ROSA MARIA RODRIGUES

DIRETRIZES CURRICULARES PARA A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: contexto, conteúdo e possibilidades para a formação

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação para obtenção do título de Doutor em Educação, na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, área de concentração: Ensino, Avaliação e Formação de Professores.

ORIENTADORA: Profª Drª MARIA HELENA SALGADO BAGNATO

Campinas, SP

2005

DIRETRIZES CURRICULARES PARA A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: contexto, conteúdo e possibilidades para a formação

Autor: ROSA MARIA RODRIGUES
Orientador: PROFª DRª MARIA HELENA SALGADO BAGNATO

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por ROSA MARIA RODRIGUES e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: .....

Assinatura:.....

Orientador

COMISSÃO JULGADORA:

_____

_____

_____

_____

_____

2005

© by Rosa Maria Rodrigues, 2005.

Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca da Faculdade de Educação/ UNICAMP

Rodrigues, Rosa Maria.
D351a Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil : Contexto, conteúdo e possibilidades para a formação / Rosa Maria Rodrigues. – Campinas, SP: [s.n.], 2005.

Orientador : Maria Helena Salgado Bagnato.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Educação superior. 2. Currículos. 3. Enfermeiros – Formação. 4. Enfermagem. I. Bagnato, Maria Helena Salgado. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

04-256-BFE

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Maria Helena Salgado Bagnato, com quem aprendi muito e compartilhei uma convivência amiga, respeitosa, solidária.

Aos meus companheiros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Oeste do Paraná com os quais dividi esta caminhada.

Aos colegas de trabalho do Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná que assumiram minhas atividades nestes três anos de afastamento.

Aos meus familiares que souberam respeitar meu distanciamento. Acho que agora poderemos nos ver mais!

RESUMO

DIRETRIZES CURRICULARES PARA A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: contexto, conteúdo e possibilidades para a formação

A pesquisa abordou a temática das diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil, aprovadas em 2001, através da Resolução nº 03/2001-CNE. Teve como objetivos: contextualizar e resgatar o processo histórico de elaboração das diretrizes curriculares para enfermagem, discutir o conteúdo que foi aprovado e fornecer elementos para orientar a elaboração de projetos político-pedagógicos nas escolas de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa histórica constituindo-se em uma primeira sistematização sobre o período de mudanças na educação em enfermagem compreendendo as décadas de 80 e 90. Para sua realização utilizamo-nos, num primeiro momento, de pesquisa bibliográfica com a qual pudemos traçar o contexto em que as mudanças se processaram. Além disso, utilizamos como fonte os documentos que foram importantes no processo de mudança da educação superior no Brasil e da educação em enfermagem. Outra fonte foram os relatórios e anais dos seminários nacionais de diretrizes para educação em enfermagem – Senaden, que acontecem desde o ano de 1994, com a oitava edição no ano de 2004. Por fim, produzimos um conjunto de quatro documentos que foram entrevistas com a comissão de especialistas de enfermagem da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação. Em nossas análises evidenciamos que a enfermagem atendeu a solicitação da Secretaria de Educação Superior e iniciou a discussão sobre diretrizes curriculares no ano de 1998, no terceiro Senaden. Deste evento emitiu uma primeira elaboração que deveria ser considerada na construção da proposta pela então comissão de especialistas de enfermagem da Sesu/MEC. Em 1999, esta comissão apresentou uma primeira versão de diretrizes que foi protocolada no Ministério da Educação tendo repercussão negativa em meio a categoria que identificava na proposta a possibilidade de reintroduzir as habilitações bem como, a oferta de cursos seqüências. Diante disso, a ABEn desencadeou movimento em seus fóruns de discussão e apresentou, com a nova comissão de especialistas que assumiu no ano de 2000, uma segunda proposta de diretrizes que tramitou em paralelo com a primeira. Esta segunda versão foi a aprovada em novembro de 2001, portanto atingindo a enfermagem organizada um resultado positivo neste processo. Entretanto, avaliamos que muitos conceitos-chave foram incorporados sem um maior aprofundamento dos possíveis desdobramentos para a formação. Assim, na análise do conteúdo e do processo pudemos evidenciar como princípios pedagógicos presentes nas diretrizes a educação centrada no aluno e o professor como facilitador, a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, a pedagogia das competências e do aprender a aprender. Tais idéias têm em comum a secundarização do saber sistematizado e o privilégio dos saberes oriundos da prática cotidiana que tivemos oportunidade de questionar nas análises. Além destes princípios identificamos o conceito de flexibilidade como central na reformulação curricular. A pesquisa com outra configuração no texto legal, a licenciatura em enfermagem, o Sistema Único de Saúde como importante foco da formação e a atuação da Rede Unida na oferta de idéias para a reformulação da educação superior na área da saúde. Evidenciamos que o contexto da educação superior e da saúde em progressivo processo de privatização, bem como as mudanças econômicas com a globalização financeira, a atuação de agências internacionais conformaram o panorama das mudanças na graduação no Brasil nos anos 90 e início de século XXI. A pesquisa foi uma primeira elaboração sobre este período histórico e está exposta à crítica e ao debate.

ABSTRACT

CURRICULAR GUIDELINES FOR GRADUATION IN NURSERY IN BRAZIL: CONTEXT, CONTENT AND POSSIBILITIES FOR EDUCATION

The research approached the subject curricular guideline for graduation in nursery in Brazil, approved in 2001 by the Resolution # 03/2001-CNE. Its objectives were to contextualize and rescue the historical process of the curricular guidelines for nursery elaboration, discuss the content that has been approved and, put up elements to guide the elaboration of the pedagogic-politic projects at nursery schools. It's about a historical research about the period of changes in education in nursery between the 80's and 90's. For its achievements we utilized, at first, bibliographical research. It helped us trace the context where the changes happened. Besides, we used as source the documents which were important for the process of changes of superior education in Brazil and for education in nursery. Other sources were the reports and annals of the national seminars of guidelines for education in nursery – Senaden, that takes place since 1994 with its eighth edition in 2004. At last, we produced a set of four documents that were interviews with the commission of nursery experts from the Superior Education Secretariat from Education Ministry. In our analysis we evidenced that the nursery answered solicitation of the Superior Education Secretariat and started the discussion about curricular guidelines in 1998, at the third Senaden. From this event it was emitted a first elaboration which should be considered on the proposition elaboration by the commission of the nursery experts of Sesu/Mec. In 1999, this commission presented a first version of guidelines that has been put in protocol at Education Ministry having negative repercussion for the category that used to identify, in the proposition, the possibility of reintroducing the habilitations as well as the offer of sequence courses. Therefore, Aben caused movement in its discussion groups and presented, with a new commission of experts that took over in 2000, a second proposition of guidelines which went through in parallel with the first. This second version was approved on November 2001; therefore, the organized nursery reached a positive result in this process. However, we evaluated that many key-concepts were incorporated without a bigger scan in the possible options for the formation. Thus, in the analysis of the content and the principles present in the guidelines the education centered on the student and the teacher as an easy-guide, the general formation, humanistic, critical and reflexive, the pedagogy of competencies and of learning to learn. Such ideas have in common the secondarization of systematized knowledge and the privilege of the knowledge originated from the quotidian practice that we had the opportunity to question in our analysis. Aside from the principles we identified the concept of flexibility as central in the curricular reformulation. The point of the research with another configuration on the legal text, the problem with the nursery licentiature, the Health Unique System (SUS) as important focus of formation and action of the United Net in the offer of ideas for the reformulation of the superior education in the health area. We evidenced that the context of superior education and health in a progressive process of privatization, as well as the economical changes with financial globalization the acting of international agencies confirmed the panorama of changes in graduation in Brazil in the 90's and the beginning of the 21st century. The research has been a primary elaboration upon this historical period and it is exposed to critics and discussion.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 1

1 PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO 13

1.1 APRESENTANDO OS SUPORTES DA PESQUISA 13

1.2 CAMINHOS E MEIOS UTILIZADOS NA INVESTIGAÇÃO 26

2 O CONTEXTO HISTÓRICO EM QUE FORAM ELABORADAS AS DIRETRIZES CURRICULARES DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM 31

2.1 A ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E ECONÔMICA MUNDIAL 31

2.2 A MUDANÇA NA CONFORMAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO 45

2.3 A EDUCAÇÃO SUPERIOR E A SAÚDE NO CONTEXTO DO CAPITAL INTERNACIONALIZADO E DE MUDANÇAS NO PAPEL DO ESTADO 53

2.4 MUDANÇAS/TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO 67

2.4.1 O Trabalho no Setor Saúde 75

3 O PROCESSO DE DISCUSSÃO E ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES 85

3.1 A REFORMULAÇÃO CURRICULAR DAS DÉCADAS DE 80 E 90 86

3.2 DIRETRIZES CURRICULARES: PROCESSO HISTÓRICO NA INTERNALIDADE DA ENFERMAGEM BRASILEIRA 111

4 ANÁLISE DOS PRINCÍPIOS E ENCAMINHAMENTOS PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM EM NÍVEL DE GRADUAÇÃO 127

4.1 PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DAS DIRETRIZES CURRICULARES 128

4.1.1 A Pedagogia das Competências e o Aprender a Aprender 128

4.1.2 A Formação Generalista, Humanista, Crítica e Reflexiva 163

4.1.3 A Educação Centrada no Aluno e o Professor como Facilitador 173

4.2 A FLEXIBILIDADE CURRICULAR 179

4.3 A PESQUISA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM 188

4.4 A LICENCIATURA NA ENFERMAGEM 195

4.5 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO FOCO DA FORMAÇÃO 199

4.6 A ATUAÇÃO DA REDE UNIDA NA ELABORAÇÃO DE DIRETRIZES CURRICULARES 207

CONSIDERAÇÕES FINAIS 213

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 225

DOCUMENTOS ANALISADOS 239

ANEXO A – Resolução Nº 03, de 07 de novembro de 2001 – Institui as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem 243

ANEXO B – Roteiro de Entrevistas com a comissão de especialistas do ensino de enfermagem da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação do período de 2000-2001 251

INTRODUÇÃO

A necessidade de estudar, discutir e refletir em maior profundidade sobre o ensino da enfermagem no Brasil se originou do envolvimento efetivo com este cenário em nossa prática profissional.

Temos atuado como docente em uma Universidade Pública Estadual (Unioeste), na Região Oeste do Paraná, desde o ano de 1996, na qual cursamos a graduação em enfermagem concluída em 1994. O direcionamento para as questões do ensino da enfermagem emergiu do trabalho com a disciplina de exercício da enfermagem, que tem a história e o ensino desta prática como um dos seus temas. Além disso, como parte de nossas atividades na universidade, desenvolvemos projeto de pesquisa sobre os 20 anos de história do curso de enfermagem em que atuamos, identificando as reformulações curriculares pelas quais passou.

Quando cursamos pós-graduação l*ato sensu* em saúde pública, desenvolvemos monografia de conclusão do curso focalizando uma instituição de assistência psiquiátrica, estudo em que nos voltamos para o trabalho do enfermeiro naquela realidade. Nele deixamos uma questão não respondida que se referia à afirmação dos enfermeiros de que a graduação não os preparava para enfrentar concretamente aquela prática. Esta afirmação, tomamo-la como fio condutor de nossa pesquisa na pós-graduação – nível mestrado, em que fizemos uma aproximação das questões da formação buscando identificar seus vínculos com o mercado de trabalho. Entretanto, concluído o estudo, tínhamos muitas dúvidas e percebíamos imensas lacunas em nossas elaborações teóricas e afirmações sobre a formação. Quando da conclusão do mestrado, tínhamos apenas uma certeza: era preciso continuar pensando e aprofundando nosso conhecimento acerca da educação e da educação em enfermagem, pois avaliávamos que ela se constituía em um vasto campo que precisava ser compreendido, qualificando nossa inserção e contribuição.

Diante desta necessidade, entendemos como imperativo buscar aprofundamento no próprio campo da educação, pois percebíamos que os problemas que observávamos na prática da formação em enfermagem não podiam ser entendidos isolados da educação de uma forma geral, tampouco do contexto de nossa sociedade.

Estas características de nossa trajetória profissional direcionaram nosso envolvimento pessoal com a temática das *diretrizes curriculares* para a formação do enfermeiro que tomaremos

para análise nesta pesquisa, bem como nossa forma de olhá-la, ou seja, temos a intenção de nos debruçar sobre ela numa perspectiva histórica, entendendo que o conhecimento histórico "ajuda a conhecer quem somos, por que estamos aqui, que possibilidades humanas se manifestaram" (THOMPSON, 1981, p. 57). Desta forma, o desenvolver desta pesquisa tem como pano de fundo a história da enfermagem tanto a pregressa como a do tempo presente.

O ensino da enfermagem no Brasil se institucionalizou no ano de 1922 e, desde então, como os outros espaços em que se encontram as práticas educativas, tem sido marcado por certa aproximação com as exigências do mundo produtivo que, tendencialmente foram desencadeando mudanças nas atividades pedagógicas. A mais recente mudança na educação superior em enfermagem iniciou-se no ano de 1998 e teve uma maior repercussão no ano de 1999, quando se tornou pública a primeira versão do que em 2001 se configuraria nas "Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem" no país.

Os órgãos educacionais, por serem constituintes da realidade social, tendem a assimilar e reproduzir algumas das relações que acontecem nas suas bases materiais. Porém, esse não pode constituir-se no seu único referencial, sendo importante extrapolar esse espaço de reprodução. Nesse sentido, torna-se necessário discutir os alicerces da formação do enfermeiro que, no momento atual, tem uma manifestação concreta nas diretrizes curriculares, produto de um conjunto de forças com raízes históricas e vinculação efetiva à forma como organizamos hoje a nossa vida material. O não-enfrentamento e desvendamento desses alicerces podem manter-nos num quadro histórico de adequação às exigências do mercado, com limitada capacidade de crítica e possibilidade de pensar alternativas que visem a uma educação orientada pela busca de outra formação e organização social.

Não estamos ingenuamente acreditando em uma educação redentora que sozinha projete e execute transformações sociais. Pensamos, entretanto, que o espaço educacional é um importante cenário, seja de instrumentalização para a vida através da produção e socialização do conhecimento, seja como espaço de produção de valores orientados para a superação de relações pautadas no individualismo e a construção de valores coletivos.

A presente pesquisa debruça-se sobre o processo de construção e discussão das diretrizes curriculares entendendo que é preciso realizar uma leitura atenciosa sobre ele explicitando os avanços, possíveis retrocessos, as permanências, os pontos pouco discutidos pela categoria, bem como a identificação das aproximações da proposta com as exigências do mundo produtivo,

reflexão esta que nos parece ainda não efetuada pela categoria, uma vez que, no cenário em que as discussões aconteceram por ocasião da elaboração de diretrizes curriculares, havia questões emergenciais a serem defendidas, ficando, em nosso entendimento, para um segundo plano uma análise mais detalhada dos elementos constituintes da proposta que foi aprovada. Como exemplo destas questões emergenciais, podemos citar a possibilidade que a primeira versão de diretrizes curriculares elaborada pela primeira comissão de especialistas de enfermagem no ano em 1999 abria de reeditar as habilitações na graduação, proposta que não era aceita na enfermagem desde as últimas discussões sobre o currículo da graduação na década de 80 e início da década de 90.

Historicamente o ensino de enfermagem no Brasil aproximou-se das exigências que se colocavam a partir do movimento advindo do setor econômico. É neste sentido que os trabalhos que reconstituíram a história do ensino de enfermagem afirmavam que sua criação na década de 20 tinha forte relação com o empreendimento inicial da industrialização brasileira, da passagem de uma economia agrário-exportadora para uma economia urbano-industrial.

Após a institucionalização do ensino nesta área, constatamos quatro reformulações nos documentos legais que o orientavam. A primeira em 1949, a segunda em 1962, a terceira em 1972 e a quarta em 1994. Podemos afirmar que estas mudanças nas orientações legais explicitaram as necessidades emanadas do campo econômico, pois, desde a reforma curricular de 1949 até a de 1972, houve uma tendência progressiva de aproximação da formação ao modelo biológico, centrado na doença e tendo como principal espaço de atenção o ambiente hospitalar. Esta aproximação da formação a este modelo atendia à necessidade de formação de profissionais para atuar no complexo médico-hospitalar que ganhava corpo desde a década de 40 e que teve seu auge na década de 70, acompanhando claramente o movimento desenvolvimentista brasileiro e a urbanização da população proporcionada pelo desenvolvimento da indústria do país e mecanização do campo.

Seria uma visão reducionista a de que é somente pelo condicionamento econômico que se explicam os movimentos da história, sendo que, na internalidade da enfermagem, outros aspectos podem compor este cenário. É possível dizer que um dos elementos que explicam parte deste processo de aproximação às exigências econômicas seria a curta existência temporal desta prática que, no Brasil, não tem nem um século e que, ao nascer, na Inglaterra em 1854, surge atrelada ao Estado, enquanto prática institucionalizada. No Brasil não foi diferente. Ela se organizou a partir da iniciativa de setores do governo federal que, tendo como referência experiências vivenciadas

nos Estados Unidos da América, propuseram a criação e organização do ensino, vinculado ao então Departamento Nacional de Saúde Pública na cidade do Rio de Janeiro, capital federal. Desde então, a história tem mostrado que, no conjunto da categoria, há uma dificuldade em formular críticas às imposições governamentais, seja nas questões do ensino, seja na interferência na formulação das políticas para o setor saúde.

Outro aspecto que pode estar relacionado à juventude desta prática é a pouca existência de sínteses teóricas produzidas internamente em uma perspectiva questionadora, o que só passou a acontecer a partir da década de 80[1]. Assim, a consolidação da área com elaborações próprias é um processo em desenvolvimento, motivo pelo qual há a necessidade de buscar em outras áreas do conhecimento determinados aportes teóricos para uma reflexão mais aprofundada. Porém, esta busca e escolha de aportes teóricos e práticos está diretamente relacionada à capacidade de reflexão e crítica que alcançamos até o momento. Como todo movimento, nela podem ser identificados avanços e retrocessos, ora apoiando-se em referenciais mais críticos, outras vezes nem tanto, e com uma certa tendência a acompanhar o que parece estar na moda. Observa-se ainda certa aproximação a modelos importados de outras realidades, principalmente a americana, fato este que pode ser compreendido pela emergência da enfermagem no Brasil a partir daquela realidade, ou ainda pela efetiva relação econômica que o Brasil tem estabelecido com aquele país, podendo ser caracterizada como uma relação de dependência e subordinação que não se limita ao campo econômico, adentrando também o cultural e, nele, o educacional.

A partir da década de 80, como de resto em todos os espaços sociais no Brasil, a área da saúde e também da educação em enfermagem experimentou um momento de intenso debate e de reflexão sobre o posicionamento da categoria desde sua institucionalização.

Os trabalhos produzidos destas discussões, em nosso entendimento, tiveram a preocupação de entender a prática da enfermagem como trabalho e como tal uma atividade socialmente necessária, mas justamente em função disso sujeita aos mecanismos da relação entre capital e trabalho. Fizeram ainda o esforço de introduzir uma perspectiva histórica, não apenas na linearidade dos fatos ou se fixando na centralidade de personagens da história, mas estabelecendo relação entre as manifestações internas à enfermagem e as externas – econômicas, sociais, culturais.

---

[1] Na década de 80 tivemos importantes trabalhos que se propuseram a realizar questionamentos aos encaminhamentos dados à profissão até então. São exemplos os trabalhos de Rezende (1987); Almeida & Rocha (1989); Silva (1989); Pires (1989); Nakamae (1987); Germano (1993 – a primeira edição deste título foi em 1989).

Em relação à educação em enfermagem, este movimento, como veremos na análise do processo histórico de construção das diretrizes curriculares teve vários momentos catalisadores, com a realização de seminários nacionais e regionais culminando em uma proposta, naquele momento, de um currículo para os cursos de graduação em enfermagem. Tal proposta era um consenso entre aqueles que se envolveram mais diretamente nas discussões sobre a formação e trazia nessas discussões e encaminhamentos a necessidade de formação do profissional enfermeiro em consonância com as necessidades de saúde no Brasil. Assim, quando o Ministério da Educação lançou o Edital nº 4/97-MEC, que chamava as instituições a proporem as diretrizes curriculares, o conteúdo do documento que a categoria enviou para a comissão de especialistas e que serviria de base para a elaboração do documento, pouco diferia daquelas propostas construídas na década anterior.

No que tange às políticas de saúde, especificamente, a década de 80 também foi um marco histórico. Até então tínhamos um sistema de saúde fragmentado, no qual as ações de saúde coletivas/preventivas estavam localizadas no Ministério da Saúde e as de saúde curativa restritas aos ambientes hospitalares organizadas pelo Inamps. Assim, falar em saúde coletiva significava pensar ações de prevenção das doenças que atingiam a todos, mas que, na maioria das vezes, tinha nos pobres suas principais vítimas, enquanto o acesso ao diagnóstico e a terapêutica de maior complexidade eram restritos aos que pudessem arcar com seus custos e àqueles que estavam, pelos seus vínculos de trabalho, assistidos pelo sistema previdenciário. Entretanto, havia intenso processo de incentivo estatal ao desenvolvimento do complexo médico-hospitalar, alicerçando as bases do modelo biomédico.

Neste período, organizou-se o Movimento da Reforma Sanitária, que foi fator importante no desencadeamento, a partir das décadas de 70 e 80, de muitas discussões e busca por um outro modelo de atenção à saúde em que esta fragmentação fosse superada. Estas discussões tiveram um momento marcante com a realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, sintetizando as bases políticas, teóricas e práticas do que deveria mais tarde se constituir no Sistema Único de Saúde.

As conquistas do movimento, em seus aspectospolíticos, tiveram seu marco com a promulgação da Constituição de 1988, em que se conseguiu garantir que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, conforme pode ser atestado no artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco

de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988, p. 122).

Várias foram as tentativas de suprimir muitos dos avanços sociais assegurados na Constituição, prática esta que não foi, e não é, restrita à área da saúde, mas que atingiu incisivamente as políticas sociais. Na saúde foi exemplo destas tentativas a lei complementar sancionada pelo Governo Collor de Mello no ano de 1990 – Lei Federal nº 8.080/90, que dispunha sobre as condições para a promoção, a proteção, a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a). Nesta lei, segundo Carvalho (2001, p. 34), houve cortes "principalmente no que se referia à participação da comunidade e ao repasse direto de recursos". Salienta a autora que os artigos não poderiam ser vetados, pois um deles regulamentava a Constituição.

Assim, foi emitida pelo Governo Collor de Melo, após pressões dos segmentos organizados e da impossibilidade de descumprir a Constituição, a Lei Federal nº 8.142/90, que recuperava muitos daqueles cortes (BRASIL, 1990b). É importante salientar ainda com a autora que, para ser legalmente organizado, o Sistema Único de Saúde deveria ser regulamentado por leis complementares, o que só foi objeto do então governo após muita pressão e dois anos após o direito assegurado na Constituição (CARVALHO, 2001).

Conforme Mendes (1999, p. 63) o desenho constitucional e

> infraconstitucional moderno, no campo da saúde, ocorria coetaneamente com o avanço inexorável de uma crise fiscal e política do Estado que sinalizava o esgotamento da estratégia nacional-desenvolvimentista e da coalizão sociopolítica que a sustentou durante anos de esforço industrializante e de fracassos sociais.

Desta forma, ao que assistimos no Brasil foram tentativas de assegurar legalmente direitos sociais, como o direito à saúde, que até então nunca havia figurado como uma realidade e que até hoje se tem constituído em imenso desafio às pessoas comprometidas com as lutas das décadas de 70 e 80 e que vêem as investidas legais de inviabilização da consolidação do sistema de saúde pensado e ainda não consolidado.

É importante salientar que, no Brasil, essa tentativa de estender direitos, como o de acesso à saúde, aconteceu em um momento em que nos países centrais (primeiro nos Estados Unidos e Inglaterra, seguidos da Alemanha, Suécia, Itália e Espanha) já se processavam os ataques do ideário neoliberal atingindo frontalmente as políticas sociais. Nestes países, a

segurança oferecida de diferentes formas pelo Estado passou a ser questionada e revista em consonância com os ataques ao Welfare State que era vivenciado (ALMEIDA, 2002). Como explicar que, na contramão da história dos países centrais, um país periférico ousasse implementar e estender direitos que naqueles países já estavam sendo revogados? Talvez uma possível explicação fosse o momento que se vivia no país, com a abertura política, após vinte anos de ditadura militar, com um possível processo de convulsão e o temor de nossas elites de que as forças progressistas gestadas neste processo pudessem ameaçá-las. Esta suspeita ganha certa relevância quando se analisam as leis complementares da saúde, poucos anos depois, em que há uma atitude deliberada de, se não excluir, pelo menos criar mecanismos para restringir a extensão do direito à saúde. Todo este processo se desencadeou com a eleição de Fernando Collor de Mello que, como veremos, iniciou a implementação do ideário neoliberal no Brasil. Apesar disso, o Brasil ainda é, na América Latina, o único país que possui um sistema de saúde que se pretende universal.

No que se refere à formação de trabalhadores para a saúde, a Constituição de 1988, em seu artigo 200, menciona a responsabilidade do Estado em relação ao processo de formação dos recursos humanos necessários para a implementação do Sistema Único de Saúde. Assim, o artigo 200, ao tratar das competências do sistema de saúde, aponta a competência de "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde" (BRASIL, 1988, p. 124). Além disso, a Lei Federal nº 8.080/90, ao tratar dos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, em seu artigo 27 afirma que "a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos", e enumera, dentre outros, o objetivo de "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" (BRASIL, 1990a, p. 13).

Entretanto, apesar de iniciativas de formação envolvendo algumas das profissões da área da saúde como o Projeto Larga Escala desenvolvido na década de 80 e o Programa de Profissionalização dos Auxiliares de Enfermagem – Profae na década de 90, não se pode afirmar que tenha sido implementado, até o momento, um programa coordenado de formação envolvendo todas as profissões desta área. Tanto é assim que o Ministério da Saúde desencadeou, ainda sob o

comando do Ministro José Serra,[2] um programa indutor de mudanças na formação médica (Promed) a partir da constatação de que esta formação não era capaz de atender às demandas que o setor saúde estava apresentando. Demandas estas que, em nosso entendimento, estariam sendo geradas pelo Programa de Saúde da Família, que foi implementado na década de 90 pretendendo estender a cobertura da Atenção Primária à Saúde. Este programa tornou-se o carro chefe das ações de saúde no Governo Fernando Henrique Cardoso.

