Ago/2009).
60. Nogueira RP, Rodrigues VA. Evolução do emprego em saúde entre 2000 e 2005. Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH; 2010.
61. Padilha MICS, Sobral VRS, Leite LMR, Peres MAA, Araújo AC. Enfermeira - a construção de um modelo a partir do discurso médico. *Rev Esc Enf USP* 1997; 31:437-51.
62. Daher DV. Por detrás da chama da lâmpada: a identidade social do enfermeiro. Niterói: EdUFF; 2000.
63. Guitton B, Figueiredo N, Porto I. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. Niterói: Intertexto; 2002.
64. Sennett R. A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Editora Record; 2009.
65. Gentil RC. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê? *Rev Bras Enferm* 2009; 6:916-8.
66. Andrade AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Rev Bras Enferm* 2007; 16:96-8.
67. Santos LAC, Faria L. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. *Saúde Soc* 2008; 7:35-44.
68. Zanei SSV, Ide CAC. Mobilidade ocupacional: expressões desse processo na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2000; 34:64-75.

69. Niemeyer F, Silva KS, Kruse MHL. Diretrizes curriculares de enfermagem: governando corpos de enfermeiras. *Texto Contexto Enferm* 2010; 19:767-73.
70. Nakamae DD. *Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática profissional*. São Paulo: Editora Cortez; 1987.
71. Russel B. *O elogio ao ócio*. Rio de Janeiro: Sextante; 2002.
72. Tersac G, Maggi B. O trabalho e a abordagem ergonômica. In: Daniellou, F. *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgar Blucher; 2004. p. 30-104.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Questionário para egressos do currículo novo da graduação em Enfermagem

Solicito que assinale apenas uma resposta para cada pergunta, exceto nas que houver mais de uma opção. Em caso de dúvida, por favor, escolha a que considerar mais importante e evite deixar respostas em branco. Agradeço muito a sua participação.

Lilian dos Santos Carvalho
liliancarvalho@ensp.fiocruz.br
liliancarvalho@ymail.com
9821-7338; 2710-7381

Características Sócio-econômicas:	
1. Sexo: () Feminino () Masculino	2. Ano de Nascimento: _____
3. Você concluiu o ensino médio (antigo 2º grau) em escola: () pública () privada	
4. Em que ano?: _____	
5. Que tipo de estudo no ensino médio você realizou? () Formação geral () Formação técnica ou profissionalizante. Em quê? _____ () Supletivo () Outros	
6. Você mora: () sozinho (a) () com companheiro (a) () com amigos () com a família	
7. Qual a renda mensal de sua família? (a soma de todos os salários das pessoas que moram com você) _____	
8. Quantas pessoas vivem desta renda? _____	
9. Qual a escolaridade dos seus pais? Pai Mãe () () Não escolarizado () () Ensino Fundamental (antigo 1º grau) incompleto () () Ensino Fundamental completo () () Ensino Médio (antigo 2º grau) incompleto () () Ensino Médio completo () () Ensino Superior incompleto () () Ensino Superior completo () () Pós-graduação - especialização () () Pós-graduação - mestrado e/ ou doutorado	
10. Qual a profissão de seus pais (a principal atividade que exercem / exerceram por mais tempo)? Pai _____ Mãe _____	
11. Qual a atual ocupação dos seus pais? Pai Mãe () () Não trabalha fora () () Trabalha fora () () Trabalha em atividade remunerada, dentro de casa () () É aposentado (a) e continua trabalhando () () É aposentado (a) () () Está desempregado (a) () () Vive de rendas () () Outros. Especificar: _____	

12. De que forma foram custeados seus estudos durante a graduação (moradia, alimentação, transporte, livros, etc...)?
- Pela família
- Pelo companheiro (a)
- Bolsa de estudos / Estágio remunerado
- Trabalho remunerado
- Recursos próprios (heranças ou outras rendas)

Escolha Profissional e Formação:

13. Você já havia prestado vestibular antes de ingressar no curso de enfermagem? Sim Não

Se sim, para que curso? _____

14. Você já havia iniciado algum curso superior? Sim. Qual? _____ Não

Se sim, concluiu o curso? Sim Não

15. O que mais contribuiu para optar pela graduação em enfermagem? (marque apenas uma):

- Adequação às aptidões pessoais
- Maior oferta de emprego
- Remuneração promissora
- Prestígio social da profissão
- Influência familiar e/ou de amigos
- Indicação de teste vocacional
- Baixa relação candidato/vaga
- Já atuo na área da saúde
- Outros. Especificar: _____