Apesar desta iniciativa, não se pode concluir que o Promed tenha sido um programa articulado e que se propusesse repensar toda a formação de recursos humanos para o SUS. Ele foi/é focalizado na formação médica embora no atual governo (Luis Inácio Lula da Silva) esta questão parece que esteja sendo rediscutida.[3]

A enfermagem que se dispunha, desde as discussões da reforma sanitária, a repensar a formação propondo um currículo, em alguma medida, orientado para a formação geral, contemplando aspectos curativos e preventivos em certa igualdade, viveu o dilema de que, em sua maioria, as escolas não conseguiram superar o modelo de formação centrado no hospital. Outras nem chegaram a efetivar mudanças curriculares.

De maneira geral o que vemos na formação é a ausência de planejamento efetivo, o mercado atuando livremente a ponto de chegarmos no ano de 2003 com 334 escolas de enfermagem, concentradas, quase totalmente, nas Regiões Sul e Sudeste (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2003). Assim, as boas intenções curriculares se fragilizam, pois não há nenhuma dúvida de que os interesses na expansão de cursos passam longe de uma atitude de composição política de formação de enfermeiros comprometidos com ações de saúde extensivas a toda a população.

Na década de 1990, no Brasil, experimentaram-se momentos inicialmente controversos, sucedidos por um período maior de aparente estabilidade. No início da década, depois da abertura política, elegeu-se o primeiro presidente pelo voto direto, Fernando Collor de Mello, com

---

[2] José Serra foi Ministro da Saúde nos governos de Fernando Henrique Cardoso. Em suas gestões atuou em pelo menos duas frentes que marcaram sua passagem pelo governo, que foram a cobertura integral da assistência aos portadores do vírus HIV e o Programa Saúde da Família, com a organização de equipes multidisciplinares de saúde (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde) para a prestação de cuidados primários em saúde.

[3] Neste trabalho não estaremos trazendo elementos históricos ou contextuais que se refiram ao Governo de Luís Inácio Lula da Silva, que foi eleito no ano de 2002 e assumiu em janeiro de 2003, por entendermos que a discussão de Diretrizes Curriculares teve lugar nos Governos de Fernando Henrique Cardoso e, quando o atual Governo assumiu, elas já estavam aprovadas e em fase de implementação. Assim, estudar a partir da realidade atual será necessário quando da realização de pesquisas que tenham como foco a implementação e não o registro histórico.

bandeiras populistas que camuflavam uma figura controversa. Ao mesmo tempo em que discursava o resgate da dívida social, implementava a abertura da economia ao capital estrangeiro e iniciava a amputação dos direitos sociais conquistados na década de 80. Deposto por corrupção e escândalos tanto em sua vida privada como pública, foi sucedido pelo seu vice, Itamar Franco, que terminou o governo com um sucessor preparado a partir do plano de estabilização econômica (Plano Real).

O governo de Fernando Henrique Cardoso, sucessor de Itamar Franco, retomou e aprofundou, com maior legitimidade e desenvoltura política, as políticas de ajuste econômico que atacavam as conquistas sociais e que se faziam às custas dos gastos com estas mesmas políticas. Para Rizzotto (2000), a política de ajuste econômico foi a questão central e determinante do governo Fernando Henrique Cardoso. Ressalta que, em agosto de 2000, por meio de Decreto Presidencial, foram "retirados R$ 637,7 milhões de programas sociais para o pagamento de precatórios" (RIZZOTTO, 2000, p. 238).

No campo econômico, a inserção do Brasil no mundo globalizado, a modernização e dinamização da economia para competir no mercado internacional estavam colocadas como necessidades inquestionáveis e foram perseguidos nos oito anos de mandato de Fernando Henrique Cardoso, desenvolvendo e ampliando os preceitos da política neoliberal. A perspectiva neoliberal foi capaz de, a despeito da necessidade do consenso para possibilitar credibilidade internacional, criar o que Fiori (2002) chamou de "melancolia democrática".

No terreno educacional foi uma década que reconfigurou a educação em todos os seus níveis. Contudo, observa-se que, muito mais que reformulações realizadas internamente, foram ajustes impostos por organismos internacionais para cumprir os acordos quando da tomada de empréstimos para esta área. Assim, as mudanças educacionais, em todos os seus níveis, em grande medida, estão relacionadas às agendas do Banco Mundial para os países tomadores de empréstimos, fato este já comprovado por inúmeros trabalhos de pesquisa. Na educação superior, tivemos a elaboração de um grande número de documentos legais visando a sua reorganização.

Após esta breve incursão pelas políticas de saúde e aos movimentos na formação em enfermagem que tiveram grandes marcos na década de 80 e 90 e serão aprofundadas no capítulo II, introduziremos elementos mais específicos ao tema desta pesquisa, mas que, longe de se apresentarem isolados, estão intimamente relacionados.

Da legislação geral e que tem relação com o objeto desta pesquisa, tivemos a Lei Federal nº 9131/95, que criou o Conselho Nacional de Educação e o Exame Nacional de Cursos. Esta lei atribuiu ao Conselho Nacional de Educação, em seu artigo 9º, parágrafo 2º, letra C, a prerrogativa de "deliberar sobre as Diretrizes Curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação" (BRASIL, 1995, p. 3). Este é o primeiro documento que fez referência e que materializou a figura de "Diretrizes Curriculares", sem, entretanto, explicitar o que significava a terminologia.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei Federal nº 9394/96, também não se dedica em profundidade ao tema. No capítulo da educação superior, no artigo 53, alínea II, diz ser atribuição das universidades, no exercício de sua autonomia, "fixar os currículos de seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes".

É com o Parecer nº 776/97-CNE e com o Edital nº 4/97-MEC que a temática das diretrizes curriculares ganhou materialidade. O Edital nº 4/97-MEC convocava todas as instituições de ensino superior para enviarem propostas de diretrizes curriculares em todas as áreas do conhecimento, que seriam bases para que as comissões de especialistas de cada área compusessem um documento único que representasse o conjunto das propostas. É textual ainda, no documento, a importância de que a amplitude que se pretendia com o processo de discussão conferisse legitimidade às propostas.

Esta implementação de espaços aparentemente democráticos nos quais a atuação de atores sociais tenha sido determinante, como o espaço do Conselho Nacional de Educação, nos parece que fez parte das estratégias de efetivação do consenso, como exposto acima. Do outro lado dessa moeda está a legitimação de processos que, se aparentemente democráticos, escondem movimentos adaptativos de atores e categorias a ideários não construídos coletivamente. Esse parece ter sido, em alguma medida, o movimento em torno do Conselho Nacional de Educação no processo de discussão e elaboração das diretrizes curriculares em todas as áreas do conhecimento.

Compondo ainda o arcabouço legal das diretrizes curriculares, foram emitidos os Pareceres nº 776/97-CNE e nº 583/2001-CNE, ambos com o mesmo assunto, ou seja, estabelecer "orientações para as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação". O Parecer nº 776/97-CNE, de 03/12/97, trazia os princípios que deveriam orientar a elaboração das diretrizes curriculares, mas ainda não fazia referência aos itens expostos no Edital nº 4/97-MEC, que seriam os

elementos constituintes das diretrizes curriculares. Estes elementos foram recuperados com o Parecer nº 583/2001-CNE, que postergou a discussão sobre as cargas horárias dos cursos afirmando que o tema seria assunto de resolução específica da Câmara de Educação Superior. Contudo, ele recuperou que as diretrizes deviam conter o perfil do egresso; as competências e habilidades; as habilitações e ênfases; os conteúdos curriculares; a organização do curso; as estratégias e atividades complementares e o acompanhamento e avaliação.

Com o Edital nº 4/97-MEC, o Ministério da Educação lançou "um modelo de enquadramento das Diretrizes Curriculares", nos quais as comissões de especialistas deveriam "enquadrar" as propostas.

Assim, diante da chamada oficial do Ministério da Educação e a composição, por parte deste órgão, das comissões de especialistas, deu-se início à elaboração dos documentos oficiais que seriam representativos do consenso em cada categoria. Na especificidade da enfermagem, tivemos um ator coletivo que foi bastante destacado – a Associação Brasileira de Enfermagem. Foi ela que, no ano de 1998, iniciou as discussões em torno das diretrizes curriculares participando ativamente de todo o processo de discussão e elaboração das mesmas.

O espaço de tempo entre a emissão pelo Ministério da Educação, do Edital nº 4/97-MEC e a aprovação das diretrizes curriculares da enfermagem em novembro de 2001, foi de três anos, nos quais desencadearam-se discussões, movimentos, que acabaram interferindo na elaboração final da proposta oficial. É sobre este processo que trata a presente pesquisa.

A *questão central* a que procuraremos responder ao longo do seu desenvolvimento é: *Como se deu o processo de construção das diretrizes curriculares da graduação em enfermagem no Brasil, qual o nível de inserção, qual a possibilidade de intervenção, quais os condicionantes externos e internos, para efetivar a reformulação da legislação educacional deste nível da educação superior*?

Ao responder tal questão temos como *objetivos***:**

- Contextualizar e resgatar o processo histórico de elaboração das diretrizes curriculares para enfermagem no Brasil.
- Discutir o conteúdo final que foi aprovado.
- E fornecer elementos para orientar a elaboração de projetos político-pedagógicos nas escolas de enfermagem.

A pesquisa parte de alguns pressupostos fundamentais que poderão ou não ser identificados ao longo do processo. Um primeiro pressuposto é o de que a enfermagem, organizada[4] em torno da Associação Brasileira de Enfermagem, em articulação com a comissão de especialistas de enfermagem, teve um papel ativo na elaboração e aprovação das diretrizes curriculares. Um segundo pressuposto é que, apesar do envolvimetno efetivo em todo o processo, e a defesa do modelo que foi, em sua quase totalidade aprovado, alguns pontos "importantes" ou conceitos-chave, presentes nas diretrizes curriculares, foram incorporados sem um maior aprofundamento em seus sentidos e significados, nos suportes teóricos que lhes dão sustentação, bem como nos possíveis desdobramentos a partir dessa sua incorporação.

A exposição da pesquisa foi organizada a partir desta introdução que fizemos ao tema explicitando a temática, os objetivos e nossos pressupostos. Posteriormente, no primeiro capítulo, abordamos o percurso teórico-metodológico que está orientando a pesquisa. Num segundo capítulo buscamos a exploração do contexto do objeto da pesquisa. Num terceiro capítulo expomos a trajetória histórica da discussão e elaboração das diretrizes curriculares para a enfermagem e, num quarto capítulo, apresentaremos os encaminhamentos de todo o processo, como os possíveis desdobramentos na formação. Nele apresentamos os princípios que emergiram a partir da análise da construção dos documentos e do conteúdo das diretrizes curriculares aprovadas.

[4] Estamos atribuindo a denominação de enfermagem organizada ao movimento associativo que tem a Associação Brasileira de Enfermagem como entidade aglutinadora, portanto, congregando enfermeiros que são filiados, participando dos eventos específicos da educação em enfermagem. Além disso, consideramos aqueles que, no processo, desencadearam alguma ação para interferir na proposição das diretrizes curriculares.

1 PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

1.1 APRESENTANDO OS SUPORTES DA PESQUISA

Ao debruçar-nos sobre a história da construção das Diretrizes Curriculares para a formação do enfermeiro no Brasil, surgiu um questionamento a respeito da abordagem de um objeto tão próximo e com o qual tínhamos tanto envolvimento. Haveria a possibilidade de construção de conhecimento histórico? Ou a elaboração seria apenas uma especulação? Neste sentido, buscamos compreender ou dimensionar até que ponto nossa pesquisa se poderia constituir em uma pesquisa a que se pudesse atribuir a denominação de pesquisa histórica. Tais dúvidas se justificavam em nossas leituras sobre o tema, as quais afirmavam que abordar um período histórico tão próximo é uma atitude não recomendada pelos historiadores, por não permitir o distanciamento desejável do objeto. Assim, Fontana (1998), ao analisar o período de "um século", o século XX, advertia que o panorama que estava estudando teria o inconveniente de se mostrar mais detalhado e menos claro como tinha sido até o momento em que havia resgatado a história da construção do pensamento na história. Ele dizia que isso é uma "conseqüência inevitável da proximidade no tempo do objeto estudado" (FONTANA, 1998, p. 157). É importante notar que o autor fazia esta advertência, ao tratar de um século inteiro, quase concluído e que, mesmo assim, lhe parecia próximo e marcado pela vivência imediata.

Neste mesmo sentido, Schaff (1995), ao tomar como objeto de pesquisa a Revolução Francesa alertava que partiria dos autores que viveram o evento e que o contaram em primeira mão. Afirmava ele que a leitura das obras destes autores atestava

> a opinião de que o mais difícil – contrariamente às aparências – é escrever a história imediata, contemporânea. Não só porque é inevitável um comprometimento direto nos acontecimentos, mas também porque é mais difícil (por mais paradoxal que isto possa parecer) dispor de fontes, mais ou menos elaboradas, no próprio momento do acontecimento do que mais tarde (SCHAFF, 1995, p. 11).

Estas dificuldades com as fontes e sua pouca sistematização foram para nós um desafio que enfrentamos a todo o momento nesta pesquisa e nem só a sua não-elaboração como também a falta de certeza de ter elencado e acessado todos os documentos relativos à temática.

Destes pontos de vista, questionávamos a validade do estudo de um período histórico compreendendo duas décadas e no qual estivemos efetivamente implicados. Talvez este fator seja responsável pelo obscurecimento de elementos importantes da análise, mas não do registro, e, se isso acontecer, ainda assim, se justifica esse relato histórico enquanto registro aproximado do acontecimento, que poderá ser reelaborado em outros momentos, por outros pesquisadores.

Tentando ampliar o horizonte e visualizar a possibilidade de realização de um trabalho mesmo tendo como fonte a história presente, entendemos com Thompson (1981, p. 50), apesar de este autor referir-se ao conhecimento histórico como aquele conhecimento alcançado pela pesquisa do passado humano, que o

> conhecimento histórico é, pela sua natureza, (a) provisório e incompleto (mas não por isso inverídico), (b) seletivo (mas não por isso, inverídico), (c) limitado e definido pelas perguntas feitas à evidência (e os conceitos que informam essas perguntas), e, portanto, só "verdadeiro" dentro do campo assim definido.

Desta forma, e nos limites que sabemos colocados a uma pesquisa desta natureza, avaliamos ser possível contar esta história presente e fazer uma aproximação relativamente fiel da sua verdade.

É ainda Thompson (1981, p. 51) que nos diz que sempre renovadas perguntas podem ser feitas à evidência e elas podem trazer à luz novos níveis da evidência. Entretanto, isto não pode significar "que os próprios acontecimentos passados se modifiquem a cada investigador, ou que a evidência seja indeterminada". Assim, embora outras perguntas e outros níveis de abrangência possam ser formulados sobre este objeto, é possível partir desta primeira versão e, progressivamente, ir aprofundando o conhecimento e o desvendamento desta realidade.

Nestes termos pensamos poder localizar o trabalho que desenvolvemos em uma perspectiva histórica, mas salientando que se trata de uma elaboração realizada a partir do acontecimento presente, reportando-se, quando muito, ao passado próximo. Por isso, há que se tomar tal trabalho como uma primeira aproximação e narração sobre o processo histórico de construção das diretrizes curriculares para a enfermagem brasileira.

Parece-nos que o grande desafio que se coloca ao pesquisador é buscar, para além de um dado objetivo, a verdade que ele esconde, entendendo que nem sempre o que observamos e conseguimos conhecer de um determinado objeto constitui efetivamente toda a sua realidade.

Esta constatação não significa que estejamos fadados a conhecer partes da realidade que nunca chegarão a compor um todo. Pelo contrário, pensamos que significa o esforço de quem, ao se debruçar sobre um objeto, mantém-se alerta e consciente de que a realidade não se explicita espontaneamente. O esforço de que é preciso sempre fazer novas indagações, buscando a construção do conhecimento que não está dada em definitivo, mas que se vai processando à medida que vamos desvendando e conhecendo a realidade.

No que toca ao sujeito que se propõe a estudar um determinado objeto, Neto (1998, p. 52) lança a advertência de que "o que garante o êxito da pesquisa, da investigação, é a riqueza cultural do sujeito que pesquisa". O autor chama a atenção de que não é a extensão do conhecimento teórico-metodológico, por si, que garantiria tal êxito. Assim, um sujeito pode dominar amplamente as categorias de um determinado referencial teórico-metodológico, mas os questionamentos que ele se coloca estão estreitamente ligados à ignorância em relação ao objeto eleito para a pesquisa ou, ainda, a não-aproximação às leituras que já foram efetuadas sobre tal objeto.

Ao trazermos a afirmação do autor acima, de que o domínio de um determinado referencial teórico-metodológico não garante o êxito da pesquisa, não estamos afirmando que não importa a adesão ou não a uma determinada corrente de pensamento na produção de conhecimento, nem mesmo que a busca do rigor metodológico seja desnecessária. Quando elaboramos nossas questões de pesquisa, elas já trazem em si elementos que nos localizam em um referencial ou em outro. Ou, como afirma Rochabrún (1977, p. 13), "la definición del objeto incluye ya una perspectiva, inherentemente".

Por outro lado, admitimos que não faremos uma exposição do referencial que pensamos estar sustentando nossa trajetória por entendermos que a exposição do método ou a profissão de fé a um determinado corpo de conhecimentos não se constitui em garantia de sua pertinência à busca das respostas às questões formuladas, nem que ele será usado em coerência com a teoria que lhe está subjacente ou mesmo que se pode constituir em um capítulo descritivo compondo o trabalho, mas que não se relaciona com o restante da pesquisa. De acordo com Rochabrún (1977), o método tem que se adequar ao objeto. Ele não pode ser elaborado *a priori*, para depois enquadrar o objeto sob sua elaboração. O método não existe fora do conteúdo. Ele é a maneira como o conteúdo se vai revelando e assumindo forma através da investigação.

Ainda, em relação a esta temática, as considerações de Löwy (2000) nos parecem oportunas quando o autor lança mão da alegoria do mirante para tratar da relação sujeito e conhecimento. Assim, quanto mais alta a localização no mirante maior se torna a possibilidade de conhecer a verdade. Para ele existe uma parte da realidade que é acessível a todos ou uma "zona de consensos" na qual os fatos são objetivamente perceptíveis na sua imediaticidade. No processo de pesquisa, ao sujeito pesquisador cumpre romper com esta zona da imediaticidade e ascender aos pontos mais altos do mirante. Porém, não se trata de um deslocamento físico, mas de um movimento tornado possível a partir da visão de mundo que o sujeito desenvolveu em sua trajetória histórica. Esta visão de mundo está estreitamente relacionada à vinculação de classe à qual o pesquisador, também historicamente, pode se associar. Assim, parece que somos capazes de ascender a determinados pontos dos quais lançaremos nosso olhar sobre o objeto, dependendo de nossas possibilidades intelectuais e de nosso posicionamento de classe. Esta afirmação levanta alguns problemas que precisam ser discutidos e que se relacionam com a temática da objetividade e da neutralidade.

A polêmica entre neutralidade e objetividade nos parece que está na base das duas discussões anteriores (os requisitos para uma pesquisa histórica e a relação sujeito/objeto na produção do conhecimento). De nosso ponto de vista, um dos possíveis elementos a colocar em questão a possibilidade ou não do conhecimento do tempo presente e a forma da relação sujeito/objeto é a busca da neutralidade na construção do conhecimento, entendendo que ela seja a única possibilidade de atingir a objetividade. Neste aspecto nos valeremos das elaborações de Löwy (2000) para pensarmos esta relação.

Conforme este autor, o pressuposto da neutralidade axiológica na produção do conhecimento é herdeiro da ruptura operada na passagem do mundo feudal para o mundo capitalista, quando as ciências da natureza se puderam desvencilhar da dependência

> para com as ideologias religiosas ou éticas do passado. É neste momento que se desdobra o grande combate da filosofia do iluminismo contra os preconceitos, isto é, o obscurantismo clerical, o fanatismo religioso, os argumentos de autoridade, o dogmatismo escolástico, e que constitui, sob sua forma mais acabada, o modelo científico-natural de objetividade (LÖWY, 2000, p.198).

O mesmo autor ainda afirma que o modelo científico natural, que tem como um "ideal epistemológico uma ciência livre de ideologias, julgamentos de valor ou pressuposições políticas,

isto é, uma ciência axiologicamente neutra" (LÖWY, 2000, p. 198), pode ser atribuído, até certo ponto, à realidade das ciências da natureza e ressalva o autor que é somente até certo ponto porque as condições sociais e as opções políticas determinam grande parte do que se encontra antes e depois da pesquisa. Para ele, desde a seleção do objeto da pesquisa até "a aplicação técnica das descobertas científicas dependem dos interesses e concepções de classes e de grupos sociais que financiam, controlam e orientam a produção científico-natural, assim como da ideologia ou visão social de mundo dos próprios pesquisadores" (LÖWY, 2000, p. 199).

Nesta perspectiva, não se questiona a *validade* ou a verdade objetiva do conhecimento produzido a partir dos pressupostos das ciências naturais, embora os envolvidos no processo – pesquisadores, financiadores, estejam imersos em suas concepções de mundo particulares (LÖWY, 2000).

Na particularidade das ciências sociais, afirma Löwy (2000), não há como se valer dos mesmos pressupostos da ciência natural. Nelas as opções ideológicas acabam condicionando desde a escolha do objeto até a

> própria argumentação científica, a pesquisa empírica, o grau de objetividade atingido e o valor cognitivo do discurso: elas conformam não somente os quadros exteriores da pesquisa, mas também sua estrutura interna, sua veracidade, seu valor enquanto conhecimento objetivo da realidade (LÖWY, 2000, p. 199).

Assim, para o autor,

> [...] é o conjunto do processo de conhecimento científico social desde a formulação das hipóteses até a conclusão teórica, passando pela observação, seleção e estudo dos fatos, que é atravessado, impregnado, "colorido" por valores, opções ideológicas (ou utópicas) e visões sociais de mundo (LÖWY, 2000, p. 203).

Da mesma maneira é o entendimento de Saviani (1997b), que afirma ser a neutralidade impossível, uma vez que não existe conhecimento desinteressado. "Não obstante todo conhecimento ser interessado, a objetividade é possível porque não é todo interesse que impede o conhecimento objetivo. Há interesses que não só não impedem como exigem a objetividade" (SAVIANI, 1997b, p. 13).

Thompson (1981, p. 52), discutindo a influência dos valores na pesquisa histórica, afirma que é preciso distinguir o que são afirmações baseadas em conhecimentos científicos daquelas baseadas em valores. Entretanto relativiza: não

> me sinto nada constrangido pelo fato de que, ao apresentar os resultados de minha própria pesquisa histórica, formulo juízos de valor quanto a processos passados, seja de maneira clara e incisiva, seja na forma de ironias e apartes. Isto é adequado porque o historiador examina vidas e escolhas individuais e não apenas acontecimentos históricos (processos).

Löwy (2000, p.204), afirma que, para evitar equívocos na produção do conhecimento, é preciso aceitar que há um momento de relativismo nesta produção.

> O "momento relativista" significa que todo conhecimento da sociedade, da economia, da história, da cultura é relativo a uma certa *perspectiva*, orientada para uma certa visão social de mundo, vinculada ao ponto de vista de uma classe social em um momento histórico determinado (LÖWY, 2000, p. 204).

Ressalta, porém, que este relativismo não pode ser tomado como absoluto e que é preciso "reconhecer que certos pontos de vista são relativamente mais favoráveis à verdade objetiva que outros, que certas perspectivas de classe permitem um grau relativamente superior de conhecimento que outras" (LÖWY, 2000).

Retomando a alegoria do mirante utilizada pelo autor, ele afirma que não somente o observatório incide na capacidade intelectual do pintor (pesquisador), como também sua forma de olhar e a sua arte de pintar. Ao referenciar a forma de olhar, salienta que não apenas a posição de classe é relevante na produção do conhecimento, mas também

> outras pertinências sociais *não-classistas* relativamente autônomas com relação às classes sociais: nacionalidade, geração, religião, cultura, sexo. Sua visão é desviada também por sua vinculação a certas categorias sociais (burocracia, estudantes, intelectuais, etc.) ou a certas organizações (partidos, seitas, igrejas, círculos, confrarias, cenáculos) (LÖWY, 2000, p. 213).

Ainda, para o autor, na ciência há uma arte de pintar que é própria ao cientista, mas que tem princípios comuns que devem ser seguidos por todos. Tais princípios podem ser exemplificados pela intenção da verdade, "a busca do conhecimento como objetivo em si, a recusa de substituir este objetivo por finalidades extracientíficas", a "liberdade de discussão e de

crítica, a confrontação permanente e pública das teses e interpretações científicas" (LÖWY, 2000, p. 214). Todos os pesquisadores, independente de sua visão social de mundo, devem ter clara a necessidade de provar suas afirmações, não a partir de testemunhos isolados, mas pelos documentos pertinentes.

E finaliza apontando o último elemento a se considerar em relação à autonomia relativa da ciência, ou seja: "as qualidades individuais do 'pintor', sua criatividade, imaginação, rigor, inteligência ou sensibilidade" (LÖWY, 2000, p. 216).

Desta forma, entendemos que, se há implicações efetivamente colocadas pela localização de classe que temos, pela nossa potencialidade analítica, que podem diminuir a clareza de nossas análises, entendemos também que o esforço deliberado pelo desvendamento objetivo de nosso objeto e a exposição dos resultados à crítica podem se constituir em suporte na realização de nossas conclusões e afirmações.