16. Quais foram as suas principais expectativas ao ingressar na universidade? (marque apenas uma):

- Cultura geral e ampla
- Formação para o mercado de trabalho
- Formação teórica para pesquisa
- Ascensão social e profissional
- Outros. Especificar: _____

17. Qual a importância que você atribui a esses aspectos na formação do enfermeiro?

Muito importante	Importante	Pouco importante	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Base das ciências biológicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Base das ciências sociais e humanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administração / Gerência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licenciatura
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Semiologia / Fundamentos da Enfermagem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metodologia da Pesquisa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saúde Coletiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saúde Mental
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ensino Teórico - Prático
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estágio Extra-Curricular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	História da Enfermagem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabalho de Conclusão de Curso

18. Durante sua formação você buscou outras fontes de conhecimento?

- Não Sim. Quais?
- Congressos / Seminários
- Monitoria
- Iniciação Científica
- Cursos
- Atividades de extensão
- Outros. Especificar: _____

19. Há algo que você considera de menor importância em sua formação? () Sim () Não
Se sim, o quê?

Inserção e Expectativa Profissional:

20. Você trabalha? () Não.
Por quê? _____
() Sim.
Em quantos vínculos? _____
Qual o total de horas por semana? _____

21. Se você trabalha na área de saúde, especifique (pode haver mais de uma opção):

- () Hospital privado. Setor: _____
- () Hospital público. Setor: _____
- () Atenção primária/saúde da família
- () Saúde mental
- () Outros. Especificar: _____

22. Se você trabalha, quais são seus vínculos (pode haver mais de uma opção):

- () Autônomo/RPA
- () Celetista
- () Cooperativa
- () Servidor Público Efetivo. Especificar: () Federal () Estadual () Municipal
- () Outros. Especificar: _____

23. Em uma ordem de prioridade (de 1 a 6), com que área da saúde você mais se identifica?

- () Enfermagem Hospitalar
- () Saúde Coletiva/Atenção primária
- () Saúde Mental
- () Gestão
- () Ensino
- () Pesquisa

24. Em relação à sua formação, o que pretende? (pode marcar mais de uma)

- () Ingressar em outro curso de graduação. Qual? _____
- () cursar especialização. Em quê? _____
- () Fazer mestrado
- () Fazer doutorado
- () Estudar para concurso
- () Outros. Especificar: _____

25. Em relação à sua carreira profissional, o que você pretende? (marque apenas uma)

- () Estudar até passar em concurso público na área da saúde
- () Trabalhar em uma grande rede hospitalar privada
- () Já atuo na área em que mais me identifico e pretendo continuar
- () Ensino e pesquisa
- () Mudar de área
- () Outros. Especificar: _____

26. O que mudou em relação às suas expectativas iniciais e finais da graduação?

27. A sua formação influenciou de que modo a sua atual situação profissional?

28. Como você vê hoje a atuação profissional do enfermeiro?

Caso queira fazer algum comentário, utilize este espaço: _____

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: *Uma antiga profissão do futuro: percepções de enfermeiros sobre sua formação e inserção profissional*, de Lilian dos Santos Carvalho, com orientação dos professores Dr. Antenor Amâncio Filho e Dra Mônica Wermelinger.

Você foi selecionado (a) especialmente por ser egresso da Escola de Enfermagem que optamos estudar e ter concluído a graduação no “currículo novo”, sob as propostas diretrizes curriculares, que temos nos dedicado a estudar. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são: Analisar a relação formação-prática do enfermeiro frente às Diretrizes Curriculares; Identificar a inserção profissional de enfermeiros egressos no ano de 2009 da Escola de Enfermagem; Discutir como os enfermeiros egressos relacionam sua formação com a atuação profissional e Verificar as expectativas profissionais destes egressos.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas de um questionário por meio do seu endereço eletrônico (e-mail).

Sua participação não implica em riscos, pois as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Disponibilizamos neste termo os contatos do pesquisador principal, onde você poderá tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Lilian dos Santos Carvalho
Pesquisadora

Contatos: liliancarvalho@ensp.fiocruz.br; (21) 9821-7338; 2710-7381.

Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Leopoldo Bulhões 1480 térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ. Tel.: (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Rio de Janeiro, inverno de 2010.