Feitas estas considerações sobre alguns elementos imbricados na problemática da produção do conhecimento, avaliamos ser necessário explicitar os aspectos que estarão sustentando as análises que elaboraremos a respeito das diretrizes curriculares para a formação do enfermeiro no Brasil. A intenção é demarcar as categorias do pensamento que estarão orientando o seu movimento. Assim, podemos partir de uma concepção que tome o objeto como auto-explicável ou de outra que o explique a partir de um complexo de relações com o contexto em que ele se situa. Neste sentido, a palavra contexto que figura neste estudo merece algumas considerações. Contexto, conforme o dicionário da língua portuguesa, dentre outras significações, refere-se ao conjunto, ao todo, à totalidade (FERREIRA, 1999). Assim, quando advogamos a necessidade de considerar o contexto em que foram elaboradas as diretrizes curriculares para a formação do enfermeiro no Brasil, estamos buscando garantir que este objeto de pesquisa não seja tomado como um fato isolado, dado que ele, na sua especificidade, carrega elementos da realidade que condicionam a forma como aconteceu a reformulação, o seu conteúdo e também os possíveis encaminhamentos para a formação.

As análises que serão empreendidas buscarão captar o movimento entre aquilo que é específico, em nosso caso a legislação da graduação em enfermagem, e aquilo que é geral, ou seja, os condicionantes do campo da economia, da política, das relações sociais que configuram, em nosso entendimento, o contexto em que as diretrizes curriculares foram elaboradas. Assim, será preciso estabelecer relações entre o movimento do capital neste final de século XX, que teve

como característica a sua internacionalização através da eliminação das barreiras impostas pelos Estados nacionais na chamada globalização e as mudanças que serão propostas para a educação superior no Brasil.

Além desse aspecto, outro adquire relevância na relação entre países centrais e periféricos, qual seja, a atuação das organizações financeiras multilaterais representadas em maior amplitude pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Mundial. Estas agências foram portadoras de estratégias eficazes na condução das reformas "necessárias" aos países periféricos e tiveram um papel decisivo no que toca à educação superior. Neste sentido, sua abordagem se constitui em elemento importante para compreender a educação superior[1] e a educação em enfermagem.

Outra questão que se coloca no cenário se refere aos movimentos desencadeados no mundo do trabalho. Neste aspecto adquire relevância a chamada revolução tecnológica, as mudanças nos processos, nas relações de trabalho, elementos estes que teriam desencadeado novas demandas aos espaços de formação.

Assim, o capital mundializado, o papel das agências financeiras multilaterais, a reconfiguração do papel das economias nacionais periféricas tendo como sustentáculo ideológico o neoliberalismo, as mudanças na educação superior e as do mundo do trabalho, configuram-se em elementos do contexto em que localizamos a educação superior de enfermagem e sua mais recente reformulação legal.

Entendemos que a temática da educação superior na qual se localiza a educação superior em enfermagem, mais especificamente seu nível de graduação, é constituinte de um espaço amplo no qual se encontram as políticas sociais. Neste sentido, ganha relevância o encaminhamento que o Estado propõe a estas políticas, a depender da correlação de forças entre as classes ou frações de classe que o constituem.

Por *políticas sociais* estamos compreendendo as estratégias levadas a efeito pelo Estado para o enfrentamento dos problemas sociais, nos quais a educação e a saúde são dois importantes campos de proposição e implementação. Concordamos com Soares (2001), que as políticas sociais têm um papel central na resolução dos problemas sociais intensificados pelos ajustes impostos (e aceitos) pelos Estados, agravando a crise social que experimentamos. Entende a autora que as políticas sociais compõem o conjunto das "Políticas Públicas às quais todos os

[1] Á denominação de educação superior está embasada na nomenclatura da LDB 9394/96 (Lei de Diretrizes e Bases), apesar de referir-se na maioria das vezes neste texto à educação que tem lugar nos cursos de graduação.

cidadãos têm direito, e não apenas os programas residuais e tópicos de enfrentamento da pobreza" (SOARES, 2001, p.13). Assim, parece que a educação superior não deixa de compor o amplo quadro das políticas sociais.

As políticas educacionais explicitam as estratégias oficiais no campo educacional. A política educacional, conforme Nagel (2001, p. 99), "é um conjunto de medidas agilizadas e sistematizadas pelo governo para atuar, com maior eficiência, nos mecanismos de produção, distribuição e consumo de bens já instituídos ou em constante renovação". Ressalta a autora que as políticas educacionais não devem ser confundidas com a "etapa de normatização, com atividades de elaboração e/ou de aplicação de uma determinada regulamentação" (NAGEL, 2001, p.99). Contudo, entendemos que este processo (elaboração, aplicação de uma regulamentação) expressa em alguma medida elementos das políticas educacionais, ou seja, ele as materializa explicitando os encaminhamentos oficiais para o campo educacional. Embora a formulação, aplicação dos documentos legais para a educação superior tenha centralidade neste estudo, eles não podem ser tomados isolados das políticas educacionais levadas a efeito pelo Estado brasileiro na década de 1990.

Ganha relevância ainda a direção das ações estatais quando propõe estas políticas. Para Nagel (2001), o Estado expressa a organização da sociedade e suas práticas sociais. Ao fazer isso, "ele não só capta e expõe, ao longo do tempo, as transformações operadas na base do trabalho, como processa a viabilização das relações econômicas, comandando a indispensável harmonização entre interesses conflitantes e/ou diversos da mesma classe ou de classes distintas" (NAGEL, 2001, p. 100). Neste estudo, a atuação oficial/estatal nos parece central para compreender os encaminhamentos dados à educação superior, principalmente em seu papel de mediador dos interesses entre as classes sociais e os interesses dos setores produtivos no interior do Estado capitalista brasileiro.

Além desses aspectos que são gerais e demarcam o campo em que o objeto se situa, outros mais particulares ainda precisam ser discutidos, entre eles a questão do trabalho do enfermeiro, que é uma categoria fundamental para nos posicionar em um ou outro ponto de partida e, portanto, de chegada. Sistematizando uma reflexão sobre o trabalho do enfermeiro que pudesse servir de fio condutor da análise sobre o que se espera da formação, um primeiro aspecto que se apresenta é a necessidade de explicitar o que estamos tomando como trabalho. Assim, é preciso registrar que o trabalho, nesta elaboração, se configura no elemento distintivo do homem em sua

relação com a natureza, ou seja, o trabalho enquanto enfrentamento do homem diante da natureza no processo de produção da sua existência. Partimos, portanto, da idéia de que o elemento que distingue o homem dos demais animais é o trabalho, ou, como afirmam Marx e Engels (1996, p. 27):

> pode-se 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.

São os mesmos autores que dizem que eles não partiriam dos

> homens pensados, imaginados ou representados para, a partir daí, chegar aos homens em carne e osso; parte-se dos homens realmente ativos e, a partir do seu processo de vida real, expõe-se também o desenvolvimento dos reflexos ideológicos e dos ecos desse processo de vida [...]. Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência (MARX; ENGELS, 1996, p. 37).

Assim, em Marx e Engels (1996, p. 50) encontramos ainda que o "trabalho como criador de valores-de-uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem, - quaisquer que sejam as formas de sociedade, - é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza, e, portanto, de manter a vida humana".

Essa compreensão do trabalho é fundamental para pensarmos que a prática do enfermeiro é trabalho, é uma prática socialmente necessária, uma prática social. Apesar disso, é preciso caracterizar esta prática na organização econômica específica que é a capitalista. Nela, aquele trabalho como trabalho útil e indispensável adquire outras especificidades a partir do momento em que é fator desencadeante da produção de mais-valia.

Muitas objeções poderiam ser direcionadas a tal concepção, como, por exemplo, a de que o enfermeiro não trabalha sobre um determinado elemento da natureza e que trabalhamos com o ser humano, que não se confunde com aqueles demais elementos. Entretanto, no desenvolvimento da humanidade, a atividade de atendimento das necessidades de cuidado foi se diferenciando e, de um trabalho doméstico e assistemático, adquiriu conotação profissional, elaborando, assim,

uma prática social através da qual os enfermeiros produzem e reproduzem a sua vida material e espiritual.

Outro aspecto do trabalho do enfermeiro é que ele não produz uma mercadoria que pode ser comercializada, tampouco um produto acabado ao final de sua ação. Ao mesmo tempo, nas relações de trabalho, ao dispor da sua força de trabalho no mercado, esta sim se torna uma mercadoria pela qual há um equivalente na forma de salário. Daí que o trabalho do enfermeiro, apesar de não ter como fim um produto material, tem muitas dimensões do trabalho produtivo.

Desta forma, a categoria trabalho é importante para apontarmos o nosso entendimento da enfermagem. Ao tomarmos a enfermagem como trabalho, estamos afastando concepções que a consideram como sacerdócio, vocação, caridade, embora estes elementos subsistam na prática da enfermagem – talvez como uma forma de obscurecimento das objetivas condições de sua realização. Assim, cumpre registrar um possível entendimento do que seja a enfermagem. Neste particular, pensamos que, dentre as elaborações até o momento construídas pelos autores da área, Almeida; Rocha (1997) e Dornelles (1995) são as que se apresentam de forma mais coerente com o entendimento da enfermagem como trabalho. Para Almeida; Rocha (1997, p. 18), a enfermagem é

> 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 (cuidado de enfermagem?) 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.

Em Dornelles (1995, p. 105), a enfermagem

> é 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.

Estas duas formulações nos parecem complementares, pois enquanto Almeida; Rocha (1997) inserem o trabalho feminino para a produção da existência, a questão do conhecimento, do objeto de trabalho e a finalidade do trabalho, Dornelles (1995) insere a perspectiva de classe que nos parece importante em qualquer análise da prática da enfermagem.

Outro elemento necessário para analisar o processo de reformulação da graduação em enfermagem é o entendimento do que seja a formação do enfermeiro. Neste sentido, pressupomos que esta formação é um movimento em que o sujeito se aproxima do campo da saúde, se insere em uma de suas áreas – a da graduação em enfermagem – e se apropria de um cabedal de conhecimentos, práticas, atitudes, valores que lhe dão condições de atender ou de desempenhar ações de saúde desde aquelas de promoção, prevenção, enfocando processos saudáveis, até os processos terapêuticos relativos à doença instalada.

Afastando as discussões a respeito de como se processa esta formação, ou seja, quais os processos pedagógicos mais adequados, entendemos que a área implica a apropriação de conhecimentos, de conteúdos que não podem ser negligenciados sob pena de colocar em dúvida a qualidade do sujeito a ser formado e em risco a vida das pessoas com as quais ele se defrontará no exercício da profissão.

Assim, uma formação consistente requer profundo contato com o saber sistematizado, historicamente construído; um profundo contato com os espaços em que acontece a prática profissional; o envolvimento com a pesquisa; o despertar obrigatório da atitude questionadora; a possibilidade de reconhecimento das condições sócioeconômicas que produzem muitas das doenças; o reconhecimento da importância da atuação como forma de forçar alterações que não passam apenas pelas questões específicas da área da saúde e da educação; reconhecimento da necessidade do aporte das Ciências Humanas e Sociais e um tempo adequado para o processo de formação.

Diante desses apontamentos entendemos que uma teoria que poderia dar suporte a estas elaborações seria a teoria histórico-crítica. Esta teoria entende que o ensino se identifica com a transmissão, difusão de conhecimentos. Assim, Saviani (1997a, p. 75), adverte que longe de secundarizar os conhecimentos descuidando de sua transmissão, a educação deve considerar a "difusão de conteúdos, vivos e atualizados, uma das tarefas primordiais do processo educativo em geral e da escola em particular".

Na enfermagem há que se ter momentos de formação que sejam alicerçados no alcance dos conhecimentos que a área foi construindo ao longo de seu desenvolvimento histórico, pois só a partir daí é possível o profissional exercer sua criatividade, elaborar outras sínteses, apresentar outras soluções aos problemas que a prática lhe impõe. Afora isso, como poderá o enfermeiro enfrentar sua prática? Muitas vezes esse processo poderá parecer mecânico, mas sem desenvolver

esta "mecanicidade" não poderá desprender-se do imediato e atingir níveis mais elevados de reflexão sobre o fazer o que caracterizaria um nível superior de liberdade.

Tomando como exemplo a comparação de Saviani (1997b), um aprendiz de motorista de automóvel só adquire autonomia/liberdade quando é capaz de realizar todos os movimentos necessários ao ato de dirigir – segurar o volante com a mão esquerda, segurar o câmbio com a mão direita, pisar na embreagem com o pé esquerdo e tirar o pé direito do acelerador, tudo de forma sincronizada. A partir daí ele pode se libertar dessas ações "mecânicas" e desenvolver amplamente a habilidade de dirigir.

É possível afirmar que, na formação, em muitos momentos, esse processo de repetição de ações é essencial na aquisição da habilidade, como por exemplo, no exame físico de enfermagem, que é uma das bases para o planejamento da assistência. Somente após sucessivos processos de avaliação clínica, tendo desenvolvido solidamente os instrumentos dessa avaliação – inspeção, ausculta, percussão e palpação, o aluno e o enfermeiro terão desenvoltura para planejar uma assistência coerente com as necessidades de assistência daquela pessoa. Nesta avaliação, o aluno e o enfermeiro não lançarão mão apenas do conhecimento técnico que é muito importante, mas buscarão soluções com base em outras ciências, compreendendo que aquele sujeito tem uma específica inserção na sociedade e que ele pode ser atendido tanto com procedimentos técnicos como com orientações que seguirá depois que sair da situação de cuidado institucionalizado ou sistematizado.

Apropriar-se deste variado número de conhecimentos não é uma atitude simples e fácil, implicando persistência. Como nos diz Saviani (1997b), adquirir o *habitus* exige tempo e esforços que nem sempre se constitui em uma situação agradável ou totalmente prazerosa. "Adquirir um habitus significa criar uma situação irreversível. Para isso, porém, é preciso insistência e persistência; faz-se mister repetir muitas vezes determinados atos até que eles se fixem" (SAVIANI, 1997b, p. 26). Com isso não estamos sugerindo que a atividade pedagógica implica sempre sofrimento, mas que a compreendemos como trabalho e, como tal, requer esforço seja físico ou intelectual. A atividade mental não é inata, ela requer treino, exercício, disciplina, esforço.

Não pretendemos com isso oferecer uma fundamentação teórica às práticas pedagógicas da enfermagem que têm sido realizadas de forma mecânica, repetitiva, descontextualizada, numa relação professor/aluno autoritária, chegando, em alguns casos, ao constrangimento gerador de

sofrimento psíquico. O que estamos pontuando é que, em nossa área, por mais aberta que possa ser a relação pedagógica, ela exige persistência, perseverança, repetição, o que não significa a transmissão, pura e simples de conhecimentos desconexos e fragmentados, como alertou Saviani (1997a).

Diante destes apontamentos, poderíamos afirmar com Saviani (1997b, p. 28) 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 de relações pedagógicas, historicamente determinadas que se travam entre os homens.

Feitos estes apontamentos esclarecendo algumas categorias que estão norteando nosso pensamento, passaremos adiante para aqueles aspectos que podem ser caracterizados como "mais operacionais" em uma investigação. São estes aspectos que estamos denominando de caminhos e meios utilizados na investigação.

1.2 CAMINHOS E MEIOS UTILIZADOS NA INVESTIGAÇÃO

Para tratar do contexto do objeto da pesquisa nos valeremos das contribuições de outros autores, pois entendemos que estudiosos das áreas da economia, da política, da sociologia, já elaboraram consistentes análises sobre as quais possamos nos apoiar para abordar estas temáticas. Neste aspecto, nos sustentamos em Löwy (2000, p. 215), quando diz que há que se considerar a tradição cultural que se refere a "um conjunto de obras, um saber acumulado que serve de ponto de partida necessário para toda produção nova".

Os elementos de contexto são o panorama geral de nossa tese, o que não implica uma análise que dê conta de todos os aspectos envolvidos em cada um dos itens abordados, o que, dada a nossa formação, seria uma tarefa um tanto difícil. Assim, tratar de aspectos da política e da economia não quer significar que esta tese seja um trabalho desses campos, mas que partimos do pressuposto de que eles são fundamentais para entender e analisar nosso objeto específico.

Além disso, e tentando alcançar um panorama geral do que se tem produzido até o momento sobre a temática, ao mesmo tempo em que buscamos nos aproximar de uma maior riqueza em relação ao objeto (NETO, 1998), fizemos busca nos catálogos de teses e dissertações do CEPEn (Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem), nos quais se encontram teses produzidas pela enfermagem desde a década de 70. Iniciamos a busca tendo como limite o ano de 2000, em função de que a discussão sobre diretrizes curriculares ganhou maior espaço na enfermagem a partir de 1999. Portanto, anteriormente a este ano pouco se teria produzido especificamente sobre a temática. Apesar disso, muitos textos produzidos anteriormente, abordando a formação do enfermeiro, também foram acessados.

A pesquisa teve como fonte os documentos da área que se referem à formação desde a década de 80 e, mais detidamente, na década de 90, a partir de 1999, quando foi constituída a comissão de especialistas que se encarregou de elaborar a primeira versão das diretrizes curriculares para a enfermagem. Assim, um primeiro documento utilizado foi à proposta preliminar da primeira comissão de especialistas de enfermagem que foi apresentada no ano de 1999 em uma oficina de trabalho organizada pela ABEn Nacional, em Brasília. Utilizamos a Carta de Florianópolis, a segunda proposta de diretrizes curriculares, protocolada pela segunda comissão de especialistas de enfermagem, a versão de diretrizes que foi discutida na audiência pública em junho de 2001, o Parecer nº 1133/2001-CNE, que apresentou as diretrizes curriculares para enfermagem, medicina e nutrição e a Resolução nº 03/2001-CNE, que instituiu as diretrizes curriculares para a formação do enfermeiro no Brasil.

Além dos documentos específicos da enfermagem, utilizamos os documentos do Ministério da Educação que orientaram todo o processo de reforma da educação superior no Brasil, na década de 90, como a Lei Federal nº 9131/1995, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Federal nº 9394/96), Parecer nº 776/97-CNE, Edital nº 04/1997-MEC, o Modelo de Enquadramento das Diretrizes Curriculares proposto pelo MEC; Parecer nº 583/2001-CNE.

Outra fonte que avaliamos importante para esta busca, foram os Relatórios e Anais dos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil – Senadens (1º Senaden - Rio de Janeiro; 2º Senaden - Florianópolis; 3º Senaden - Rio de Janeiro; 4º Senaden – Fortaleza; 5º Senaden – São Paulo; 6º Senaden – Teresina; 7º Senaden – Brasília; 8º Senaden – Vitória, em 1994, 1997, 1998, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, respectivamente), além de outros documentos da Associação Brasileira de Enfermagem sobre a graduação em enfermagem.

Produzimos, ainda, para subsidiar a pesquisa, quatro documentos obtidos em entrevistas com os componentes da comissão de especialistas de enfermagem do período de 2000 a 2001, também conhecida como a segunda comissão de especialistas de enfermagem, da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação - SESu/MEC, que atuou no processo de discussão e construção do documento final. A realização das entrevistas visou ao preenchimento de algumas lacunas evidenciadas na reconstrução histórica através dos dados que foram sistematizados na pesquisa documental.

Na análise dos documentos relacionados à educação superior e as diretrizes curriculares da enfermagem, organizamo-los em ordem cronológica e fomos, num primeiro momento, identificando o movimento de supressão e inserção de textos e partes de textos até chegar ao documento final que foi aprovado em novembro de 2001 (Anexo A). Quando dessa análise, muitos pontos não eram esclarecidos, bem como surgiam os questionamentos sobre a supressão/inserção de elementos. Em cada ponto em que isso acontecia íamos formulando perguntas. Estas perguntas compuseram o instrumento de entrevista com o qual nos orientamos para o contato com a comissão de especialistas de enfermagem. Assim, nosso instrumento de coleta de dados não foi um instrumento com questões encadeadas, com uma seqüência lógica. Ele é um construto específico para atender dúvidas específicas que surgiram da análise documental (Anexo B).

Caracterizamos as entrevistas realizadas como entrevistas semi-estruturadas. Para definí-las nos valemos das elaborações de Triviños (1987, p. 146) quando o autor afirma que, na entrevista semi-estruturada, partimos de "questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante". Salienta o autor que as questões que compõem a entrevista semi-estruturada não nasceram *a priori*. "Elas são resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importantes seus contatos, inclusive realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas" (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Após este processo de elaboração do instrumento, iniciamos o contato com os membros da segunda comissão de especialistas de enfermagem e realizamos quatro entrevistas abarcando todos os sujeitos dessa comissão que atuaram no processo. Nossos entrevistados foram orientados

para a liberdade de responder ou não as perguntas, bem como assinaram termo de consentimento em participar do estudo, e foram alertados sobre o caráter público das informações, resguardadas as manifestações de nomes nos documentos obtidos após a transcrição das suas falas.

Da exploração dos documentos (documentos internos à enfermagem, documentos sobre as reformas curriculares na educação superior, anais e relatórios dos Senadens e entrevistas com a comissão de especialistas) pudemos reconstituir o processo histórico da discussão e elaboração das diretrizes curriculares, tema do capítulo III, bem como os princípios e encaminhamentos que se encontram no capítulo IV.

A análise dos documentos até a configuração do que foi aprovado se constitui em momento importante para buscar estabelecer as relações com os temas que identificamos como constituintes do contexto, compreendendo em que medida eles são condicionantes, mas não descuidando de perceber o movimento interno seja da enfermagem, seja dos espaços formais em que as discussões ocorreram. Este cuidado se justifica no entendimento de que não há uma determinação externa e primeira que condicione os fatos de forma que eles se dêem de uma única e possível maneira. Se há uma condicionalidade do contexto, há também resistências e releituras a partir da especificidade do momento histórico, da correlação das forças que atuam em determinado momento.

2 O CONTEXTO HISTÓRICO EM QUE FORAM ELABORADAS AS DIRETRIZES CURRICULARES DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Para analisar o processo histórico de discussão, elaboração e aprovação das diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil, seus condicionantes e desdobramentos, é preciso configurar o contexto ou os cenários em que este objeto se insere e, a partir daí, poder estabelecer os nexos e correlações com este contexto.

As diretrizes curriculares são a expressão legal da formação na graduação em enfermagem, na década de 90 e início do século XXI. Uma análise sobre tal objeto não poderia ser bastante explicativa se fugisse do contexto sóciopolítico e econômico que conformou este momento histórico impregnado de acontecimentos que, sem dúvida, fazem jus a uma virada de século. Assim, não é possível realizar tal análise sem nos reportarmos ao cenário do capital internacionalizado ou globalizado, da crise por que passaram e passam as economias periféricas neste final de século, em particular a crise brasileira que teve como um de seus desdobramentos efetivos a reordenação do papel do Estado com fortes repercussões nas políticas públicas, dentre elas as da educação superior, o papel que organismos multilaterais desempenharam nas economias periféricas como a brasileira que também tem sido determinante na configuração dos caminhos ou dos descaminhos da educação superior e, um último, mas não menos importante elemento, que nos parece completamente imbricado, principalmente nos dois primeiros, é o das nomeadas mudanças nos processos produtivos, nas relações e nos processos de trabalho que estariam demandando a formação de um outro trabalhador.

2.1 A ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E ECONÔMICA MUNDIAL

Definir o que se tem denominado de globalização parece-nos uma tarefa cheia de armadilhas. Seja pelo fato de que é um tema controvertido, contraditório e sobre o qual não há ampla convergência de significação; seja porque, a depender do caminho que se trilhe, inevitavelmente se desemboca em um labirinto no qual a possibilidade de atuação, defesa e desenvolvimento das economias nacionais torna-se impossível, como parece que têm sido as conclusões a que chegaram alguns países periféricos como o Brasil.

Diante disto, tendo claro os limites desta elaboração, a intenção é trazer este cenário, apresentado o tema e alguns de seus autores bastante expressivos, não tendo, contudo como foco esgotá-lo, dado que não se constitui no objeto central desta tese, para ela concorrendo na medida em que se torna elemento explicativo das mudanças da educação superior no Brasil de fins do século XX.

É possível perceber, em primeiro lugar, ao nos reportarmos à globalização, que o que está implicitamente colocado é, na verdade, o movimento de mundialização, internacionalização ou transnacionalização do capital, penetrando nos diferentes espaços geográficos e influenciando modos de vida e decisões econômicas dos lugares em que se instala (IANNI, 2001).

Assim, a configuração do capitalismo tem dado forma a todos os espaços da vida humana, sendo que, no momento atual, sua forma de organização e expansão tem sido caracterizada como globalização ou mundialização que, na afirmação de Ianni (2001, p. 177), expressa o movimento de internacionalização do capital.

> O capital, sob formas novas e renovadas, desenvolveu-se e fortaleceu-se assinalando a sua lógica pelos quatro cantos do mundo. No fim do século XX adquire características propriamente globais. Nas últimas décadas desse século dissolvem-se muitas fronteiras entre os mercados financeiros nacionais, e emerge um verdadeiro mercado global de capital.

Fiori (2002, p. 28), citando um economista americano, chama a atenção para a sua referência à globalização. Ele diz que o termo foi cunhado por americanos para dissimular a política de entrada econômica daquele país "nos outros países, e para tornar respeitáveis os movimentos especulativos de capital, que sempre são causa de graves problemas".

No ideário da globalização não deixa de estar presente ainda o movimento de consagração da hegemonia capitalista a partir da queda do bloco soviético que, em certa medida, oferecia um contraponto ao capitalismo. Neste sentido, está implícita a idéia de que o capitalismo é o modo de produção para sempre necessário, o que se constata nas elaborações teóricas que acreditam ser este o fim da história. Assim, Fiori (2002, p. 28) nos diz que

> a idéia do "fim da história" transformou-se, com o tempo, numa espécie de selo comemorativo da derrota soviética, enquanto a palavra "globalização" ocupava, cada vez mais, na década de 1990, o lugar aberto pela crise das ideologias clássicas. A palavra foi cunhada na década anterior, no campo da administração de empresas, mas só nos anos 90 se difundiu pelo mundo inteiro, transformando-

> se num lugar comum de enorme conotação positiva. Apesar da visível imprecisão conceitual, mesmo no campo acadêmico, transformou-se em palavra-síntese que se propõe designar, diagnosticar e explicar, ao mesmo tempo, todas as transformações vividas pelo sistema econômico capitalista e pela ordem política internacional, nos últimos 25 anos do século XX.

Este autor ressalta que a palavra globalização tem sido utilizada também no meio acadêmico com pouca rigorosidade, não se afastando, portanto, do senso comum. Adverte que nenhuma outra palavra nesta década alcançou tanta difusão e causou tanta confusão teórica. No entanto, sua "verdadeira força situa-se no campo mágico ideológico, em que se transformou numa espécie de último refúgio das esperanças coletivas, e 'abra-te sésamo' das coisas inexplicáveis". Ele identifica quatro conotações que acompanharam a palavra "globalização no debate político-econômico da década de 1990, transformando-a no carro-chefe das políticas neoliberais" (FIORI, 2002, p. 29).

> A primeira idéia associada vulgarmente à palavra globalização é de que ela é um produto natural das forças de mercado. Uma nova configuração da economia mundial gerada pela "terceira revolução" tecnológica – microeletrônica e informacional – e pelo aumento da extensão e intensidade da competição empresarial à escala global. Trata-se, portanto, de uma realidade econômica necessária e irrecusável para qualquer governante dotado de um mínimo de realismo e bom senso e que, além disso, não queira ser jogado no ostracismo da história (FIORI, 2002, p.29).

Em outro texto, Fiori (1998) aborda estas quatro conotações no que chamou de três "mitos"[1]. Sobre o mito de que a globalização seria o produto natural das forças do mercado, esclarece que isto não se sustenta, ao passo que ela é muito mais o movimento pela manutenção da hegemonia norte-americana, a partir de alguns acontecimentos que colocavam em cheque o padrão dólar. Para ele, hoje já temos um conhecimento acumulado que permite ter uma consciência bastante nítida do papel "cumprido pelas pressões políticas dos países industrializados e dos organismos internacionais na crescente homogeneização das políticas econômicas e reformas liberais em curso nos países em desenvolvimento" (FIORI, 1998, p. 244). É de grande importância, ainda, o movimento americano no sentido de recuperar o valor da moeda dólar, a partir da derrota desta potência na guerra do Vietnã.

[1] Também HIRST; THOMPSON (2001) trazem a discussão da globalização como sendo um mito. Mais adiante apresentaremos as idéias destes autores.

Ele afirma que o fenômeno atualmente em curso é, simultaneamente um processo político e econômico e que, se há verdade em dizer que a globalização é obra dos mercados, é também preciso deixar claro que

> sua verdadeira direção e significado vêm sendo dados pelas opções político-ideológicas de algumas poucas potências mundiais. Neste sentido, trata-se de um fenômeno ininteligível se não tivermos em conta, de um lado, a economia e, do outro, o movimento simultâneo de reconstrução imperial da ordem mundial onde, ao contrário do que muitos afirmam, as taxas de câmbio e juros flexíveis devolveram um poder ainda maior ao governo norte-americano do que ele havia tido no período de vigência do padrão dólar-ouro (FIORI, 1998, p. 245).

Uma segunda idéia que surgiu com o advento da palavra globalização é a de que a revolução tecnológica e a globalidade do capitalismo foram capazes de gerar uma '"nova economia', em que o aumento constante da produtividade permite pensar que o capitalismo tenha alcançado uma etapa na qual desapareceriam seus ciclos e suas crises" (FIORI, 2002, p. 29).

Em relação a este segundo "mito" sobre a globalização, adverte que ela é um fato, mas que nada tem de global. Na verdade, o que se tem presenciado é uma distância cada vez maior entre nações centrais e periféricas, sinalizando claramente a divisão entre países e classes do ponto de vista da distribuição da renda, da riqueza e do emprego.

O terceiro ponto apresentado por ele se refere ao diagnóstico de que a globalização seja

> um processo universal, inclusivo e homogeneizador. Para os que pensam assim, trata-se de um fenômeno efetivamente "global" e de uma promessa de desenvolvimento e aumento da participação dos países mais pobres na riqueza mundial: a realização final da utopia econômica liberal, ou livre-cambista, de Adam Smith e David Ricardo (FIORI, 2002, p. 30).

Uma quarta conotação atribuída ao sentido da palavra é que a "globalização promoveria uma redução pacífica e positiva da soberania dos Estados Nacionais [...] Significaria o fim dos Estados Nacionais, com a absorção de toda a raça humana nas fileiras das nações desenvolvidas" (FIORI, 2002, p. 30). Sobre tal aspecto lembra que os Estados nacionais estão na mesma origem do sistema capitalista e que os mesmos sempre tiveram sua articulação assimétrica e hierarquizada em torno de algumas potências hegemônicas, hegemonia esta conseguida pela força militar, política ou econômica. Assim, é fácil entender que o processo de globalização

esteja afetando tão amplamente estas instituições que ele diz que em muitos casos foram apenas "quase estados". Assim,

> se, por um lado, muitos estados vivem hoje crises terminais, alguns poucos vêm se fortalecendo significativamente e agregando graus de soberania interna e externa. E, entre estes dois extremos, a grande maioria de "quase estados" enfrenta hoje uma "janela de oportunidades" e não apenas uma alternativa no caminho de sua inserção nesta nova ordem mundial emergente (FIORI, 1998, p. 248).

Desta forma, se, com a globalização, dado o caráter de internacionalização do capital, haveria a supressão da forma de organização político, social e econômica hegemônica, baseada nos Estados nacionais, esta idéia se enfraqueceria com as elaborações acima. É possível ver que, embora haja mudanças nas relações internas e externas desses Estados, principalmente daqueles localizados na centralidade do sistema, eles não deixaram de ser elementos essenciais no próprio processo de internacionalização, criando as garantias internas desse processo e empurrando os limites colocados para o movimento de internacionalização. Ou como diz Chesnais (1997, p. 16) a

> mundialização do capital e a pretensão do capital rentista de dominar o movimento do capital na sua totalidade não eliminam a existência dos estados nacionais, aos quais cabe mais do que nunca, a tarefa de "retomar" a defesa da propriedade privada. Mas, ao mesmo tempo que esses processos acentuam os fatores de hierarquização entre países, redesenham a sua configuração. Aprofundou-se ainda mais o abismo entre os países que participam, mesmo que de forma marginal, na dominação econômica e política do capital monetário rentista e aqueles que sofrem tal dominação. Mas a mundialização e o atual triunfo da especulação também foram acompanhadas por modificações nas relações de classe, como relações internas das burguesias imperialistas.

Coggiola (1997), citando Amin[2] (1995), fala que a mundialização deve ser aceita como um processo econômico, mas que, no plano sociopolítico enfrenta a contradição da sobrevivência dos Estados nacionais. Informa ainda, segundo as elaborações do mesmo autor, que a:

> mundialização fez com que o espaço econômico não coincidisse mais com a sua gestão política e social. Nos sistemas produtivos nacionais encontramos

[2] AMIN, S. La sfida della mondializzazione. Milão: Ponto Rosso, 1995.

> cada vez mais os elementos de um sistema produtivo mundializado. No entanto, o Estado, instrumento indispensável da regulação social e política e, ao mesmo tempo, do compromisso social interno e da sua interação com o externo, permaneceu sendo o Estado nacional, sem que haja realmente se iniciado a sua superação ao nível da consciência cultural e política (COGGIOLA, 1997, p. 116).

Hirst; Thompson (2001) questionam a inexorabilidade da globalização como processo que não deixaria margem para intervenção dos Estados nacionais. Eles chamam de "mito" a globalização como é concebida por seus defensores. Sustentam esta afirmação sobre cinco aspectos. Um primeiro deles é que a internacionalização da economia já teve precedentes desde que se iniciou o desenvolvimento tecnológico industrial e sua generalização. Para os autores, a economia internacional em certos aspectos "atualmente é menos aberta e integrada do que o regime que prevaleceu de 1870 a 1914"; um segundo aspecto seria a existência efetiva de empresas genuinamente internacionais. Eles afirmam que as empresas têm, na maioria das vezes, uma forte base nacional e comercializam "multinacionalmente fundadas em uma maior localização nacional da produção e das vendas"; um terceiro elemento é que "a mobilidade do capital não está produzindo uma transferência maciça de investimentos e de empregos dos países avançados para os países em desenvolvimento" (HIRST; THOMPSON, 2001, p. 15). Há uma concentração do capital nos países industrializados com a permanência do Terceiro Mundo na marginalidade; um quarto aspecto é que a economia mundial está distante de ser global com os fluxos de comércio permanecendo concentrados na Europa, Japão e América do Norte; um quinto e último aspecto é o do poder que este grupo tem para coordenar os fins da economia.

> Os mercados globais de modo algum estão, assim, fora da regulação e do controle, ainda que o alcance atual e os objetivos da governabilidade econômica sejam limitados pelos interesses divergentes das grandes potências e pelas doutrinas econômicas que prevalecem entre suas elites (HIRST; THOMPSON, 2001, p. 15).

Os autores ainda afirmam que

> a visível perda do controle nacional, a maior incerteza e imprevisibilidade das relações econômicas e a rápida mudança institucional foram um choque nas mentes condicionadas a acreditarem que pobreza, desemprego e ciclos econômicos poderiam ser controlados ou eliminados em uma economia de mercado baseada no lucro. Se o consenso difundido nas décadas de 50 e 60 era de

> que o futuro pertencia ao capitalismo sem perdedores, seguramente administrado por governos nacionais atuando em conjunto, as décadas posteriores de 80 e 90 são dominadas por um consenso baseado em suposições contrárias, de que os mercados globais são incontroláveis e de que o único caminho para evitar tornar-se um perdedor – seja como nação, empresa ou indivíduo – é ser o mais competitivo possível. A noção de uma economia mundial ingovernável é a resposta para o colapso das expectativas geradas pelo keynesianismo e tornadas mais sóbrias pelo fracasso do monetarismo em fornecer uma rota alternativa para a prosperidade de base ampla e para o crescimento estável. **A "globalização" é um mito conveniente a um mundo sem ilusões, mas é também um mito que rouba a esperança** (grifo nosso). Os mercados são dominantes, e não enfrentam ameaça alguma de um projeto político contrário viável, pois está se considerando que a democracia social ocidental e o socialismo do bloco soviético acabaram (HIRST; THOMPSON, 2001, p. 20).

Concluímos com Fiori (1998, p. 26) quando diz que

> a globalização, apesar de ser um neologisno muito pouco preciso, aponta para um processo de transformações cujas origens e conseqüências são muito mais complexas, por envolver inúmeras dimensões não-econômicas num intrincado processo de decisões privadas e públicas tomadas na forma de sucessivos e inacabados desafios e ajustes. Neste sentido, a globalização é, sem dúvida uma realidade política, cultural e econômica que vai nascendo às costas dos produtores e dos governos, mas é também o resultado de decisões políticas e econômicas tomadas de forma cada vez mais concentrada por alguns oligopólios e bancos globais e alguns poucos governos nacionais. Em síntese, não se trata de um processo que derive apenas do progresso técnico ou da evolução competitiva dos mercados, como é visível em alguns de seus momentos e inflexões mais importantes.

Há, entretanto, autores que sinalizam na direção de uma globalização diversa da até aqui exposta, salientando que é possível entrever movimentos positivos a ela imbricados. Exemplos são autores como Boaventura de Souza Santos e Milton Santos.

Boaventura de Souza Santos (2001) defende a idéia de que há em processo o que ele chama de "globalização contra-hegemônica", exemplificando tal processo com os movimentos populares locais que tendem a estabelecer redes globais de interação, desencadeando, então, movimentos contra-hegemônicos. Como exemplo fala do Fórum Social Mundial de Porto Alegre em contraposição ao Fórum Econômico Mundial de Davos, este último sendo a reunião dos grandes comandantes mundiais que lá se imbuem da prerrogativa de decidir o futuro da humanidade.

Ele salienta que estas lutas que acontecem no nível local em vários países

> as quais, ao se articularem com outras no seu cotidiano, no seu modo de formular os problemas, de organizar as lutas, de estabelecer as agendas políticas, etc., articulam-se com outros grupos e, ao fazê-lo, globalizam. Pelo contrário, é uma lógica emancipatória, não necessária e explicitamente anti-capitalista: em alguns casos sê-lo-á, em outros não; em alguns casos se designará como socialista, em outros nem isso, mas é sempre algo alternativo à situação presente de globalização hegemônica (SANTOS, B., 2001, p. 18-19).

Milton Santos parece desenvolver raciocínio semelhante ao defender a tese de que é preciso implementar uma outra globalização. O autor concorda que ideologicamente se sustenta a falácia da integração que ocorreria com a globalização, quando efetivamente o que se verifica é a exclusão extensiva de grupos e nações, caracterizando a globalização como uma fábrica de perversidades com aumento da fome, desemprego, doenças novas e velhas compondo o cenário nosológico mundial, mortalidade infantil que permanece e a educação de qualidade cada vez mais inacessível. Santos, M., (2001) diz que, na base dessa evolução negativa da humanidade, encontra-se uma perversidade sistêmica guardando relação "com a adesão desenfreada aos comportamentos competitivos que atualmente caracterizam as ações hegemônicas. Todas essas mazelas são direta ou indiretamente imputáveis ao presente processo de globalização" (SANTOS, M., 2001, p. 20).

Apesar disso, o autor pensando no que ele chama de plano empírico e teórico salienta que é possível ver no plano empírico, fatos novos "indicativos da emergência de uma nova história" (SANTOS, M., 2001, p. 20). Estes novos fatos poderiam ser exemplificados pela mistura de povos, nações, culturas e gostos nos diferentes pontos do planeta. Além disso, pode-se ver também, "a 'mistura' de filosofias, em detrimento do racionalismo europeu" (SANTOS, M., 2001, p. 21).

Já no plano teórico, vê a possibilidade de "produção de um novo discurso, de uma nova metanarrativa, um novo grande relato. Esse novo discurso ganha relevância pelo fato de que, pela primeira vez na história do homem, se pode constatar a existência de uma universalidade empírica" (SANTOS, M., 2001, p. 21).

Ele ressalta, mais adiante, que, para se compreender a globalização é preciso considerar o estado das técnicas e o estado da política. Assim, a globalização perversa até agora existente foi resultado de escolhas políticas e aí reside o salto para uma outra globalização, utilizando as técnicas em favor do homem. Assim, para ele

> um mercado global utilizando esse sistema de técnicas avançadas resulta nessa globalização perversa. Isso poderia ser diferente se seu uso político fosse outro. Esse é o debate central, o único que nos permite ter esperança de utilizar o sistema técnico contemporâneo a partir de outras formas de ação (SANTOS, M., 2001, p. 24).

Não nos sentimos à vontade para estabelecer uma análise comparativa entre as visões a respeito do tema da globalização que se apresentam diversas e até divergentes. De um lado, os críticos que vêem nela seus aspectos perversos e poucas possibilidades de positividade, de outro, aqueles que buscam na internalidade do movimento as fendas que poderiam ser usadas para pensar estratégias alternativas. Em nossa possibilidade de reflexão, diríamos que estas fendas podem trazer esperanças e ajustes, mas se não partirem da ruptura das bases que sustentam o modo como produzimos e que está na base da globalização, será difícil que se constituam em fendas de transformação. Por outro lado, há o movimento contraditório da história que não produz apenas efeitos lineares, podendo significar a produção de outras formas de compreender e intervir a partir da globalização cultural, por exemplo. Talvez seja este o aspecto que possa ser observado como positivo em todo este processo.

Entretanto, há que relativizar os discursos apologéticos, o que não é a postura de nenhum dos autores aqui utilizados, da globalização, entendendo-os no seu real potencial de oferecimento de alternativas efetivamente globais e coletivas. Fizemos um esforço de deixar claro que o movimento de globalização não teve em sua gênese mudanças também nas bases relacionais no campo econômico. Portanto, mantém processos de exploração na conhecida relação entre economias centrais e periféricas, exploração potenciada, no momento, pela facilidade de circulação do capital financeiro, de idéias e informações.

No que nos toca especificamente, ou seja, pensar sobre as formulações oficiais para a educação em enfermagem expressa nas diretrizes curriculares, todo este movimento é relevante, pois, na base do discurso para a mudança nos documentos legais, a globalização tem certa centralidade. Fazemos tal afirmação tendo como referência os textos legais que sustentam que a formação deve considerar “os desafios das rápidas transformações da sociedade”, por exemplo, (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001a,b). Estas rápidas transformações nos parecem relacionadas com a rápida veiculação de idéias e informações características do movimento de globalização.

Internamente, a enfermagem passou a incorporar e a expressar o discurso da globalização a partir do Quarto Senaden, quando, na apresentação do evento, afirmava-se que

> A organização do mundo globalizado modifica de modo marcante a vida cotidiana de cada um de nós e onde quer que estejamos, seja na grande metrópole ou nos rincões que até bem pouco tempo se mantinham alheios ao que se passava pelo mundo. Hoje a internet liga o homem do campo à bolsa de valores de Tóquio, on line, o profissional de saúde escondido no Amazonas, às mais avançadas bibliotecas. Estas mudanças afetam a sociedade como um todo, o mundo do trabalho, as profissões e as maneiras de atuar e formar profissionais (SEMINARIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 4, 2000, p. 21).

Ou, ainda, no discurso da então presidenta da ABEn, quando afirmava que "na educação, a enfermagem depara-se com a necessidade de mudar dentro de uma sociedade global" (VALE, 2000, p. 35). Portanto, trata-se de um marco explicativo para as mudanças que iriam ser propostas a partir das reformulações advindas dos órgãos oficiais.

No jogo de relações entre os países centrais e os periféricos, tem ganhado relevância, ainda, o papel desempenhado pelas organizações financeiras internacionais. Essas organizações se colocaram no centro do processo de articulação desse "novo mundo" globalizado, desempenhando o papel de orientadores das relações econômicas, dado que, teoricamente, não haveria mais a hegemonia das nações ditas desenvolvidas, industrializadas:[3]

> Nas últimas décadas do século XX, corporações transnacionais, bem como o FMI, o BIRD e a União Européia, entre outras organizações multilaterais e transnacionais, passam a desempenhar um papel crescente e decisivo na institucionalização e dinamização da economia de mercados, voltada ao capitalismo, nas ações que havia desenvolvido sistemas econômicos centralmente planificados; sistemas estes considerados básicos para a construção da sociedade socialista (IANNI, 2001, p. 181).

[3] É possível atestar a necessidade de relativizar essa afirmação, quando o governo Fernando Henrique Cardoso, ao enviar uma missão ao FMI, em agosto de 2002, tinha como principal empecilho para liberação de ajuda do FMI para ajustar a economia brasileira, uma declaração do Secretário do Tesouro Americano, dando conta de que não há seriedade nos gastos do dinheiro emprestado pelo FMI ao Brasil, sendo desviados para contas na Suíça. Chama a atenção que essa declaração tenha feito disparar o preço do dólar no Brasil, ameaçando a "estabilidade" da moeda brasileira e que o Brasil ficou na dependência da retratação do Secretário americano para que as negociações com o Fundo evoluíssem. Isso nos alerta para o fato de que as categorias centro/periferia, nações hegemônicas e nações subordinadas, no limite, ainda são condicionantes das decisões externas e internas.

Na perspectiva de Ianni (2001, p. 186), essas organizações estariam atuando no que chamou de confluência entre Estados nacionais e corporações transnacionais. Para ele, embora elas sejam

> instituídas em termos multilaterais, o que significa a participação ativa dos Estados, essas organizações contemplam crescentemente os interesses e os papéis das corporações. As organizações multilaterais, enquanto estruturas mundiais de poder, desenvolvem suas atividades reconhecendo também as transnacionais como estruturas mundiais de poder. Assim, a interdependência e o imperialismo são recriados e superados pelo globalismo (IANNI, 2001, p. 186).

Porém, se é preciso repensar a forma de relações entre nações centrais e periféricas, é possível ainda concordar com Fiori (2002) que, referindo-se a informes do BIRD, BID, ONU e do FMI, afirma que a

> globalização está concentrando a riqueza e a renda pessoal em todo o mundo, mesmo nos países desenvolvidos. Além disso, está criando uma massa crescente de "excluídos", sem nenhum tipo de perspectiva ou horizonte de melhoria de suas vidas. Em síntese, pelo menos nesses seus primeiros trinta anos de idade, a globalização não foi global e vem apresentando sinais evidentes de ser cada vez menos inclusiva e convergente, do ponto de vista das classes sociais e das nações (FIORI, 2002, p. 27).

Lander (2001), discutindo as finalidades e intencionalidades da produção e reprodução dos conhecimentos que tem como ambiente as instituições universitárias, sugere que é importante, para tratar desta questão, ter presente as ameaças com que se defronta atualmente a humanidade e, muito em particular, as maiorias subordinadas e/ou excluídas do Sul do planeta. Assim, identificou os efeitos perversos da globalização que está conduzindo à chamada sociedade do mercado, apontando os eixos que ilustram esse tema. O primeiro é o de que há uma polaridade exacerbada da riqueza; o segundo é o de que o desenvolvimento econômico ameaça a vida no planeta; o terceiro é a destruição do que resta natural (recursos naturais e conhecimentos dos povos aborígines, dos campesinos e demais populações que ainda não foram plenamente colonizadas pelo Ocidente) pelo processo de globalização; em quarto lugar, a concentração política nos centros hegemônicos e, em quinto lugar, a patologização e criminalização da dissidência, da anomalia ou resistência. Para Lander (2001), em nome da luta contra o terrorismo e o narcotráfico, os Estados Unidos, sozinhos ou em parceria com seus aliados da OTAN,

tomaram para si como legítimo o direito de intervir em "qualquer rincão do planeta por meio dessa nova modalidade que já não pode ser chamada de guerra, na qual uma parte entra com os aviões, os mísseis e as bombas e a outra, com os mortos" (LANDER, 2001, p. 49).

Estes desdobramentos que são na verdade o efeito da forma de organização social que temos experimentado, estão indissoluvelmente associados

> às tendências atuais do processo de globalização, caracterizado pela hegemonia da cosmovisão liberal, que naturaliza seu modelo de vida não somente como o único desejável, mas também como o único possível. É, pois, imprescindível explorar, como se vai estruturando esse modelo de globalização. A nova hegemonia liberal realiza-se em um momento histórico que corresponde a supremacia econômica, militar e cultural dos Estados Unidos. Nessas condições, o que se naturaliza e se pretende universalizar é, mais do que a sociedade capitalista, com sua ampla diversidade de expressões históricas, um único modelo particular: aquele que veio se consolidando nos Estados Unidos nas últimas décadas, como conseqüência do avanço da agenda política da nova direita, desde a época de Ronald Reagan até o presente (LANDER, 2001, p. 50).

Lander (2001), conclui sua idéia afirmando que o mercado desponta não apenas como organizador de um aspecto da vida coletiva, mas como princípio organizador do conjunto da vida coletiva, passando de uma economia de mercado para uma sociedade de mercado.

Para as nações periféricas parece que a globalização tem um aspecto no qual se pode afirmar que houve efetivamente internacionalização. Conforme Fiori (1998), podemos afirmar que o que concretamente ocorreu de globalização foi o processo de globalização financeira. Este processo teria se efetivado a partir de 1986 nos países da América Latina e se caracterizou pela abertura dos mercados nacionais. Assim, os países latino-americanos até que tiveram sucesso em seus planos de estabilização econômica, em função de que os gerentes dos principais centros de decisão financeira do mundo se deslocaram para os mercados chamados "emergentes", atraídos pela "desregulação, eliminação de barreiras à entrada e saída instantânea dos investidores, recursos naturais próprios, privatização e algumas das mais altas taxas de juros do mundo" (FIORI, 1998, p. 150).

Para garantir que este processo se efetivasse, pensamos que um elemento foi decisivo. Referimo-nos ao papel desempenhado pelos organismos multilaterais agindo como porta-vozes do capital financeiro, de algumas nações centrais, principalmente os Estados Unidos, e definindo os caminhos que nossos Estados deveriam percorrer. Conforme afirma Ianni (2001, p. 193),

> as políticas de "modernização" e "racionalização", assim como as de "desregulação", "desestatização" e "liberalização" preconizadas pelo FMI e o BIRD,[4] juntamente com as corporações transnacionais, em geral secundados por ideólogos do neoliberalismo, significam também a criação de condições para a realização do excedente econômico potencial.

Ainda, conforme o mesmo autor, estas corporações "são organizações multilaterais empenhadas na preservação, consolidação e generalização dos mercados nacionais, regionais e mundiais, além de sua missão de guardiãs do capital em geral" (IANNI, 2001, p. 190).

Afonso (2001), ao abordar como as organizações que surgem com a globalização e outras que já existiam influenciam na reconfiguração do papel do Estado, afirma que é preciso aceitar que uns países em maior amplitude e outros em menor se confrontam hoje com a emergência de novas organizações e instâncias de regulação supranacional tais como as ONGs, Mercosul, Organização Mundial do Comércio, União Européia. Estas se juntam hoje

> a outras organizações que já não são recentes, mas que continuam a ser muito influentes (Banco Mundial, OCDE, FMI), sendo que elas têm sempre implicações diversas, entre as quais, [...], aquelas que directa ou indirectamente ditam os parâmetros para a reforma do Estado nas suas funções de aparelho político-administrativo e de controlo social, ou que induzem em muitos e diferentes países a adopção de medidas ditas modernizadoras que levam o Estado a assumir também, de forma mais explícita, uma função de mediação, de adequação às prioridades externamente definidas ou, mesmo, de promoção das agendas que se circunscrevem a ditames mais ou menos ortodoxos da fase actual de transnacionalização do capitalismo e de globalização hegemônica (AFONSO, 2001, p. 24).

Ele também admite que o papel do Estado está sendo redefinido em função da globalização cultural e da transnacionalização do capitalismo, aceita que é preciso pensar além do espaço nacional quando se estudam as políticas educacionais, mas ressalta que é necessário observar que, quando nos referimos à "crise do Estado-nação", é preciso ter cuidado para não cairmos no discurso da "morte anunciada do Estado como organização política, nem o

[4] "O FMI e o BIRD fazem parte das estratégias de planejamento governamentais. Criados nos fins da década de 40 e engajados ativamente em projetos de desenvolvimento econômico planificado em países do então Terceiro Mundo. Fortalecer as economias dos países dominantes e desenvolver as dos que compunham o Terceiro Mundo, principalmente a Índia, a África do Sul e o Brasil, entre outros estrategicamente situados no mundo capitalista, produzia vários resultados importantes: reduziam-se ou controlavam-se tensões sociais potencialmente revolucionárias em países subdesenvolvidos; e dinamizava-se o capitalismo como um todo, fortalecendo-o em face do mundo socialista" (IANNI, 2001, p. 188).

anacronismo da idéia ou do ideal de nação". Chama a atenção para o fato de que, ainda hoje, muitos povos têm que lutar para o reconhecimento de seus Estados nacionais e soberanos. Além disso, traz para a discussão uma idéia que nos parece de extrema importância para pensarmos nos limites e possibilidades do papel do Estado ainda hoje. Ele diz que

> a chamada crise do Estado-nação é também uma crise ideologicamente construída, na medida em que nem todos os Estados nacionais são igualmente afectados pela globalização, e nem todos cumprem (ou estão destinados a cumprir) os mesmos papéis nos processos de transnacionalização do capitalismo; é também uma crise ideologicamente construída porque, dependendo das perspectivas teórico-conceptuais adoptadas, embora o Estado permaneça como realidade política, são cada vez mais retóricas do que reais as hipóteses de resistir à globalização econômica, política e cultural quando se pensa neste mesmo Estado como principal ou único mobilizador nacional de processos contra-hegemônicos (AFONSO, 2001, p. 19).

Apesar de todas estas relativizações, Afonso (2001) ainda nos adverte para o fato de que embora não se possa dizer e constatar que há definitivamente o "esvaziamento da autonomia relativa do Estado-nação moderno, não podemos, ainda assim, deixar de considerar que essa autonomia relativa está sendo cada vez mais desafiada e constrangida pelos processos de globalização e de transnacionalização do capitalismo" (AFONSO, 2001, p. 23).

Trouxemos esta problemática com a intenção de mostrar que há, sim, um processo de pressão econômica efetivamente colocando limites à atuação do que temos chamado de Estados nacionais, mas que, como nos mostram os autores acima, há também possibilidades de enfrentamento, a depender do projeto nacional que os dirigentes têm para seus países. Assim como mostra Fiori (1998), muitos Estados (como alguns países asiáticos), apesar das condicionalidades externas, foram capazes de ancorar-se em projetos políticos próprios e proteger em grande medida suas economias, inclusive desenvolvendo-as. Assim, a atribuição da inércia política ou a justificação de projetos e atitudes danosas socialmente, como tem sido a de muitos governos periféricos nos últimos anos, precisa ser investigada, uma vez que se trata também de escolhas e não de uma determinação inexorável. Como visto acima, os Estados nacionais ainda cumprem importante papel no cenário da economia mundializada.

Quanto ao papel dos organismos financeiros internacionais, é clara sua atuação pressionando os Estados para a abertura ao capital e empurrando os limites que possam ser colocados por eles. A afirmativa de que é preciso garantir um espaço para a atuação dos Estados

é importante para a defesa destas economias colocando limites para a intervenção daqueles organismos.

2.2 A MUDANÇA NA CONFORMAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO

Para o objeto desta pesquisa, a orientação das agências multilaterais tem importância potenciada, uma vez que ela se localiza na intersecção de dois setores nos quais a presença destes organismos tem sido avaliada como amplamente determinante. Na educação superior, como na área da saúde, vários autores têm mostrado o papel desempenhado por estas instituições.[5] Contudo, como vimos anteriormente, um dos elementos definidores da entrada segura destas instituições foi a atuação dos Estados na criação de condições internas para a penetração do capital financeiro nas chamadas economias emergentes. Assim, organismos multilaterais e Estados nacionais nos parece que foram protagonistas fundamentais na criação das condições necessárias à expansão do capital financeiro, inserindo os Estados nacionais na globalização. No plano ideológico este conjunto de ações têm sido caracterizado como de caráter neoliberal.

Chauí (1997, p. 1) data e localiza o que chamamos hoje de neoliberalismo. A autora diz que ele

> nasceu de um grupo de economistas, cientistas políticos e filósofos, entre os quais Popper e Lippman, que em 1947, reuniu-se em Mont Saint Pélérin, na Suíça, à volta do austríaco Hayek e do norte-americano Milton Friedman. Esse grupo opunha-se [...] ao surgimento do estado de Bem-Estar de estilo keynesiano e social-democrata e à política norte-americana do New Deal. Navegando contra a corrente das décadas de 50 e 60, esse grupo elaborou um detalhado projeto econômico e político no qual atacava o chamado Estado Providência com seus encargos sociais e com a função de regulador das atividades do mercado,

[5] A análise da atuação das agências financeiras multilaterais como Banco Mundial e Bird e das instituições internacionais como ONU, Unesco, OMS, entre outras, pode ser encontrada nos trabalhos de Nogueira (1999); Rizzotto (2000); Silva (2002); Mattos (2001); Tommasi; Warde; Haddad (2003). Na formação em enfermagem, a mais recente relação com estas agências foi o Programa Profae (Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem) que foi implementado com parte dos recursos proveniente do Banco Mundial. Este projeto está a carecer de uma análise mais acurada, explicitando as positividades e negatividades que ele potencializou. Nos fóruns de discussão da enfermagem, algumas falas têm lançado a hipótese de que ele foi um importante cenário de atuação das escolas privadas acessando os recursos, ou seja, foi um bom incentivo à privatização do recurso público na formação profissional.

> afirmando que esse tipo de estado destruía a liberdade dos cidadãos e a competição sem as quais não há prosperidade.

As idéias destes autores permaneceram sem ressonância até a crise do capital da década de 70 com as baixas taxas de crescimento e altas taxas de inflação. A partir de então, suas idéias passaram a ser ouvidas, pois ofereciam explicação para a crise que seria causada pelo poder "excessivo dos sindicatos e dos movimentos operários que haviam pressionado por aumentos salariais e exigido o aumento dos encargos sociais do Estado" (CHAUÍ, 1997, p. 1).

Conforme a mesma autora, as propostas do grupo de Mont Pélérin eram:

> 1) um Estado forte para quebrar o poder dos sindicatos e movimentos operários, para controlar os dinheiros públicos e cortar drasticamente os encargos sociais e os investimentos na economia; 2) um Estado cuja meta principal deveria ser a estabilidade monetária, contendo os gastos sociais e restaurando a taxa de desemprego necessária para formar um exército industrial de reserva que quebrasse o poderio dos sindicatos; 3) um Estado que realizasse uma reforma fiscal para incentivar os impostos sobre o capital e as fortunas, aumentando os impostos sobre a renda individual e, portanto, sobre o trabalho, o consumo e o comércio; 4) um Estado que se afastasse da regulação da economia, deixando que o próprio mercado, com sua racionalidade própria, operasse a desregulação; em outras palavras, abolição dos investimentos estatais na produção, abolição do controle estatal sobre o fluxo financeiro, drástica legislação anti-greve e vasto programa de privatização. O modelo foi aplicado, primeiro no Chile, depois na Inglaterra e nos Estados Unidos, expandindo-se para todo o mundo capitalista (com exceção dos países asiáticos) e, depois da "queda do muro de Berlim", para o Leste europeu. Esse modelo político tornou-se responsável pela mudança da forma de acumulação do capital, hoje conhecida como "acumulação flexível" e que não havia sido prevista pelo grupo neoliberal. De fato, este propusera seu pacote de medidas na certeza de que abaixaria a taxa de inflação e aumentaria a taxa do crescimento econômico. A primeira aconteceu, mas a segunda não porque o modelo incentivou a especulação financeira em vez dos investimentos na produção; o monetarismo superou a indústria. Donde fala-se em "capitalismo pós-industrial" (CHAUÍ, 1997, p. 1-2).

Coggiola (2001, p. 41-2) informa, em relação ao neoliberalismo, que

> um consenso se estabeleceu em denominar "neoliberalismo" as políticas, de privatização econômica e destruição das conquistas sociais, implementadas na Europa desde finais da década de 1970, nos Estados Unidos desde o governo de Ronald Reagan, na América Latina pós-ditaduras militares, enfim na ex-União Soviética e na Europa Oriental pós -"comunismo". Citando os traços comuns dessas políticas, fala-se em ofensiva "neoliberal" [...]. No caso do Brasil, são qualificados "neoliberais" os principais pontos da reforma constitucional impostos pelo representante oficial do neo-liberalismo no Brasil, Fernando

> Henrique Cardoso, numa explícita vinculação aos ditames do chamado "Consenso de Washington", que são: ajuste fiscal; redução do tamanho do Estado; fim das restrições ao capital externo (eliminar todo e qualquer empecilho ao capital especulativo ou vindo do exterior); abertura do sistema financeiro (fim das restrições para que as instituições financeiras internacionais possam atuar em igualdade de condições com as do país); desregulamentação (redução das regras governamentais para o funcionamento da economia); reestruturação do sistema previdenciário.

Apesar de ter sido com Fernando Henrique Cardoso que o processo se consolidou, no Brasil, a organização do Estado a permitir tal ajuste internacional iniciou-se ainda com o Governo de Fernando Collor de Melo que, após tentativa frustrada de dar novos rumos à economia brasileira, foi obrigado a deixar o governo[6]. Collor encontrou um terreno político propício para seu projeto. Por um lado, suas propostas não ameaçavam as elites conservadoras; pareciam uma luz no fim do túnel para a classe média e para os pobres, pois acenavam com a esperança de verem atendidas as suas necessidades mínimas de existência, principalmente quando bradava em campanha que estaria ao lado dos "descamisados" fazendo um governo para os pobres e que retiraria os privilégios dos "marajás" do serviço público que recebiam altos salários e não trabalhavam. Conforme Cano (2000, p. 228),

> desde a campanha eleitoral de 1989, quando suas falsas promessas e acusações foram ingredientes fortes para iludir o eleitorado, a sociedade brasileira passou a conviver, cada vez mais, com o *engabelo* e a *trapaça*, com a *palavra fácil* das elites políticas dominantes, com suas promessas sem responsabilidade, com suas esfarrapadas desculpas para programas não cumpridos ou para "explicar" atos que, em tempos não longínquos, "não poderiam ser aceitos dentro de um mínimo princípio ético". Seu discurso deixava antever o conteúdo neoliberal e autoritário [...].

[6] Para pensar este momento é preciso retroceder na história e compreender o movimento nos seus aspectos políticos que delinearam a possibilidade da candidatura e eleição de Fernando Collor de Melo aparecendo como o salvador da pátria. Conforme Cano (2000, p.227), a "partir de 1989 ocorre o aprofundamento das crises econômica e política brasileiras, esta última se manifestando pelo desgaste sofrido pela herança deixada pelo regime militar e pelo do próprio PMDB, que foi inflado pelas hostes conservadoras nas eleições de 1986, colhendo os frutos do sucesso temporário do Plano Cruzado. Mal se comemorava a vitória da Constituição de 1988, várias lideranças daquele partido abandonavam-no, em 1989, constituindo o PSDB, com discursos 'progressistas, moralistas e social-democratas'. Isso teria graves conseqüências nas eleições presidenciais em outubro e novembro daquele ano: houve um esfacelamento dos votos das candidaturas do PMDB, do PSDB e de partidos progressistas de menor expressão eleitoral no primeiro turno, onde o aventureiro Fernando Collor, do novo e inexpressivo PRN, e Luís Inácio Lula da Silva, do PT, obtiveram a maioria dos votos. Apoiado pelos principais órgãos de comunicação de massas, Collor venceu a disputa no segundo turno por exígua diferença. A frágil estrutura nacional do PSDB e a dubiedade da maioria de suas lideranças, não apoiando Lula, colaboraram, indiretamente, com essa vitória".

O fracasso da frágil política econômica de Collor após dois planos frustrados, teve, como resultado, a continuidade da estagnação, a perda de salários, o desemprego e o confisco de ativos financeiros, isto aliado ao fato de que, em algumas de suas medidas, havia ameaça a interesses das elites, como projetos de impostos sobre grandes fortunas e o de maior "progressividade ao Imposto Territorial Rural e ao da Propriedade Urbana". Havia também a irritação causada nos banqueiros internacionais, quando acenava com a liberalização da economia, mas ao mesmo tempo afirmava que a dívida externa só seria paga de acordo com a capacidade fiscal do governo (CANO, 2000). Além disso, coroaram este período as investigações da Comissão Parlamentar de Inquérito, que comprovavam a corrupção aberta de seu governo, condenando seu principal agente, Paulo César Farias. Collor finalizou seu mandato após um *impeachment* que também cassou seus direitos políticos por oito anos.

Fernando Collor foi o primeiro representante que efetivamente assumiu uma postura política em acordo com as proposições neoliberais. Para Leher (2003), sua vitória foi fruto de uma fraca coalisão de forças para impedir a vitória do Partido dos Trabalhadores em 1989. Logo que eleito, as fracas coalisões se desfizeram abrindo espaço para o *impeachment*.

Em seu lugar assumiu o vice Itamar Franco, que também era dissidente do PMDB. Seu governo herdou a crise aprofundada por Collor, mas também colheu parcialmente os frutos do início da estabilização entre 1993 e 1994, quando aprofundou a implementação das receitas neoliberais tendo como grande articulador seu Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, que seria, posteriormente, candidato a presidência. Neste momento implementou-se efetivamente o pacote de medidas de liberalização da economia e iniciou-se a inserção do Brasil no "Primeiro Mundo". Fernando Henrique Cardoso elegeu-se Presidente e continuou a implementar sua política de estabilização. A chamada reforma do Estado é afirmação consensual nas análises sobre seu governo, constituindo-se em elemento garantidor da política de abertura da economia ao capital financeiro internacional.

Podemos identificar os enunciados para a reforma do Estado no Brasil na obra de Bresser Pereira; Spink (2001), na qual, ao apresentarem o livro, os autores tinham a preocupação em afastar do leitor a vinculação das reformas pretendidas pelo governo, do ideário neoliberal. Assim, fazem distinções entre as reformas dos Estados neoliberais e os social-democratas, sendo que

> as reformas neoliberais retiraram o Estado da economia, a abordagem social-democrata busca aumentar e aprofundar a governança do Estado, ou seja, sua capacidade financeira e administrativa de transformar em realidade as decisões do governo. **A necessidade de aumentar a eficiência do Estado, é uma imposição do processo de globalização** (grifo nosso), que acirrou a competição entre os países. Em conseqüência, a administração pública burocrática tornou-se obsoleta e as burocracias públicas estão sendo levadas cada vez mais a adotar uma abordagem gerencial, baseada na descentralização, no controle de resultados e não no controle de procedimentos, na competição administrativa e no controle social direto (BRESSER PEREIRA; SPINK, 2001, p. 11).

O texto referenciado é uma coletânea de um seminário que foi realizado pelo autor quando Ministro do Governo Fernando Henrique Cardoso. É possível perceber que há consenso entre os participantes do seminário, de que o Estado mínimo em relação ao mercado não é o que se deseja, porque já se teria constatado que o mercado, por si, não é capaz de garantir a ordem necessária. Para tanto, têm como exemplo as reformas realizadas por Tatcher na Inglaterra. Assim, pensam os autores que um

> Estado não só como garantidor da propriedade e dos contratos, mas também como responsável por políticas sociais e científicas e como representante institucional das relações sociais ainda tem muito a contribuir, embora a sociedade ainda não se tenha acostumado às diferentes formas que essa contribuição pode assumir (BRESSER PEREIRA; SPINK, 2001, p. 11).

E continuam afirmando que

> o debate sobre a reforma do Estado e a melhoria das formas de gestão pública tornou-se um tema fundamental dos anos 90, uma vez que a crise do Estado dos anos 80 e o processo de globalização em curso mostraram ser necessário reconstruir o Estado ao invés de simplesmente reduzi-lo ao mínimo (BRESSER PEREIRA; SPINK, 2001, p. 13).

Implícito à idéia de reconstrução do Estado está o discurso da ineficiência do aparelho estatal que seria pesado, lento e mais caro do que quando deixada à iniciativa privada a tarefa de produção de bens e serviços que seriam até então atividade realizada pelo Estado. Tal postura é identificada na fala do então presidente Cardoso, quando diz que:

> mudar o Estado significa, antes de tudo, abandonar visões do passado de um Estado assistencialista e paternalista, de um Estado que, por força de circunstâncias, concentrava-se em larga medida na ação direta para a produção de

> bens e serviços. **Hoje, todos sabemos que a produção de bens e serviços pode e deve ser transferida à sociedade, à iniciativa privada, com grande eficiência e menor custo para o consumidor** (grifo nosso) (CARDOSO, 2001, p. 15).

Nesta fala do então presidente Fernando Henrique Cardoso, podemos ver claramente o direcionamento que teria a atuação estatal em seu governo. A perspectiva de privilégio do mercado como fornecedor de bens e serviços foi a fórmula principal adotada. Como veremos adiante, este direcionamento teve fortes repercussões na educação superior e para a saúde, setores relacionados a este estudo.

Bresser Pereira explica porque a reforma do Estado é central, justificando que nos países que já experimentaram reformas, apenas o ajuste estrutural não foi capaz de retomar o crescimento. Assim, apesar do ajuste fiscal, da liberação do comércio, da privatização e da desregulamentação, os países não retomaram o crescimento. "Os resultados foram positivos, na medida em que se superaram os aspectos agudos da crise: o balanço de pagamentos voltou a um relativo controle, por toda a parte caíram as taxas de inflação, os países recuperaram pelo menos alguma credibilidade" (BRESSER PEREIRA, 2001, p. 22).

Para ele, a premissa neoliberal que dava suporte aos ajustes de que o Estado mínimo seria o ideal, deixando ao mercado a coordenação da economia, havia provado sua ineficiência. Em primeiro lugar, era insuficiente porque o Estado mínimo não tem legitimidade política. "Não há sequer apoio político para um Estado que apenas acrescente às suas funções as de prover educação, dar atenção à saúde e às políticas sociais compensatórias: os cidadãos continuam a exigir mais do Estado" (BRESSER PEREIRA, 2001, p. 23).

Em segundo lugar, aponta que a afirmação de que as falhas do Estado eram maiores que as do mercado não passavam de dogmatismo. Para ele:

> as limitações da intervenção estatal são evidentes, mas o papel estratégico que as políticas públicas desempenham no capitalismo contemporâneo é tão importante que se torna irrealista propor que sejam substituídas pela coordenação do mercado nos termos sugeridos pelo pensamento neoliberal (BRESSER PEREIRA, 2001, p. 23).

Apesar destas ressalvas aos limites do Estado mínimo do pensamento neoliberal, Bresser Pereira aponta que não se pode deixar de ver que a crise que assolou as economias nos anos 80, exceto países do Leste e Sudeste Asiático, tem como "causa básica" o Estado. "Uma crise fiscal

do Estado, uma crise do tipo de intervenção estatal do Estado" (BRESSER PEREIRA, 2001, p. 23). Assim, se não se deseja um Estado mínimo, entende-se que a crise tem sua causa no Estado e a sua reforma é então a atitude desejada e que será levada a cabo.

> A reforma provavelmente significará reduzir o Estado, limitar suas funções como produtor de bens e serviços e, **em menor extensão, como regulador** (grifo nosso), mas implicará também ampliar suas funções de financiamento de atividades que envolvem externalidades ou direitos humanos básicos e na promoção da competitividade internacional das indústrias locais (BRESSER PEREIRA, 2001, p. 23).

É interessante observar que havia em Bresser Pereira a defesa da idéia de que a reforma também visava proteger o Estado da privatização que ele sofria quando alguns poucos grupos dele se apossavam e o utilizavam em proveito próprio. Tal noção parece estar ligada com a de que as burocracias permitem esta distorção que seria corrigida por uma administração pública gerencial. Assim, muitos eram os benefícios de se reformar o Estado, inclusive afastar-se-ia a corrupção que era a marca dos Estados burocráticos.

Dentre as ações efetivas para a reforma do Estado brasileiro, a privatização das estatais foi uma das principais amparada, embora esse não fosse o discurso oficial, na necessidade de constituição de um Estado mínimo. Entretanto, as privatizações efetivadas no governo Fernando Henrique Cardoso como estratégia de melhorar a atuação do Estado parecem ter se constituído mais em aceitação da agenda externa e muito menos na busca de soluções para os problemas internos, e menos ainda tiveram preocupação com a ruptura com o que Bresser Pereira chamava de patrimonialismo ou da "corrupção inerente aos países periféricos".

Cano (2000), analisando o processo de privatização das estatais brasileiras, constata exatamente o movimento de abertura por parte do governo sem nenhuma preocupação com o retorno ou com as conseqüências do processo para a economia e para a população. Segundo o autor, há, apesar de não terem sido investigados e punidos, denúncias de escândalos envolvendo a Presidência da República no favorecimento de grupos estrangeiros durante as privatizações; a utilização de recursos públicos para financiamento da compra das próprias estatais como o dinheiro do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), do Banco do Brasil; a aceitação de "moedas podres" nos leilões que normalmente valem muito menos que o valor pelo qual foram comercializadas; o gasto com o que chamou de "preparação da noiva para as bodas", ou

seja, o saneamento da estatal para que pudesse ter maior aceitação no mercado; a dificuldade resultante de regulamentação dos serviços das estatais privatizadas que acabam agindo como bem entendem e prestando o serviço com a qualidade que decidem ser a mais lucrativa, restando ao consumidor o ônus de todo o processo; há ainda o agravante de que a privatização se concentra no setor de serviços que quase não gera divisas e ainda remete lucros com efeitos nocivos e permanentes; para os trabalhadores, a privatização tem sido sentida imediatamente com a demissão e com a terceirização (CANO, 2000). Enfim, para Cano (2000, p. 250),

> A reforma do Estado, tanto no que se refere à sua administração quanto à privatização de suas empresas, resultou no desmantelamento de seus principais órgãos decisórios de planejamento, e na redução da capacidade efetiva de formular políticas de desenvolvimento.

A questão que nos surge de imediato, ao ver que as privatizações, de fato, não significaram aporte de recursos nem influenciaram no desenvolvimento do país, pelo contrário, foram elementos a mais a complicar o quadro econômico, é: *Qual o papel que elas desempenharam então*? A resposta a esta questão pode ser encontrada em Fiori (1998), quando diz que o que foi realmente decisivo no quadro das reformas neoliberais nos países latino-americanos foram a desregulamentação dos mercados financeiros e a abertura comercial e bancária das economias. Para ele, a quebra dos monopólios estatais e as privatizações que aconteceram após o sucesso das medidas econômicas "não têm conseguido estabilizar, nem de longe, uma situação de equilíbrio fiscal e tampouco deslanchar uma onda privada de investimentos produtivos" (FIORI, 1998, p. 72), inscrevendo-se especificamente no rol das "**iniciativas destinadas a estabilizar as expectativas dos investidores convencendo-os da firme decisão privatista dos governantes**" (grifo nosso) (FIORI, 1998, p. 72). É neste sentido que podemos entender por que um esforço tão grande para levar a cabo a agenda das privatizações, ainda que isso não encontrasse sustentação do ponto de vista da recuperação ou do desenvolvimento econômico do país.

Vale ainda o registro de que essa postura de assegurar via política privatizante as condições internas para a credibilidade externa teve também seus efeitos no sentimento relativo às possibilidades de ruptura política que experimentamos na década de 90.

Para Fiori (1998), na necessidade de assegurar aos investidores que as regras do jogo não seriam alteradas, ganhou importância a tática de criar no imaginário externo e interno a "imagem

do consenso nacional". Este imaginário suprimiria a idéia de um sistema político partidário competitivo em que a

> alternância no poder pudesse levantar dúvidas sobre a continuidade da nova estratégia. Nesta perspectiva é que se deve entender o fenômeno cada vez mais generalizado do "continuísmo" e da "**melancolia democrática"** que reina nestes emerging markets (FIORI, 2001, p. 73).

Para quem viveu a década de 90 esta análise se mostra amplamente explicativa da sensação de imobilismo, da falta de horizontes, da dificuldade em fazer oposição a imposições aparentemente tão sustentadas. Esta melancolia democrática marcou o movimento político, os movimentos associativos e todos os espaços em que os princípios democráticos estavam presentes.

Os encaminhamentos para a reforma do Estado de fato foram levados a cabo, com a privatização de várias empresas estatais, como as telecomunicações, de energia elétrica em muitos Estados, de rodovias e ferrovias, os bancos estatais; com a atitude de afastamento estatal daqueles setores nos quais haveria ainda a necessidade de sua atuação como é a educação e a educação superior; na área da saúde, com o projeto de tentativa de "desmonte do SUS" (RIZZOTTO, 2000) ou, como afirma Soares (2003), de desmantelamento do Sistema Único de Saúde que, se foi mantido (uma conquista do povo brasileiro), foi fortemente afetado pelas restrições das políticas neoliberais.

2.3 A EDUCAÇÃO SUPERIOR E A SAÚDE NO CONTEXTO DO CAPITAL INTERNACIONALIZADO E DE MUDANÇAS NO PAPEL DO ESTADO

Na educação superior, os anos 90 foram palco de mudanças que diferenciaram a forma como esta prática vinha acontecendo até então. No que se refere às instituições públicas, assistimos a uma forte retaliação por parte do governo Fernando Henrique Cardoso através da propaganda depreciativa ou ataques diretos; através do corte ou não reajuste das verbas para este setor, bem como do congelamento dos salários, não só dos professores e funcionários da educação superior, mas de todos os funcionários públicos federais.

Tais atitudes tiveram amplo respaldo na política de ajuste do Estado defendida e implementada pelo governo federal. Quanto ao setor privado, na mesma linha de raciocínio exposta acima para a avaliação da eficiência do Estado, pudemos ver o incentivo a este setor com a abertura indiscriminada de cursos em todas as áreas, provocando um aumento vertiginoso do número de vagas da educação superior na década. O aumento de vagas foi muito bem recebido e estimulado em função de que contribuía para elevar as taxas de inclusos na educação superior que, no Brasil, era e é uma das mais baixas da América Latina.

Resultados imediatos da política para a educação superior na década de 90 foram as tentativas de "privatização disfarçada" com a iniciativa de incluir as universidades, ou de transformá-las, em *organizações sociais*, tomadas como serviços não-exclusivos do Estado.[7] Conforme Sguissardi (2000), alguns órgãos estatais chegaram a ser transformados em organizações sociais, como o Instituto Luz Síncroton, de Campinas, a Fundação Roquette Pinto, do Rio de Janeiro e o Hospital Presidente Vargas, de Porto Alegre, entre outros. Na base de tais encaminhamentos estavam as idéias defendidas pelo então Ministro da Administração e Reforma do Estado, Bresser Pereira, as quais já abordamos anteriormente.

O discurso da necessidade de privatização da educação superior é questionado por Leher (2001), apresentando índices de privatização nos quais a educação superior brasileira é a mais "privatizada da Região [América Latina], contra 10% da Bolívia, 16% da Argentina e 17% do México. Nos Estados Unidos, o país tido como referência para a legitimação da privatização do ensino superior, o índice é de 22%" (LEHER, 2001, p.152). Conforme os últimos dados do Inep (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira) a educação superior brasileira no ano de 2002 apresentou um percentual de 88% de oferta por instituições privadas.

Leher (2001) conceitua o que chama de privatização dizendo que o termo designa genericamente

> as iniciativas que ampliam o papel do mercado em áreas anteriormente consideradas privativas do Estado. Isso inclui não apenas a venda de bens e serviços de propriedade ou de prerrogativa exclusiva do Estado, mas também a liberalização de serviços até então de sua responsabilidade, como educação,

[7] As organizações sociais são "entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com este poder, e assim ter direito a dotações orçamentárias. Tais organizações poderiam obter outros ingressos através da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc. Adicionalmente, deveria buscar maior parceria com a sociedade, que deverá financiar uma parte menor, mas significativa dos custos dos serviços prestados" (RIZZOTTO, 2000, p. 197-98).

> saúde e meio ambiente, pela desregulamentação e estabelecimento de contratos de gestão de serviços públicos por provedores privados (LEHER, 2001, p. 152-53).

Leher (2001) tem interpretado a "publicização" empreendida pelo Governo Fernando Henrique Cardoso, no mesmo sentido da privatização quando aquele governo realizou a abertura para o mercado de ações estatais através das organizações sociais. Assim, para ele,

> na área educacional, a criação de condições legais para o livre fornecimento privado e para o direcionamento das instituições públicas para a esfera privada, por meio de fundações privadas, contratos e convênios com o setor empresarial, é tão ou mais importante do que a venda da participação estatal de um determinado setor. Com efeito, nessas instituições, outros métodos de privatização são experimentados. Entre as medidas que objetivam favorecer a mercantilização e a privatização interna das universidades públicas brasileiras temos, em aparente paradoxo, a política de autonomia universitária. Paradoxo, porque esta – como projeto da modernidade – é uma conquista que objetiva exatamente sua independência diante da Igreja, dos governos e dos imperativos do mercado (LEHER, 2001, p. 153).

Dias Sobrinho (2002) aborda a temática da privatização ressaltando que ela não acontece no campo educacional da mesma forma que em outros setores em que há a transferência de empresas para o mercado. Segundo ele, a privatização tem duas faces distintas, mas com características semelhantes e comuns.

> De um lado, a face mais visível: aumenta consideravelmente nestes últimos anos o número de provedores privados dos serviços educacionais, obedecendo à lógica das forças do mercado e buscando ampliar os benefícios de sua atividade econômica. De outro, um fenômeno de contornos cinzas: as instituições que recebem financiamentos públicos enfrentam uma forte tensão entre as imposições do mercado e o espírito público que as constituem essencialmente e que lutam por preservar, ainda que num quadro adverso (DIAS SOBRINHO, 2002, p. 166).

Da mesma forma que na idéia da reforma do Estado, na educação superior, autores como Leher (2001); Sguissardi (2000), Dias Sobrinho (2000; 2002; 2003), Chauí (2001), entre outros, identificam a presença dos organismos multilaterais e financeiros definindo os rumos que esta educação deveria ter no Brasil.

Para Chauí (2001), a partir de dados fornecidos pelo Brasil, as orientações do BID se fizeram tendo como suporte a constatação de que as universidades têm um custo muito alto e um

benefício muito pequeno; altíssimo índice de evasão que seria uma segunda prova da inoperância; ela tem um alto custo com pessoal (docentes e funcionários) e pouco investimento em infra-estrutura. Outra constatação é que têm acesso à universidade pública aquelas pessoas que podem pagar por seus estudos em detrimento dos que não podem. Esta é uma idéia que se difundiu na sociedade e tornou-se senso comum, estando na base da defesa da privatização.

É a mesma autora que alerta que as políticas desencadeadas no Brasil a partir das orientações de organismos internacionais só o foram porque não existiram vozes que se levantassem contra o que se impunha de fora. Isto aconteceu em função da criação de um pensamento único ou hegemônico afirmando que existe apenas uma possibilidade de solução dos problemas da educação superior e da sociedade, que é o ditado por aqueles organismos. Acrescentaríamos que foi fruto da necessidade de consenso para possibilitar a confiança nas economias em desenvolvimento que Fiori (2002) atribui a denominação de um estado de "melancolia democrática".

Dias Sobrinho (2002) identificou como determinante a presença dos organismos internacionais definindo os rumos das políticas para a educação superior e aponta, como um primeiro aspecto importante nesta intervenção, o que se refere aos

> financiamentos relativos à educação superior. A recomendação é de que haja uma cobrança generalizada e a busca de diversificação de fontes, adotando-se complementarmente alguns mecanismos de apoio, como bolsas, empréstimos e desoneração fiscal. O critério central é o do retorno econômico. Por isso, o governo, em sua missão avaliadora, deve imbuir-se do espírito controlador e planejador (DIAS SOBRINHO, 2002, p. 167).

Leher (2001) afirma que, da forma como o Estado brasileiro atuou na década de 90, deixava clara a similaridade com

> as políticas do Banco Mundial para a educação latino-americana e, particularmente, para suas universidades. Em essência, o banco determina que o modelo europeu de universidade – estatal, autônoma, pública, gratuita e baseada no princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão – não é compatível com a América Latina (LEHER, 2001, p. 155).

Entretanto, é preciso considerar que não há uma linearidade entre as propostas orientadas pelos organismos internacionais e sua efetivação nos países periféricos. Há um movimento

interno que permite tal aceitação e que implemente ações neste sentido. Ou seja, há um consentimento interno desde o fornecimento dos diagnósticos da situação da educação e da saúde nos países periféricos até a apresentação de soluções por aqueles organismos.

Nesta direção, houve um grupo ligado a uma grande universidade pública brasileira – a Universidade de São Paulo – que teve representantes seus no Ministério da Educação durante todo o Governo Fernando Henrique Cardoso. Estes intelectuais vinham de longa data defendendo a idéia da divisão entre universidades de ensino e universidades de pesquisa, ecoando, portanto, com as propostas do Banco Mundial.

Em outro texto, Leher (2003, p. 85-86) afirma que, desde o governo Collor, as tentativas de mudança da educação superior em consonância com as políticas do Banco Mundial, já podiam ser identificadas. Para tanto, aquele governo chamou membros do Núcleo de Pesquisas de Ensino Superior (Nupes/USP), núcleo que

> prontamente elaborou linhas mestras do projeto de universidade daquele governo em consonância com as orientações do Banco Mundial. Em poucas palavras, o projeto objetivava diferenciar as instituições de ensino superior e diversificar as suas fontes de financiamento, uma iniciativa que fora ensaiada na Nova República, através do Grupo Executivo para a Reformulação da Educação Superior (Geres), no qual atuaram membros do Nupes. A combinação dessas duas orientações bloquearia, de fato, a construção de uma política unitária de educação que possibilitasse a generalização da universidade pública e gratuita, assentada no princípio da indissociabilidade de ensino, pesquisa e extensão.

Silva Jr; Sguissardi (2001, p. 47) informam que o discurso corrente é o de que a crise da educação superior no Brasil se daria por não absorver a crescente demanda de jovens que estariam batendo às portas das universidades e pela falta de sintonia entre a formação e as necessidades do mercado. Ainda afirmam que "isto se deveria ao elitismo que marca toda a história da universidade brasileira e ao modelo universitário das universidades de pesquisa (modelo humboldtiano), excessivamente unificado, caro e insustentável no médio prazo pelo poder público, em tempos de crise do Estado".

Estes autores fazem referência às críticas formuladas ao modelo de educação superior no Brasil em que haveria a indicação da associação entre ensino, pesquisa e extensão, apontando para a distinção entre universidades de ensino e universidades de pesquisa. Colocam que esta idéia vem sendo defendida por estudiosos da educação superior, desde meados dos anos 80

> quando, em 1986, o Grupo de Estudos para a Reformulação do Ensino Superior (Geres), formado pelo MEC, propunha essa alternativa para o sistema. À época essa proposta sofreu enérgica rejeição tanto dos movimentos organizados de docentes do ensino superior federal, quanto de dirigentes de universidades públicas federais e estaduais paulistas, além do SBPC e acabou por ser abandonada (SILVA JR; SGUISSARDI, 2001, p. 48).

Ressaltam os autores que o modelo humboldtiano tem sido muito mais uma vontade registrada em lei do que um fato real. Sustentam tal afirmação pelo número total de instituições de educação superior das quais apenas pequena parcela tem associado ensino, pesquisa e extensão, notadamente aquelas que têm programas de pós-graduação *stricto sensu*. Concluem que apenas 15% dos universitários têm oportunidade de fazer sua graduação em instituições que associam a pesquisa, o ensino e a extensão.

O argumento da inviabilidade do modelo europeu de universidade nos países pobres ou nos países em desenvolvimento é uma questão crucial nesta pesquisa, pois nos parece que o contorno que terá a legislação educacional será em grande medida determinado por esta idéia. Ou seja, na divisão internacional do trabalho, no momento atual, cabe aos países desenvolvidos o domínio e a produção do conhecimento, e aos países pobres e em desenvolvimento o acesso fica delimitado à importação e ao consumo de conhecimentos produzidos centralmente. Conforme Leher (2001, p. 185), "As atividades de produção do conhecimento não são prioridades no capitalismo dependente".

Chauí (2001), Silva Junior; Sguissardi (2001) entendem que a própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) reafirma as determinações de agências financeiras internacionais. Conforme Chauí:

> quando, na Lei de Diretrizes e Bases, se fala em autonomia e se identifica autonomia com gerenciamento de recursos, quando se fala em racionalização entendida como enxugamento de pessoal, quando se fala em avaliação pela produtividade e quando se fala na flexibilização dos currículos das áreas profissionais, técnicas e generalistas, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional simplesmente afirma os princípios que são propostos pelo diagnóstico do BID [...] (CHAUÍ, 2001, p. 23).

Para Silva Junior; Sguissardi (2001, p. 7), o capítulo da LDB que trata da educação superior é o mais extenso dos que a compõem e

> é uma espécie de plataforma legal, a dar guarida presente e futura à série de ações de reforma que se fundamenta em princípios defendidos tanto por organismos supranacionais, como Banco Mundial, quanto por analistas e mentores nacionais da modernização do sistema de educação superior do país.

Outro aspecto que é preciso considerar em toda esta discussão é o que aponta Leher (2001, p. 151), ao dizer que se encontra em jogo neste período no Brasil um mercado de serviços educacionais que foi incluído na pauta da Organização Mundial do Comércio.

> A inclusão da Educação nos Tratados de Livre Comércio tem o objetivo de promover a liberalização dos mercados, por meio do fim das barreiras estabelecidas em ilhas autóctones, em especial para viabilizar cursos a distância com a grife de instituições conhecidas no mercado educacional.

Neste sentido, o incentivo à privatização, ou a aproximação do setor educacional às leis que regem o mercado estão em total sintonia com esta exigência imposta aos países para abrirem suas portas à entrada da exploração também no campo educacional.

Se pensarmos nos desdobramentos da privatização da educação superior, não poderemos deixar de visualizar que ela aprofunda e desencadeia conseqüências em todas as suas dimensões. Promove mudanças no currículo, nas atividades pedagógicas; altera a natureza da pesquisa ao considerar como relevante apenas aquilo que tenha utilidade imediata ou objetos de pesquisa requeridos pelo mercado ou que tenham valor econômico.

Conforme Dias Sobrinho (2002, p. 170-171), os

> pesquisadores perdem para o mercado a prerrogativa de definir as prioridades não só do currículo, mas também da pesquisa. Alteram-se as relações das instituições com o Estado e com a sociedade. A universidade tem que responder às exigências imperativas de um e atender às demandas contraditórias da outra, de modo particular àquelas que se referem às novas exigências que brotam das forças do mercado e das transformações no mundo do trabalho.

Além destes aspectos, outro argumento emitido nos documentos do Banco Mundial e incorporado nas estratégias políticas no Brasil é o que diz respeito à centralidade da educação básica em oposição aos gastos excessivos da educação superior.

Esta afirmação se confirma a partir das orientações dos organismos internacionais para que os governos dos países periféricos concentrem seus esforços na universalização da educação básica e que se afastem do financiamento da educação superior. Leher (2001) explicita essa

questão quando discute a autonomia das universidades a partir do documento do Banco Mundial *(La educación superior em los países em desarollo: peligros y promessas*, 2000), envolvendo na discussão a problemática da educação básica. O documento citado afirma que o investimento público nas universidades propicia baixo retorno em comparação com a educação básica e deve, dessa forma, ser desestimulado. Essas políticas têm sido aceitas e praticadas em sua quase totalidade pelo governo brasileiro, o que pode ser verificado na política de desmonte que é imposta, principalmente às universidades públicas e as estratégias de privatização a que essas instituições têm sido submetidas.

Trindade (2001, p. 34), comentando o documento do Banco Mundial sobre a educação superior, diz que

> [...] apesar de algumas mudanças na linguagem e adesão a algumas teses da Unesco, o Banco Mundial defende o estabelecimento de um sistema estratificado em termos de criação, acesso e disseminação do conhecimento. Países e indivíduos com renda superior deveriam produzir e ter acesso a conhecimento de alta qualidade, enquanto que os de baixa renda deveriam assimilar a produção. Essa é a divisão social e econômica do saber proposta pelo Banco: os de baixa renda têm que se especializar na "capacidade de aceder e assimilar o conhecimento novo".

O Relatório Jaques Delors, documento oficial da Unesco para a educação, em seu espaço dedicado à educação superior, chama a atenção para o pesado fardo em que se constitui esse nível de ensino para os países pobres. Assim, dizem os consultores:

> Por toda parte, os estabelecimentos de ensino superior são pressionados a abrir suas portas a um maior número de candidatos. Em escala mundial, as inscrições mais que duplicaram em vinte anos, passando de vinte e oito milhões de estudantes em 1970, para mais de sessenta milhões atualmente. E, contudo continuam a subsistir desigualdades consideráveis, tanto no acesso como na qualidade do ensino e da pesquisa. Na África subsaariana, em particular, a proporção de matriculados no ensino superior é de um estudante para mil habitantes, enquanto na América do Norte essa proporção é de um para cinqüenta. A despesa real por estudante é dez vezes mais elevada nos países industrializados do que nos países menos desenvolvidos. Porém, mesmo representando uma despesa relativamente fraca, **o ensino superior constitui um fardo muito pesado para certos países mais pobres** (grifo nosso), freqüentemente com dificuldades orçamentais (DELORS, 2001, p. 140).

A orientação dos organismos internacionais não é pouco determinante no contexto atual no que concerne à educação de uma forma geral. Ela é elucidativa para compreender por que se defende que nos países como o Brasil seja estendida e garantida a educação básica e que o Estado se afaste da garantia da educação superior. Na posição de país consumidor de conhecimento, há que se ter uma população em condições de usufruir e de ter em si a criação de necessidades que só é possível a partir de um certo grau de domínio dos elementos da cultura comercial, o que se torna mais facilitado pelo acesso à educação básica, pelo menos.

Além deste aspecto, no discurso da universalização da educação básica, encontra-se implícita a estratégia de 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 para as quais a educação básica adquire centralidade, como também a educação das mulheres, agentes diretos da redução dos índices de morbi-mortalidade através daquelas estratégias. Neste particular, caminham juntas as ações direcionadas para a educação e a saúde, ou seja, a possibilidade de implementação de ações de saúde extensivas passa pela posse dos saberes transmitidos pela educação básica.

Outro elemento importante no contexto da educação superior, como desdobramento da mudança do papel do Estado no terreno das políticas sociais e no seguimento das "recomendações" dos organismos multilaterais, é o papel que tem assumido o Estado como agente fiscalizador, gerenciador. Ele pode ser verificado no caso da educação superior, nas diversas legislações que criaram e implementaram o sistema de avaliação deste nível de ensino que ficou conhecido como "provão". Assim, se há forte tendência ao afastamento do Estado de suas ações como o fornecimento direto da educação superior, com o discurso da flexibilidade, autonomia, há, por outro lado, a centralização das decisões quando, através da avaliação centralizada, o Estado indiretamente define e controla não só aspectos administrativos, mas também pedagógicos e curriculares.

Em relação às diretrizes curriculares, isto é evidente quando elas se constituem em orientações para a formulação dos currículos, dando ampla liberdade para as escolas disporem seus conteúdos e tempos de formação. Entretanto, ao mesmo tempo que libera a composição curricular, centraliza a avaliação, com características padronizadas, cujo resultado produz o ranqueamento das instituições.

> A avaliação promovida por agências do governo tem-se exercido em grande parte como uma tecnologia do poder, isto é, um mecanismo de controle, fiscalização, regulação, ou mesmo de intervenção do Estado sobre as instituições ou sistemas. Segundo essa lógica reguladora, a avaliação é controle de qualidade. Mas, segundo esta mesma lógica derivada do mercado, a qualidade é algo que se mede segundo indicadores de produtividade e eficiência e tem sua expressão na quantificação do produto. Este procedimento acaba produzindo os *rankings* para a informação do governo e dos consumidores no mercado educacional (DIAS SOBRINHO, 2003, p. 114).

Conforme Afonso (2000), o Estado nos países europeus, a partir da década de 80 adquiriu uma posição que foi denominada de Estado avaliador. Com tal expressão buscou explicitar a atuação estatal não mais na perspectiva de provisão ou articulação de políticas sociais ampliadas, mas na direção da adoção da lógica mercantil, importando, para o espaço público, modelos de gestão privada com foco nos resultados ou nos produtos dos sistemas educativos.

A mudança no papel do Estado em sua relação com a educação imprimiu, portanto, esta marca de um espaço regulador das políticas de educação. Para Afonso (2000), foi necessário no novo Estado criar mecanismos de controle e responsabilização mais sofisticados. "A avaliação aparece assim como um pré-requisito para que seja possível a implementação desses mecanismos" (AFONSO, 2000, p. 49).

Salienta o mesmo autor que a avaliação em países que adotaram graus elevados de descentralização da educação apareceu como uma forma de controle central por parte do Estado. Já em outros países – aqueles que abraçaram amplamente as políticas neoliberais – ela tem sido tomada como meio de racionalização ou como instrumento de "diminuição dos compromissos e da responsabilidade do Estado" (AFONSO, 2000, p. 51). Neste segundo sentido, a avaliação passou a servir como instrumento de desregulação social e foi uma forma de introduzir a lógica do mercado na esfera do Estado e da educação pública.

Outro aspecto é a atuação destas agências na definição das políticas públicas dos países tomadores de empréstimos. O caso do Brasil é emblemático na explicitação desta atuação. É possível verificar, quando da negociação para os empréstimos, uma série de condicionalidades e garantias de que o país irá reconfigurar sua economia de forma que consiga honrar seus compromissos com o pagamento dos juros da dívida externa. Além disso, pode ser observado, no caso do Banco Mundial, o "oferecimento" de "alternativas" para resolver os problemas dos países tomadores, nas suas políticas públicas.

Mattos (2001) fala da atuação das agências internacionais no que ele chama de "oferta de idéias". Para o autor, a partir da década de 80 as "propostas de política passaram a ser elaboradas num âmbito restrito a algumas agências internacionais e aos principais governos do mundo, disseminando-se com a ajuda de dispositivos de indução (como empréstimos condicionados à adoção de certas políticas econômicas)" (MATTOS, 2001, p. 2).

No que se refere às políticas de saúde, o autor afirma que o Banco Mundial adquiriu centralidade nos debates ao longo da década de 90.

Assim, uma das questões a ganhar relevância no discurso do Banco Mundial foi a idéia de gratuidade que estava presente no sistema de saúde brasileiro desde a Constituição de 1988. O Banco se colocava abertamente contrário a essa idéia e oferecia as alternativas. Assim, para Mattos (2001), o Banco Mundial preconizava o

> redimensionamento da atuação governamental, a divisão entre financiamento e provisão de serviços, a discussão acerca da abrangência do que deveria ser oferecido gratuitamente a todos, a seleção de intervenções baseadas em critérios de eficácia, em termos de custo, os dispositivos de regulação da prestação de serviços médicos (MATTOS, 2001, p. 3).

As análises que Rizzotto (2000) fez sobre as interferências das agências financeiras internacionais, principalmente as feitas pelo Banco Mundial, também são bastante elucidativas. Da mesma forma que na educação superior, em que os estudos desses organismos concluem que se constitui em um gasto insustentável para os países periféricos, também na saúde o discurso é da mesma natureza. O Estado brasileiro, seguindo as teses do Banco Mundial para a saúde, segundo a autora acima, desencadeou na década de 90 um processo que ela caracteriza como de "desmonte do SUS". A justificativa que está na centralidade da reforma do sistema de saúde é que o Estado gasta a maioria de seus recursos com o pagamento de tratamentos caros com uso de tecnologia sofisticada, tratamentos estes que se destinam a uma pequena parcela de pessoas que poderiam pagar por estes serviços, enquanto a grande maioria não tem acesso a nenhum tipo de assistência.

Este pressuposto que sustenta a formulação das políticas de saúde no Brasil tem a polarização entre ações preventivas e curativas como seu princípio orientador. Na prática tem resultado na implementação de uma assistência de baixa complexidade para os grandes

contingentes populacionais e ações mais complexas para os que de alguma forma conseguem acessar estes serviços (RIZZOTTO, 2000).

Para Rizzotto (2000), na saúde parece haver a intenção de se reabilitar um modelo de assistência para pobre, centrado na atenção primária em saúde, partindo da argumentação de que o modelo centrado na figura do médico favorece as classes médias e altas, deixando a população pobre sem atendimento.

> Propõe-se então a "inverter o modelo", utilizando como estratégias, ações centradas na prevenção, na família e na comunidade. Parece que para alguns é suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o elementar, o primário, o comum, o geral ou o arcaico e, para outros, os mais privilegiados, os que tem acesso à riqueza material e podem pagar pelos serviços de saúde, estes poderão usufruir do avanço científico e tecnológico, da sofisticação, da qualificação, da especialização e do moderno (RIZZOTTO, 2000, p. 243).

Ela ainda salienta que esta dicotomia entre ações preventivas e curativas desconsidera o quadro sanitário brasileiro em que coexistem doenças infecto-contagiosas preveníveis com as doenças crônico-degenerativas que se pensa serem típicas dos países desenvolvidos. Chama a atenção para a falsidade da afirmação de que as doenças crônico-degenerativas atingiriam mais as classes privilegiadas e as infecto-contagiosas mais aos pobres, dizendo que as "duas categorias de doenças atingem predominantemente os mais pobres, até porque são a maioria e os mais vulneráveis. Por isto, um pacote de 'serviços clínicos essenciais' e de 'saúde pública', como propõe o Banco Mundial, não dão conta da realidade" (RIZZOTTO, 2000, p. 244).

Soares (2001) defende a tese de que as políticas de saúde, após a Constituição de 1988, foram desencadeando um processo de desvirtuação do Sistema Único de Saúde e encaminhando para a desobrigação do Estado para com a assistência integral que figurava como um direito constitucional.

Desta forma, parece-nos que foi nas políticas públicas que se sentiram mais claramente as manifestações das premissas neoliberais. Saúde, educação sofreram, na década de 90, uma investida deliberada de reconfiguração sob a orquestração das agências de financiamento e com o consentimento dos dirigentes políticos e da intelectualidade que lhes dava guarida.

De acordo com Noronha; Soares (2001), apesar de ser possível considerar que houve avanços significativos, quando tomamos o setor saúde de forma linear e isolada do contexto, também é possível afirmar que, na década, de 90 "houve não apenas uma interrupção, mas um

retrocesso no processo de construção de um projeto de proteção social para o Brasil que foi inscrito na Constituição de 1988" (NORONHA; SOARES, 2001, p. 2). No que se refere à saúde, este projeto garantia que ela era direito de todos e dever do Estado.

As investidas de reformar o setor saúde veio compor, na década de 90, o conjunto de ações que visavam reformar o Estado. Foram reformas ideadas e fomentadas pelas agências financiadoras externas que produziram neste período uma agenda para todos os países da América Latina.

Na área da saúde, a situação foi agravada pelo afastamento federal do oferecimento de serviços com o deslocamento da oferta para o âmbito municipal/local, sem direcionamento proporcional de recursos capazes de dar conta dos problemas de saúde. Para Noronha; Soares (2001, p. 3) retrocedemos a

> uma visão "comunitária" onde as *pessoas* e *famílias* passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar. Por trás de um falso e importado conceito de *empowerment* está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza.

Tomam como referência para as mudanças no setor saúde, as reformas que se sucederam no âmbito do Estado. A face das reformas se explicita em maior proeminência na privatização de áreas de cobertura estatal abrindo-as ao setor privado. Na saúde, afirmam que ela tem várias faces, sendo algumas mais explícitas e outras mais ocultas ou disfarçadas de "modernização gerencial".

Dentre essas formas podem ser observadas a política de privatização que incentiva o crescimento dos seguros de saúde na medida em que há uma política de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e a expulsão de clientela para estes setores, assegurando patamar de demanda para o setor de seguros privados de saúde. Há ainda uma fomentação indireta quando, pelos subsídios e insenções fiscais, desviam-se recursos públicos para o setor.

Ressaltam que esta é uma política que tem limites, uma vez que a população que tem acesso a estes serviços é muito reduzida. Assim, a maior proporção de brasileiros, em torno de 75%, tem, no sistema público de saúde, sua única fonte de acesso a serviços dessa natureza.

Além disso, imputa complexidade à problemática, a débil capacidade de regulação estatal sobre o setor de seguros privados.[8] Este conjunto de aspectos colocados na privatização nos leva a concluir que o Estado perde quando subsidia, perde quando isenta os impostos, perde ao ter que regular e perde ainda quando tem que tratar aquelas patologias para as quais muitos planos ainda não dão cobertura, como os transplantes, os doentes de HIV, o câncer, entre outras, que, quando acometem os segurados privados acabam desencadeando estratégias de privação da cobertura, expulsando o doente para o serviço público.

Outra forma de privatização que os autores dizem ser mais camuflada é aquela que acontece com a privatização dos serviços por dentro. Além de toda privatização pela contratação dos diversos serviços, introduziu-se o que tem sido chamado de "modernização gerencial". Com ela foi possível eliminar a figura do servidor público pela idéia de

> "flexibilização" e "desregulamentação" das relações de trabalho, gerando um total descompromisso do serviço com a população atendida. As formas assumidas por essa "modernização gerencial" são variadas, sendo as mais conhecidas as chamadas "cooperativas", camuflagem de precariedade dos contratos de trabalho e de evasão fiscal para o não recolhimento de contribuições sociais (NORONHA; SOARES, 2001, p. 4).

Salientam os autores que muitos países da América Latina já adotaram a cobrança direta dos usuários como recomenda o Banco Mundial. "O SUS é o único sistema público universal da América Latina, e, apesar das suas restrições e problemas, continua sendo a única alternativa que resta à parcela majoritária da nossa população" (NORONHA; SOARES, 2001, p. 5).

Neste contexto de mudanças do setor saúde, tem ganhado centralidade, como vimos com Rizzotto (2000), aquelas estratégias de cobertura das ações de saúde mais simples ou das chamadas ações primárias de saúde. Exemplo delas foi o Programa Saúde da Família, que se desenvolveu como política de governo durante os mandatos de Fernando Henrique Cardoso.

É possível afirmar ainda que há uma disposição oficial que a formação dos profissionais de saúde se oriente para o atendimento desta nova demanda colocada por esta política pública ou que sejam contempladas, nos programas de formação, aquelas ações preventivas com capacidade de atingir grandes grupos populacionais.

---

[8] Exemplo disso, foi em 2004, a disputa entre governo e seguradoras para impedir que os planos de saúde praticassem aumentos que atingiriam, em alguns casos, mais de 80% de uma única vez. O exemplo explicita a fraqueza do Estado frente às pressões exercidas pelo mercado, quando o que está em jogo é garantir o lucro. Mostra também que deixar questões sociais sujeitas às leis do mercado pode desembocar em fins catastróficos.

Entretanto, é preciso considerar que há, de fato, um discurso oficial, a partir das novas diretrizes curriculares para a área da saúde, propondo a formação profissional voltada para o Sistema Único de Saúde. Esta questão será discutida no capítulo IV deste estudo, quando abordarmos o Sistema Único de Saúde como um dos focos da formação.

Entendemos que é preciso defender e desenvolver estratégias de consolidação do Sistema Único de Saúde que efetivamente seja único. Um sistema que não esteja centrado apenas em cuidados primários, mas que dê cobertura em todos os níveis de complexidade, uma vez que a saúde é um direito garantido na Constituição. Neste aspecto, pensamos que é preciso entender a saúde coletiva como um contraponto a tradicional assistência individualizante devendo integrar tanto ações preventivas quanto as curativas, pois se refere ao conjunto de ações de saúde que podem ter lugar nos mais diferentes espaços da sociedade. Assim entendida, abriria a possibilidade de superação da polaridade histórica na formação em saúde, entre o privilegiamento de ações preventivas ou curativas, pois ambas seriam contempladas.

Assim, ao enfatizar a formação orientada para o Sistema Único de Saúde, não se trata de privilegiar apenas ações primárias de saúde direcionadas a grupos populacionais identificados como de risco ou, mais especificamente, grupos populacionais pobres. Trata-se de pensar a formação visando todos os espaços de produção de ações de saúde, priorizando as de caráter preventivo e de promoção da saúde.

2.4 MUDANÇAS/TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

Do nosso ponto de vista, outro conjunto de elementos que tem configurado o contexto das mudanças na educação e também na educação superior, no final do século XX e início do século XXI, é o das chamadas mudanças nos processos produtivos ou no mundo do trabalho, mudanças estas que estariam demandando, para os espaços educacionais, novas exigências de formação profissional.

Há certa concordância no diagnóstico de que os processos produtivos orientados pelo que se denominou de modelo taylorista/fordista foram reestruturados, dando lugar a um novo fenômeno que se convencionou chamar de toyotismo, conceitos que abordaremos mais adiante. Antes, porém, avaliamos ser necessário registrar as análises de Antunes (2001), quando afirma

que tomar as mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho como toda a realidade, é tomar apenas a aparência do fenômeno. Para este autor estas mudanças, na verdade, expressam o resultado do movimento do capital no seu processo de reprodução. Assim, a crise do taylorismo e do fordismo são a expressão fenomênica da crise estrutural do capital.

A crise do capital aconteceu após um período de crescimento e acumulação progressiva alcançado no pós-Segunda Guerra Mundial, em que a produção baseada no modelo de produção fordista experimentou um período de maior expansão. A partir da década de 70 do século XX, este modelo começou a apresentar sinais de falência, assim como começaram a ruir as bases do chamado estado keynesiano ou de bem-estar social, em nosso entendimento, alcançado apenas nos países centrais.

Conforme Antunes (2001), podemos observar traços que evidenciavam a crise estrutural do capital, por exemplo, na queda da taxa de lucro. Este fato se dava em função do "aumento do preço da força de trabalho, conquistado durante o período pós-45 e pela intensificação das lutas sociais dos anos 60, que objetivavam o controle social da produção" (ANTUNES, 2001, p. 29). Estes elementos conjugados levaram a uma redução dos níveis de produtividade do capital e acentuaram a tendência decrescente da taxa de lucro. Outro aspecto seria o

> esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção (que em verdade era a expressão mais fenomênica da crise estrutural do capital), dado pela incapacidade de responder à retração do consumo que se acentuava. Na verdade tratava-se de uma retração em resposta ao desemprego estrutural que então se iniciava (ANTUNES, 2001, p. 29).

Além disso, começava a se configurar uma

> hipertrofia da esfera financeira, que ganhava relativa autonomia frente aos capitais produtivos, o que também já era expressão da própria crise estrutural do capital e seu sistema de produção, colocando-se o capital financeiro como um campo prioritário para a especulação, na nova fase do processo de internacionalização (ANTUNES, 2001, p. 29).

Outro aspecto era a maior concentração de capitais em função das fusões dos grandes monopólios e oligopólios. A crise se apresentava ainda na dificuldade de manutenção do "Estado de bem-estar social" e dos seus mecanismos de funcionamento em função de que ele estaria "acarretando a crise fiscal do Estado capitalista e a necessidade de retração dos gastos públicos e

sua transferência para o capital privado" (ANTUNES, 2001, p. 30). Outro elemento que explicitava a crise do capital era o "incremento acentuado das privatizações, tendência generalizada às desregulamentações e à flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho, entre tantos outros elementos contingentes que exprimiam esse novo quadro crítico" (ANTUNES, 2001, p. 30).

Diante de sua crise, o capital buscou e busca formas de superá-la. Porém, como afirma Antunes (2001), as tentativas de superação se deram apenas naqueles aspectos fenomênicos da crise, como, por exemplo, buscando a substituição do então modelo taylorista/fordista que, segundo as constatações, apresentava sinais de esgotamento. Assim, para o autor, uma vez que

> as lutas anteriores entre o capital e o trabalho, que tiveram seu apogeu nos anos 60, não resultaram na instauração de um projeto hegemônico do trabalho contra o capital, coube a este, derrotadas as alternativas mais ousadas do mundo do trabalho, oferecer sua resposta para a crise. Atendo-se à esfera fenomênica, à sua manifestação mais visível, tratava-se, para o capital, de reorganizar o ciclo reprodutivo preservando seus fundamentos essenciais. Foi exatamente nesse contexto que se iniciou uma mutação no interior do padrão de acumulação (e não no modo de produção), visando alternativas que conferissem maior dinamismo ao processo produtivo, que então dava claros sinais de esgotamento. Gestou-se a transição do padrão taylorista anterior para as novas formas de acumulação flexibilizadas (ANTUNES, 2001, p. 36).

Assim, a gênese da organização do trabalho flexível, conforme este autor, foi mais um movimento do capital no sentido de se reorganizar para prosseguir seu processo de acumulação, sendo que alguns elementos foram importantes para que este modelo se implementasse. O movimento operário que se desenvolveu com o fordismo foi capaz de colocar impasses ao capital quando sua crise começou a tornar-se explícita, a partir da década de 70. Havia o questionamento da forma de organização do trabalho, além da questão da propriedade. Conforme Antunes (2001), grupos de trabalhadores foram capazes de se apropriar de empresas e administrá-las, prescindindo dos seus donos e administradores. Todo este movimento foi capaz de mostrar ao capital que seria também positivo ter sob seu controle essa força de produção relacionada à capacidade dos trabalhadores em se autogerirem, em organizar o trabalho, em tomarem decisões autônomas, em trabalharem em grupos, enfim, em se responsabilizar por todo o processo de produção. As mudanças pensadas pelo capital se concentravam, então, apenas na

manifestação fenomênica de sua crise, não abalando, portanto, a relação de propriedade que permaneceu perfeitamente adequada à nova organização do trabalho.

Frigotto (1999, p. 41) diz que

> a súbita descoberta e valorização da dimensão humana do trabalhador está muito mais afeta a sinais de limites, problemas e contradições do capital na busca de redefinir um novo padrão de acumulação com a crise de organização e regulação fordista, do que a autonegação da forma capitalista de relação humana.

Assim, embora haja concordância em que as mudanças que foram implementadas nos processos produtivos atacaram apenas a aparência, não intervindo na sua essência, é preciso admitir que importantes alterações foram introduzidas a partir das constatações da necessidade de reorientar o mundo do trabalho. Apesar de não significarem processos positivos aos trabalhadores, têm sido responsáveis pelo reordenamento não só do trabalho, mas também dos discursos e das práticas de formação. Desta forma, é preciso entender este movimento de mudança de uma forma de organização do processo produtivo por outra, ou seja, a passagem do modelo taylorista/fordista para a acumulação flexível ou toyotismo.

Conforme Bihr (1998), a partir do final do século XIX surgem dois novos princípios de organização do processo de trabalho que mudarão as condições de exploração capitalista na grande indústria. O taylorismo e o fordismo. O taylorismo é um termo derivado do nome do seu inventor, "um engenheiro americano Taylor (1865-1915), baseado na estrita separação entre as tarefas de concepção e execução, acompanhada de uma parcelização das últimas, devendo cada operário, em última análise, executar apenas alguns gestos elementares" (BIHR, 1998, p. 39).

O fordismo, para Antunes (1998, p. 17), consiste na

> forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo deste século, cujos elementos constitutivos básicos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro fordista e produção em série taylorista; pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição/consolidação do operário-massa, do trabalhador coletivo fabril, entre outras dimensões.

A organização do processo de trabalho com a divisão de tarefas bem delimitadas entre quem desenvolvia atividades intelectuais e quem desenvolvia as instrumentais tinha (tem?) sua correspondência com os sistemas de formação profissional nos quais também havia clara definição de quem seria formado para atender à qual demanda do mercado. Da mesma forma, o trabalhador qualificado tinha certa segurança em saber que quando fosse procurar sua colocação no mercado de trabalho, ele a encontraria e, se tivesse adquirido um rol suficiente de aprendizagens, permaneceria no emprego (KUENZER, 2001).

Essa forma de organização do processo de trabalho, que foi hegemônica durante quase todo o século, foi sendo, em certa medida, superada por uma outra, o toyotismo. O toyotismo tem traços característicos que podem ser assim resumidos: "a produção sob o toyotismo é voltada e conduzida diretamente pela demanda. A produção é variada, diversificada e pronta para suprir o consumo. É este quem determina o que será produzido, e não o contrário, como se procede na produção em série e de massa do fordismo" (Gounet[9], 1992; Coriat[10], 1992b, *apud* ANTUNES, 1998, p. 26).

Assim, há, sem dúvida, uma elaboração teórica e práticas produtivas dando conta que as relações que têm lugar no mundo do trabalho apresentam diferentes elementos em relação aos que foram predominantes até a década de 70. Para Antunes (2001, p. 15),

> nas últimas décadas a sociedade contemporânea vem presenciando profundas transformações, tanto nas formas de materialidade quando na esfera da subjetividade, dadas as complexas relações entre essas formas de ser e existir da sociabilidade humana. A crise experimentada pelo capital bem como suas respostas, das quais o neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível são a expressão, têm acarretado, entre tantas conseqüências, profundas mutações no interior do mundo do trabalho. Dentre elas podemos inicialmente mencionar o enorme desemprego estrutural, um crescente contingente de trabalhadores em condições precarizadas, além de uma degradação que se amplia, na relação metabólica entre o homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias e para a valorização do capital.

David Harvey (2000) descreve as mudanças que aconteceram nos espaços do trabalho na chamada acumulação flexível, informando que não só o capital tornou-se flexível, na sociedade

[9] GOUNET, T. Penser à Lénvers... Le Capitalisme, Dossier Toyotisme. Estudes Marxistes, Bélgica, n.14, maio, 1992.
[10] CORIAT, B. Pensar al revés (trabajo y organización en la empresa japonesa). México/Espanha: Siglo XXI, 1992.

globalizada, mas a flexibilidade invade também os processos de trabalho, as formas de consumo, os mercados de trabalho. A acumulação flexível, termo utilizado por ele,

> é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como em regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego no chamado "setor de serviços", bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas [...] (HARVEY, 2000, p. 140).

Em complementaridade com a flexibilização dos processos de trabalho, assistiu-se à flexibilização das relações de trabalho, sendo o trabalho em tempo parcial e precário, a subcontratação, a terceirização, o trabalho informal, a intensificação do trabalho, o desemprego, o subemprego os grandes achados desse momento para proporcionar a continuidade da acumulação do capital.

> O mercado de trabalho, por exemplo, passou por uma radical reestruturação. Diante da forte volatilidade do mercado, do aumento da competição e do estreitamento das margens de lucro, os patrões tiraram proveito do enfraquecimento do poder sindical da grande quantidade de mão-de-obra excedente (desempregados ou subempregados) para impor regimes e contratos de trabalho mais flexíveis [...] (HARVEY, 2000, p. 143).

Harvey (2000, p. 143), a partir de sua realidade, exemplifica as formas de flexibilização adotadas também para os trabalhadores regulares, com sistemas como "'nove dias corridos' ou jornadas de trabalho que têm em média quarenta horas semanais ao longo do ano, mas obrigam o empregado a trabalhar bem mais em períodos de pico de demanda, compensando com menos horas em períodos de redução da demanda".

Estes modelos além de tudo não consideram as conseqüências para o trabalhador que, dada a instabilidade do tempo de trabalho, tem dificuldade de ter um projeto pessoal para além do trabalho, o que pode desencadear situações estressantes além do estresse físico natural dos períodos em que é exposto a jornadas longas de trabalho.

Além dessa forma de flexibilidade, figura como mais importante a "redução do emprego regular em favor do crescente uso do trabalho em tempo parcial, temporário e subcontratado" (HARVEY, 2000, p. 143).

Assim, é possível afirmar que, se houve, sem dúvida, mudanças na forma de acontecer o trabalho, elas não parecem direcionar-se no sentido de maior ganho por parte dos trabalhadores. Pelo contrário, as novas formas de organização do trabalho parecem ter exacerbado formas de exploração que estão distantes de se configurarem em alguma diferenciação positiva na valorização do trabalhador. Desta forma, concordamos com Antunes (2001, p. 50), quando afirma que "as mutações em curso são expressão da reorganização do capital com vistas à retomada do seu patamar de acumulação e ao seu projeto global de dominação", sendo neste sentido que devemos pensar a reestruturação do trabalho nos tempos atuais.

As alterações no processo de trabalho podem ser observadas na relação que os trabalhadores passaram a estabelecer entre si e com os instrumentos com os quais desenvolvem o trabalho, passando de um trabalho repetitivo para uma atuação em diferentes fases da elaboração do produto. Se antes, com o modelo fordista, as teses indicavam que, gradativamente, o trabalhador ir-se-ia especializando, com a emergência do modelo flexível, elas não se confirmaram e, ao contrário, passou-se a exigir do trabalhador que ele fosse polivalente. Conforme Hirata (1994, p. 129), essa flexibilidade permitiria a superação da crise do padrão de acumulação fordista, e indicaria uma mudança no processo de trabalho, com a volta ao trabalho de tipo artesanal, mais qualificado com uma relação de cooperação entre gerenciadores e "operários multifuncionais". Ainda, para essa autora, as

> qualificações exigidas no interior desse "novo modelo produtivo", representado pelo modelo empresarial japonês, contrastam fortemente com aquelas relacionadas com a lógica taylorista de remuneração, de definição de postos de trabalho e de competências: trata-se da capacidade de pensar, de decidir, de ter iniciativa e responsabilidade, de fabricar e consertar, de administrar a produção e a qualidade a partir da linha, isto é, ser simultaneamente operário de produção e de manutenção, inspetor de qualidade e engenheiro (HIRATA, 1994, p. 130).

Para ela, as novas teses sobre a qualificação do trabalhador fizeram repensar as afirmações de Braverman[11] (1974), do início dos anos 70, que indicavam uma desqualificação

[11] BRAVERMAN, H. Labor and monopoly capital: the degradation of work in the twentieth century. Nova York: Monthly Rewiew Press, 1974.

progressiva dos trabalhadores, dada a introdução das novas tecnologias. Segundo esse autor, haveria um processo de polarização das qualificações, em que a modernização tecnológica "estaria criando, de um lado, uma massa de trabalhadores desqualificados e, de outro, um punhado de trabalhadores superqualificados" (HIRATA, 1994, p. 131). Postulava-se que, com a introdução das novas tecnologias, se exacerbaria a divisão do trabalho e uma contínua desqualificação do grande contingente de mão-de-obra.

Assim, este paradigma dominante de análise foi contestado a partir dos anos 80.

> Vinte anos depois dos primeiros estudos sobre as conseqüências da introdução de novas tecnologias sobre a divisão do trabalho e a qualificação, autores como M. Freyssenet, B. Coriat, H. Kern e M. Schumann, constatam uma requalificação dos operadores, ou uma reprofissionalização, com o aprofundamento da automatização de base microeletrônica nas indústrias (HIRATA, 1994, p. 131).

As exigências do processo produtivo, a partir da introdução das novas tecnologias, ao contrário de requererem pessoas sempre mais desqualificadas, exigiriam agora a requalificação dos trabalhadores. Isso inaugurava uma nova forma de encarar a produção, em que as empresas adotariam organizações do trabalho ditas qualificadoras, tanto pelas oportunidades de formação profissional abertas pela introdução de inovações na empresa, quanto pelas próprias modalidades de execução das atividades produtivas (HIRATA, 1994). Para Kuenzer (2001), mesmo as tarefas simples exigiriam um nível de cognição dado que o executor passou a operar com instrumentos tecnológicos com alto valor e que o seu uso inadequado implicaria desperdício, duplicação de tarefas e riscos.

Kuenzer (2001, p. 17-18) ainda salienta que esta configuração se haveria alterado com a velocidade das mudanças científico-tecnológicas, imprimindo novas exigências a partir do mundo do trabalho. O saber fazer foi tornando-se cada vez mais descentralizado.

> Ao contrário, a crescente complexidade dos instrumentos de produção, informação e controle, nos quais a base eletromecânica é substituída pela base microeletrônica, passa a exigir o desenvolvimento de competências cognitivas superiores e de relacionamento, tais como análise, síntese, estabelecimento de relações, criação de soluções inovadoras, rapidez de resposta, comunicação clara e precisa, interpretação e uso de diferentes formas de linguagem, capacidade para trabalhar em grupo, gerenciar processos para atingir metas, trabalhar com prioridades, avaliar, lidar com as diferenças, enfrentar os desafios das mudanças permanentes, resistir a pressões, desenvolver o raciocínio lógico-formal aliado à intuição criadora, buscar aprender permanentemente, e assim por diante.

Essa nova forma de encarar o processo produtivo tem encaminhado para a adoção de uma massa de conhecimentos e atitudes diferentes das até então requeridas pelo processo produtivo do tipo taylorista, exigindo a adoção do modelo japonês, considerado flexível e mais qualificante. Conforme Hirata (1994, p. 132), "a tese da requalificação dos operadores com a adoção de novas condições de produção vai conduzir – dentro da sociologia das qualificações – a uma superação do paradigma da polarização das qualificações, dominante desde o fim dos anos setenta e à emergência do modelo de competência".

Estas manifestações poderão ser identificadas nos discursos das propostas de mudanças na formação superior e em especial a idéia de formar por competências que foi um dos princípios pedagógicos que passou a compor as orientações das diretrizes curriculares como poderá ser observado no capítulo IV, quando aprofundarmos a discussão dessas implicações dos processos produtivos na formação.

Por ora é preciso salientar que todo esse discurso e exigência de um novo trabalhador, mais qualificado, polivalente, cooperativo, está longe de alcançar toda a realidade brasileira. Mesmo nos locais em que a incorporação de tecnologia microeletrônica tem exigido este novo perfil profissional, isso não tem rompido necessariamente, com as relações de exploração capital/trabalho. Pelo contrário, elas se intensificam. *E, na área da saúde, como isso se tem manifestado?* É um pouco este processo que apresentaremos a seguir.

2.4.1 O Trabalho no Setor Saúde

Em relação às mudanças que o setor tem sofrido, Pires (1998) informa que ele está submetido às mesmas orientações a que se condicionam os demais setores. Tem, contudo, especificidades, uma vez que se localiza no setor de serviços, não produzindo mercadorias mas, sim, um serviço que é consumido imediatamente.

A assistência à saúde se configurou, ao longo do tempo, em um serviço imprescindível na sociedade e, quando entra em crise, a solução não passa por uma medida apenas, mas compreende um rol de medidas que vão, segundo Pires (1998, p. 234), desde "a introdução de inovações tecnológicas e organizacionais; a redução da força de trabalho; a redução da força de trabalho

qualificada; a redução de salários; a precarização das relações de trabalho; a externalização", entre outras.

Outro aspecto importante do sistema de saúde brasileiro é a exclusão do acesso aos serviços da grande maioria da população. Assim, uma pequena parcela pode usufruir serviços que incorporam tecnologia moderna e de base microeletrônica. Apesar dos esforços no sentido da universalização da assistência ou da extensão do direito à saúde, característicos dos Estados de bem-estar social, tal situação ainda não foi possível de ser alcançada no Brasil. O Sistema Único de Saúde, como foi pensado, compondo ações desde a promoção até a reabilitação tem sido construído com dificuldade e ainda não é possível afirmar que ele seja extensivo a toda a população.

Para Pires (1998), as tecnologias de base microeletrônica penetram no setor saúde de forma desigual. Elas podem ser encontradas em instituições privadas e públicas de médio e grande porte que são consideradas de ponta no setor. Ela identificou que essas instituições estão localizadas, principalmente, nas regiões mais desenvolvidas, como as Regiões Sul e Sudeste do país, "nas quais existe um maior contingente de pessoas capazes de consumir privadamente esses serviços e nas quais as demais camadas da população conseguem ter maior expressão política para exigir serviços públicos de qualidade" (PIRES, 1998, p. 240).

Salienta que o uso de tecnologias de ponta ainda não foi capaz de gerar desemprego no setor saúde. Pelo contrário, ele tem aumentado os postos de trabalho. Isto se deve ao fato de que a tecnologia não substitui a atuação humana na tarefa de avaliar, acompanhar e cuidar nas situações de doença. Além disso, o setor saúde, compondo o setor de serviços, como vimos, tem se expandido nas últimas décadas e, conseqüentemente, o número de empregos.

Em nosso entendimento, um outro aspecto pode ser acrescentado a este, pois, mesmo que as políticas de saúde ainda não sejam extensivas e que grande parcela da população não tenha acesso aos serviços, principalmente aqueles que utilizam alta tecnologia, na década de 90, o Estado brasileiro implementou ações de saúde que, de uma forma ou de outra, foram responsáveis pela incorporação de profissionais em seus serviços. Isso poderia explicar parte do aumento no número de empregos no setor, ainda que este aumento tenha acontecido em um espaço que não foi objeto de estudo de Pires (1998), ou seja, no âmbito da atenção primária.

Admitindo que as políticas de saúde elevaram o número de empregos, é preciso relativizar e qualificar esta elevação. Assim, temos a hipótese de que este aumento tem sua maior

expressividade na inserção profissional no Programa Saúde da Família, programa do Ministério da Saúde que se caracteriza por implementar ações de assistência básica de saúde. Neste programa, chama a atenção o fato de que, em alguns lugares ou regiões, o vínculo de trabalho de seus profissionais tem se dado de forma precarizada. A característica dos contratos desses trabalhadores é que eles não têm nenhum direito social adquirido e, após o final do contrato, ou mesmo na vigência dele, a depender das suas articulações políticas e pessoais, pode ser disponibilizado.

Girardi; Carvalho (2003a), discutindo as dificuldades em identificar a forma em que estavam se dando as relações de trabalho na área da saúde, uma vez que os dados disponíveis no Ministério do Trabalho são os relativos às RAIS (Relação Anual de Informações Sociais), e neste registro estão apenas os trabalhadores com vínculos formais de trabalho, afirmaram que a maior parte, dos aproximadamente duzentos mil profissionais que estavam vinculados ao Programa Saúde da Família, não estavam empregados nem no regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), nem como Estatutários e nem sobre qualquer outra forma de relação de emprego. "Com efeito, mais de 70% das prefeituras, por restrições orçamentárias ou 'flexibilidade gerencial', utilizam preferencialmente formas de contratação de médicos e enfermeiros que não configuram relação de emprego" (GIRARDI; CARVALHO, 2003a, p. 33).

Estes mesmos autores, em outro trabalho, chegaram às mesmas conclusões, quando analisaram a qualidade dos postos de trabalho criados pelo Programa Saúde da Família. Para eles a

> fragilidade dos vínculos de trabalho do PSF – quase 2/3 dos empregos gerados não se revestem dos graus de formalização e institucionalidade de relações de trabalho típicas do setor público e do mercado de trabalho privado formal – desconsideram não apenas direitos trabalhistas consagrados como ameaçam a própria continuidade da prestação de serviços de qualidade (GIRARDI; CARVALHO, 2003b, p. 188).

Neto et al. (2003, p. 76), tratando das características regionais do emprego em saúde, ao abordar a Região Nordeste, afirmam que, na esfera municipal, "na qual se insere o Programa Saúde da Família (PSF), produz-se uma típica precarização do trabalho. Ao lado da ampliação da contratação de trabalhadores de enfermagem, pratica-se a informalidade desde os enfermeiros até os agentes de saúde".

Saupe; Geib (2001, p. 6), ao se referirem ao mercado de trabalho na enfermagem, salientam que os "estudos desenvolvidos diagnosticaram um mercado em expansão em termos de número de postos oferecidos, comandados principalmente pelos programas oficiais em saúde. Mas, caracterizado por todos os adjetivos presentes no modelo atual, principalmente: instabilidade, precariedade, competição".

No estudo de Martins (2004), tendo como espaço o hospital especializado, também foram identificadas diferentes formas de vinculação dos trabalhadores com a instituição – terceirizações, por exemplo – que, para a autora, interferiam no processo de comunicação e interação entre os profissionais e comprometia o trabalho cooperativo da equipe.

Pires (2000) encontrou, no setor saúde, no que se refere às relações contratuais, condições de trabalho e segurança no emprego, diversas formas de relações contratuais e uma tendência ao aumento da precarização das relações de trabalho. No conjunto do trabalho em saúde, ela identificou a modalidade de trabalho autônomo, a prestação de serviços, o assalariamento e a precarização do trabalho.

Nogueira (2003) salienta que, no setor saúde, novas formas de gestão do trabalho têm sido priorizadas, nas quais se opta pelo distanciamento da gestão direta, priorizando a aproximação a formas indiretas de relação com os trabalhadores da área, mais claramente observadas com as terceirizações. Conforme o autor, o serviço público, seguindo a via da terceirização, "submete-se à lógica administrativa que tem sido preconizada para a reforma do aparato do Estado, na medida em que promove a separação entre a função de gestão e a de prestação de serviços, o que teoricamente tende a elevar a eficiência dos gastos públicos" (NOGUEIRA, 2003, p. 51).

Ele afirma que a terceirização das ações técnico-profissionais tem se constituído em prática freqüente em hospitais tanto públicos quanto privados, embora haja uma escassez de dados que permitam ter um panorama preciso da situação.

> No caso do SUS, o que há de novo é a diversificação das modalidades de terceirização, não só as referentes aos hospitais, mas também as que se dão no âmbito do sistema de gestão local em seu todo. Caracterizam-se, de um modo geral, por envolver uma mediação feita por empresas privadas, ONGs e cooperativas, que contam, em comparação com a administração pública, com maior liberdade para contratação e fixação de níveis de remuneração (NOGUEIRA, 2003, p. 51).

Diante destas constatações é possível afirmar que, embora exista um aumento no número de empregos, as características que tem se acentuado são as de relações de trabalho flexibilizadas. Vieira; Oliveira (2001, p. 628), concluem que o mercado de trabalho em saúde "vem sofrendo reestruturações preocupantes, entre elas a sua flexibilização, através de contratos precários com perda de direitos trabalhistas, os quais comprometem a cidadania dos profissionais de saúde e em especial dos enfermeiros". Contudo, avaliamos que esta área merece um estudo específico que corrobore e explicite todas as dimensões de tal afirmação.

Ainda, em relação ao uso de tecnologia no trabalho em saúde, Pires (1998, p. 242), afirma que ele

> aumentou o rendimento do trabalho, permitindo que os serviços fossem ampliados, utilizando o mesmo contingente da força de trabalho. Permitiu, também, que alguns procedimentos ficassem menos invasivos, propiciando uma recuperação mais rápida dos clientes e com menos complicações. Associando estes fatores com o aumento da externalização e do auto-serviço, a médio prazo pode ocorrer uma redistribuição do emprego em serviços e a longo prazo poderão ocorrer mudanças na tendência atual de crescimento do emprego em saúde.

Quanto à formação, ela identificou que a introdução de novas tecnologias passou a exigir maior nível de qualificação dos trabalhadores no manuseio dos equipamentos. Este aspecto aprofunda, segundo ela, a divisão entre trabalho manual e intelectual e pode ainda aumentar o uso de trabalho desqualificado. Isto ocorreria em função da introdução de equipamentos que oferecem indicativos das condições do paciente, possibilitando a substituição dos trabalhadores mais qualificados por sujeitos sem muita formação, que apenas seriam responsáveis pelo seguimento e registro do processo efetuado pela máquina, sem compreensão do mecanismo, nem do que as informações registradas significam. Ela alerta, entretanto, que os dados de sua pesquisa "permitiram identificar as duas tendências, mas ainda não foram suficientes para uma avaliação mais conclusiva sobre mudanças no perfil da qualificação profissional da força de trabalho em saúde, em conseqüência do uso de tecnologia de ponta" (PIRES, 1998, p. 242).

Martins (2004) informa que a incorporação de tecnologia parece indicar a necessidade de equivalência quanto à qualificação dos trabalhadores. A necessidade de qualificação identificada pela autora apareceu marcada pela forma de inserção do profissional na equipe. Assim, ela afirma que apesar de que o trabalho em saúde na assistência hospitalar "tenda a se aproximar do paradigma tecnológico, sua organização interna caracteriza-se por uma polarização entre o

trabalho complexo e especializado, e o trabalho manual sem qualificação específica" (MARTINS, 2004, p. 303).

Ela considera que, no espaço institucional estudado, "convivem características da divisão parcelar do trabalho, do trabalho coletivo do modo capitalista de produção, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal" (MARTINS, 2004, p. 314).

Quanto às mudanças na qualificação do trabalho e do trabalhador, ela identificou a coexistência do paradigma fordista e do tecnológico. Assim, os trabalhadores continuavam executando "sua tarefa manual ou mecanicamente, administrando os movimentos próprios da máquina – no caso, dos equipamentos. Por outro, dependendo da tecnologia utilizada e do posto de trabalho ocupado, o trabalhador passa a monitorar as operações e gerir o processo, mais do que executá-lo" (MARTINS, 2004, p. 303).

Um outro aspecto a caracterizar o trabalho em saúde é o que se refere à persistente hegemonia da profissão médica sobre as demais profissões que compõem o setor. Assim, o trabalho assistencial na área da saúde tem se desenvolvido em maior amplitude nos espaços institucionais que, no momento têm sua manifestação mais evidente no espaço ambulatorial ou hospitalar. Ele "resulta de um trabalho coletivo no qual o médico é o elemento central, que detém o controle do processo assistencial e delega atividades a outros profissionais de saúde" (PIRES, 1998, p. 101).

Apesar dessa hegemonia, Pires (1998); Pires; Gelbecke; Matos (2004) afirmam que, mesmo subordinando-se às decisões e encaminhamentos médicos, os demais profissionais conseguem autonomia de avaliação e decisão naquilo que lhes é específico. Assim, não significa apenas uma relação de mando e subordinação, havendo espaço de atuação independente das decisões médicas.

Esta questão da hegemonia médica precisa ser considerada porque um dos elementos discursados, muito antes da proposição de diretrizes curriculares, como essenciais à formação em saúde, era o trabalho em equipe. Como já pudemos discutir anteriormente, esta é uma forma de organização do trabalho que se acentuará com a reestruturação do trabalho destes novos tempos, embora consideremos os limites que estão postos nas novas proposições. *Assim, que possibilidades efetivas existem de atuação em equipe quando há uma histórica concentração de poder em um dos seus elementos componentes?*

Martins (2004), entendendo o trabalho em equipe como um dos eixos do trabalho em saúde, identificou no estudo de uma unidade coronariana de alta complexidade um modelo tradicional de trabalho "em que os médicos, mesmo numericamente menores em comparação aos demais profissionais, detêm o monopólio sobre as atividades no âmbito dos cuidados e das prescrições" (MARTINS, 2004, p. 302).

A autora observou que, apesar dos discursos, a forma de organização do trabalho mantinha padrões tradicionais de fragmentação, em que havia pouco espaço para os trabalhadores desenvolverem a autonomia, a criatividade. Embora o modelo concebido para o local que ela estudou apontasse a "necessidade de um trabalhador polivalente, escolarizado e participativo, a forma pela qual o trabalho em 'equipe' se organiza restringe a participação do trabalhador" (MARTINS, 2004, p. 296).

Assim, o trabalho em saúde acontece de forma hierarquizada e esta hierarquização por vezes desencadeia relações conflituosas, dado que um trabalho acaba sendo mais valorizado que outro. Isto acontece não só em relação à figura do médico, mas no interior da enfermagem é possível identificar conflitos em função da hierarquização e divisão do trabalho.

Martins (2004) observou, em relação ao processo de trabalho, uma divisão clara entre as atividades realizadas pelos diferentes agentes envolvidos – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e pessoal administrativo. Estes profissionais desenvolvem teoricamente um trabalho coletivo, porém, ela afirma que, em relação ao cuidado com a saúde, assiste-se

> um conjunto de ações fragmentadas, realizadas de maneira conjunta, ocorrendo apenas no nível instrumental da tarefa a ser executada em busca de um resultado imediato, sem nenhuma relação no plano da comunicação. A ausência do espaço de discussão do processo de trabalho dificulta a interação entre os agentes (MARTINS, 2004, p. 292).

No que se refere ao trabalho da enfermagem, podemos afirmar com Pires (1998, p. 85) que a

> enfermagem organiza-se como profissão sob o modo capitalista de produção, e desenvolve sua prática no espaço institucional, hospitalar e, depois, no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo em saúde. Desenvolve-se com relativa autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, mas subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial em saúde feito pelos médicos, bem como

> executa o seu trabalho dentro dos constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições assistenciais.

Internamente organiza-se a partir da divisão do trabalho, cabendo aos enfermeiros a gerência do trabalho assistencial, "controlando a globalidade do processo de trabalho e delegando tarefas parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem. A enfermagem, desde a sua organização como profissão, é predominantemente subordinada e assalariada" (PIRES, 1998, p. 85).

Além desses aspectos que caracterizam o trabalho da enfermagem, Dornelles (1995, p. 105) ressalta que ela tem sido discursada e estudada sobre dois pólos que precisam ser superados. Um deles é o que a toma como vocação,

> centrando-se na relação de ajuda existente entre enfermagem e paciente, desvinculando este último (e conseqüentemente a Enfermagem) da realidade social e histórica; o segundo, que busca transformar a Enfermagem em ciência, tentando atingir, através de um corpo próprio de conhecimentos, o *status* da neutralidade científica.

Salienta que ambas têm em comum a capacidade de "fundamentarem-se e concretizarem-se através do deslocamento da realidade social e histórica, por um lado do paciente (a moradia da doença), e por outro da própria prática da Enfermagem, que, ao invés de prática torna-se arte ou ciência" (DORNELLES, 1995, p. 105).

Estes posicionamentos em relação à enfermagem (arte ou vocação) nos remetem à sua constituição histórica e tomá-los de forma isolada, inconteste, irrefletida, retira-lhes especialmente esta marca histórica, portanto, exclui a possibilidade de alteração desta prática. Daí salientarmos a necessidade de tomar a enfermagem enquanto trabalho como uma categoria que potenciaria ações coletivas no enfrentamento das relações conflituosas presentes no trabalho.

Até aqui falamos da enfermagem de forma genérica, porém cabe ressaltar que o trabalho desenvolvido por este grupo de profissionais guarda particularidades que, para a realização deste estudo, devem ser trazidas. O trabalho é desenvolvido tendo, como agentes, diversos elementos com diferentes níveis de formação, ou seja, os atendentes de enfermagem (?)[12], os agentes comunitários de saúde que mais recentemente foram incorporados aos trabalhadores que

[12] Os atendentes de enfermagem, no plano legal, se constituem em uma categoria extinta desde a Lei do Exercício Profissional da enfermagem, Lei 7498 de 1986. Entretanto, estes trabalhadores em muitos lugares continuam realizando suas atividades e participando da produção de serviços de saúde.

desenvolvem ações de assistência, os auxiliares de enfermagem, os técnicos de enfermagem e os enfermeiros. Seguindo esta ordem, os diferentes graus lhes conferem diferentes postos na hierarquia. Os enfermeiros desempenham a função de coordenadores, organizadores, gerentes do trabalho. Há, portanto, uma divisão de trabalho dentro da equipe, que confere ao enfermeiro essa postura gerencial. Como não poderia deixar de ser, esta divisão acarreta conflitos os mais variados dentro da equipe na efetivação do trabalho. Dornelles (1995, p. 110) salienta que a

> posição do enfermeiro é bastante delicada, pois, ao mesmo tempo em que limita e gerencia o trabalho dos outros agentes de enfermagem, este profissional tem o seu trabalho limitado e fiscalizado pela lógica dominante na medicina e pelos proprietários dos estabelecimentos de saúde.

Ao assumir funções gerenciais, o enfermeiro assume os conflitos do trabalho, pois, na verdade, ele acaba funcionando como o braço dos donos das instituições sejam públicas ou privadas. Ele materializa a divisão social do trabalho e das classes sociais, criando até certa animosidade em relação à sua figura dentro das instituições de saúde. É comum ouvir o relato de boicote por parte dos demais agentes da enfermagem em relação ao trabalho do enfermeiro. Este desenvolve um trabalho que se caracteriza pelo controle da equipe de enfermagem, controle este que tende a ser constantemente combatido.

Para Dornelles (1995, p. 110), tais relações de subalternidade e domínio representam "a particularização das relações travadas entre as classes dominantes e as classes subalternas na sociedade em geral, e entre os profissionais (e profissões) hegemônicos(as) e os profissionais (e profissões) subalternos(as) na particularidade do processo de trabalho em saúde".

Acrescentaríamos a estes apontamentos o que avaliamos como um desdobramento destas relações de classe conflituosas a que estão submetidos os enfermeiros. Falamos da sua dificuldade de posicionamento de classe, ou seja, por ser extensão de funcionamento da organização/instituição, ele não se sente parte dos trabalhadores da enfermagem, sempre vislumbrando uma postura elitizada ou tomando posições como se fosse dono dos meios de produção. Entendemos que essa postura explicita a falta de identidade de classe do enfermeiro ao longo da história de constituição da enfermagem como profissão ou da enfermagem chamada moderna.

As sínteses que trouxemos sobre o trabalho em saúde e o trabalho do enfermeiro/enfermagem, nas suas particularidades, embora reconheçam que o trabalho tem traços

da reestruturação produtiva com aspectos da flexibilidade, apresenta-se muito mais carregado das características tradicionais do trabalho. Ou seja, fragmentação, desarticulação, polarização entre trabalho manual e intelectual, hierarquização das relações de poder, entre outras. Parece-nos que o aspecto que se tornou mais evidente das novas formas de gestão do trabalho na área foi o que se relaciona com à flexibilidade das relações no trabalho, explicitando formas de contratação que se caracterizam pela precarização daquelas relações.

Salientamos ainda, conforme Pires (1998; 2000), que, majoritariamente, o trabalho na enfermagem tem se caracterizado pela subordinação e o assalariamento, diferentemente dos discursos que defendem uma postura de empregadores e empreendedores para os profissionais de saúde. Estas defesas precisam ser contextualizadas no panorama trazido neste texto para dimensionarem sua capacidade de efetivação.

Entendemos, ao finalizar este capítulo, que tivemos oportunidade de explicitar aspectos do contexto em que está inserido o nosso objeto de pesquisa que possibilitam demarcar um referencial teórico-metodológico fundamental no momento das análises. Eles nos localizam em uma perspectiva que tem nos aspectos contextuais (econômicos, políticos, sociais) explicações possíveis aos movimentos internos do objeto da pesquisa.

Este movimento interno é o que apresentaremos no próximo capítulo, em que abordaremos a reconstituição histórica do processo de discussão e elaboração das diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil.

3 O PROCESSO DE DISCUSSÃO E ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES

A proposta deste capítulo é recuperar o processo histórico da elaboração das diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem no Brasil, entendendo que a recuperação histórica, além de se constituir em um registro do período, pode explicitar os elos entre as mudanças propostas na legislação da graduação em enfermagem e os condicionantes do contexto social, político e econômico das décadas de 80 e 90 que foram importantes para o desencadeamento de mudanças nos processos formativos. Além disso, pode trazer subsídios para identificar os movimentos de mudança e os possíveis encaminhamentos para a formação.

Estarão subsidiando a reconstrução, o registro e as análises deste processo, os documentos produzidos nas décadas de 80 que orientaram a formação, bem como aqueles da década de 90 que se foram produzindo de acordo com o desenvolvimento da discussão e elaboração das diretrizes curriculares. Além deles, dados importantes estão contidos nos relatórios e anais dos seminários nacionais de diretrizes para a educação em enfermagem (Senaden), sendo, portanto uma importante fonte para pesquisa.

Utilizaremos ainda as informações colhidas nas entrevistas realizadas com os membros da segunda comissão de especialistas de ensino de enfermagem da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação.

Ao iniciar o levantamento dos dados e a análise dos documentos, deparamo-nos com a necessidade de recuar no tempo e partir da formulação do Parecer nº 314/94-CFE e Portaria nº 1721/94-MEC, legislação que antecedeu as diretrizes, tanto porque as duas legislações têm um intervalo de tempo exíguo, quanto pelo fato de que muitos dos elementos constituintes da nova legislação já se faziam presentes naqueles documentos anteriores às diretrizes curriculares. Outro aspecto é que esta recuperação é uma oportunidade de agregar outros elementos históricos que nos auxiliem no avanço das discussões e conhecimento deste período vivido pela enfermagem, pois entendemos que ele ainda é pouco estudado pela área. Assim, buscaremos identificar em que momento e em que direções são introduzidas mudanças e qual o significado delas para a formação do enfermeiro.

3.1 A REFORMULAÇÃO CURRICULAR DAS DÉCADAS DE 80 E 90

Antes de particularizarmos as questões específicas da história da formação na enfermagem brasileira, cumpre registrar a atuação de sua entidade de classe de cunho associativo, que é a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tendo em vista que foi a ABEn a entidade a articular e aglutinar os movimentos coletivos direcionados à mudança, tanto nos anos 80, como nos anos 90.

A entidade foi fundada em 1926, ao mesmo tempo da formatura da primeira turma de alunas da então Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública, criada em 1922. Surgiu com o nome de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas e, em 1954, passou a ser denominada Associação Brasileira de Enfermagem (GERMANO, 1993).

Até a década de 80, a ABEn teve uma história controversa, com aproximação irrestrita às políticas oficiais, acompanhando passo a passo as determinações emanadas dos centros decisórios. Germano (1993) fez um estudo utilizando como fonte a Revista Brasileira de Enfermagem que se constituiu no veículo de divulgação da associação, recortando o período de 1955 a 1980 e concluiu que as bases conceituais que configuravam a direção intelectual, cultural e ideológica no período eram "fundamentalmente conservadoras", não mencionando em nenhum momento a

> existência de uma sociedade concreta no Brasil, regida pelo modo de produção capitalista [...]. A postura assumida é de conservação social, de colaboração com o Estado, difundindo as suas políticas e as suas ações, principalmente na área da saúde, a fim de obter o consenso entre os associados da ABEn (GERMANO, 1993, p. 111).

Dornelles (1995, p. 121) afirma que a associação trouxe, em

> sua essência, o corporativismo e a intensificação da divisão do trabalho em Enfermagem, separando as "verdadeiras" das "falsas" enfermeiras, as profissionais ocupacionais. Trouxe ainda em seu bojo a aliança da Enfermagem moderna no Brasil com as classes dominantes.

Salienta a autora que isso pôde ser apreendido ao se analisar a origem da enfermagem moderna e da ABEn. Esta postura de conformismo com o estabelecido se manteve até o final da década de 70, quando, na sociedade de forma geral, um movimento de contestação se fazia

presente. A enfermagem também buscou, internamente, abrir fendas e inserir outra forma de entender sua prática. A ABEn, através de seus congressos brasileiros de enfermagem, estimulou este processo já no XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1979, que discutiu os desafios da enfermagem brasileira (DORNELLES, 1995). Conforme esta autora, dava-se

> um grande passo na Enfermagem. Pela primeira vez as entidades, mesmo que isoladas umas das outras, começam a refletir sobre questões mais amplas, determinantes da realidade cotidiana de cada categoria e comum a toda a equipe [...]. A Enfermagem começa a enxergar-se inserida na realidade social e histórica concreta, e a refletir sobre tal realidade (DORNELLES, 1995, p. 143).

Na efetivação deste processo articulou-se o Movimento Participação, que atuou no sentido de alcançar a direção da ABEn e mudar a postura da entidade.

De acordo com Oliveira (1990, p. 47), o Movimento Participação representava um fenômeno social e político no interior da enfermagem, como também uma nova forma de conceber, contrária à enfermagem que nascia das "velhas práticas e estruturas ainda presentes no interior da ABEn".

Ela considera que o movimento "sofreu a influência da mobilização de massas acontecido no Brasil no final da década de 70 e meados de 80, o qual ensejava novas formas de ação coletiva que proliferavam em todo o país, constituindo os movimentos sociais urbanos" (OLIVEIRA, 1990, p. 47).

Assim, o movimento representou a luta e intervenção política interna e externa e foi

> gerado pela própria crise da Enfermagem Profissional, e da sociedade brasileira, configurada como uma crise de identidade do enfermeiro, de sentimentos e idéias, dos costumes e tradições, da "Ciência da Enfermagem", das práticas políticas (passividade, colaboração com o "STATUS QUO" ou combatividade), bem como em razão da desvalorização econômica e social do trabalho da enfermagem (OLIVEIRA, 1990, p. 47).

Ela registrou o XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado em São Paulo, no ano de 1983, como uma ocasião importante para o início de todo o processo de movimentação na enfermagem. Cita, a partir da fala de um dos sujeitos que participaram de sua pesquisa, que havia três grupos divididos no interior da enfermagem naquele momento. Um grupo formado por enfermeiros paulistas, com postura altamente elitista e atuando no sentido da manutenção do

s*tatus quo*; um segundo grupo, formado por enfermeiros do Rio de Janeiro, com alguns questionamentos, mas que também não ameaçava a permanência da situação, ao mesmo tempo que tinha também uma postura elitista (este grupo fazia mais uma oposição ao grupo de São Paulo, pois os dois grupos se alternavam na presidência da ABEn); um terceiro grupo, que questionava estas posturas e que tinha interesse em mudar amplamente a atuação da enfermagem e que começava a se articular.

Sobre os condicionantes que teriam atuado na organização do movimento, a autora afirma que a

> desvalorização profissional acompanha a enfermagem desde o seu surgimento, porém se agrava com o passar do tempo e atinge um quadro crítico de desvalorização econômica e social desta prática na sociedade brasileira, retratado na crise de identidade do enfermeiro; na desvalorização do trabalho de enfermagem, que reflete as atuais condições de trabalho (jornadas exaustivas, baixos salários, etc.); na deterioração da assistência de enfermagem prestada à população; na passividade dos profissionais da área diante da situação, demonstrada apatia, descrença, imobilismo, e o comodismo, entre outros. A ABEn, embora venha se preocupando com a questão há algum tempo, não conseguiu respostas, sequer para amenizar as conseqüências da crise. Assim, o problema continuou em pauta e representou uma fonte de motivação e mobilização para um número crescente de profissionais de enfermagem nos serviços, EE [Escolas de Enfermagem], e nas entidades, podendo ser identificado como um dos fatores propulsores do MP [Movimento Participação] no início da década de 80 (OLIVEIRA, 1990, p. 55).

Além disso, havia fortes questionamentos sobre a postura rígida, autoritária e elitista das representações da enfermagem que se agravava com o não encaminhamento dos interesses e das reivindicações da categoria. Havia uma postura de apelo à boa vontade e à sensibilidade dos governantes sempre buscando não se afastar da tutela do Estado.

Segundo Albuquerque; Pires (2001), o Movimento Participação visava transformar a ABEn em uma entidade democrática; que ela fosse fortalecida institucionalmente e interlocutora de toda a categoria; que tivesse visibilidade social com caráter classista, no sentido de articulação política com os demais trabalhadores; que atuasse de forma independente e autônoma, diante das ingerências de patrões, governos, partidos políticos e dos interesses do capital industrial no setor saúde. Em relação a este último aspecto, chama a atenção que a ABEn tivesse uma relação com estes setores ao ponto de permitir que as indústrias e os grandes laboratórios inserissem

integrantes seus nas Comissões de avaliação para a destinação de prêmios nos congressos brasileiros de enfermagem, por exemplo.

Da mesma forma, Rossi (2001, p. 213) relata que, no XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1979, já havia insatisfação da categoria com a entidade que tinha uma postura clientelista e "de colaboração com o governo, com uma disponibilidade de colaboração com as multinacionais de equipamentos hospitalares e de medicamentos, sem responder aos reclamos profissionais".

O movimento que se iniciava na enfermagem tinha como inspiração as atividades do movimento popular e dos trabalhadores e não tinha como foco apenas a mudança de direção da associação, mas almejava vincular-se a um projeto de transformação social.

> Assim, propunha ganhar a eleição na perspectiva de realizar uma ampla reforma na prática profissional e construir, coletivamente, uma nova direção intelectual, moral e política para a Enfermagem brasileira, começando pela ABEn. Surge, portanto, atrelada ao processo social pela transformação da situação de saúde da população e dos serviços de saúde no Brasil (OLIVEIRA, 1990, p. 71).

Ela registrou que o movimento ganhou materialidade em uma reunião que aconteceu no XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem na garagem do Centro de Convenções em São Paulo, da qual saiu a decisão de lançar uma chapa para concorrer às eleições que aconteceriam no ano de 1984.

Conforme Oliveira (1990, p. 100), o Movimento Participação explicitou o

> momento de explosão da oposição no interior da ABEn, de explicitação dos conflitos e das posições divergentes [...]. Um clima de grande mobilização e de efervescente participação da categoria, com dinâmica e práticas diferentes das vivenciadas até então, caracterizadas pela passividade e imobilismo. Era a categoria aprendendo a contestar, a tomar posições e a organizar uma postura de lutas para conquistar o direito de participar ativamente na história do seu tempo e a diretoria da ABEn-central sendo forçada a conviver com práticas de oposição.

A autora mostrava os limites ao Movimento Participação ao afirmar que havia uma contradição explicitada na dicotomia entre aquilo que se pensava e aquilo que efetivamente se realizava no cotidiano da enfermagem. Para ela, essa

> contradição permeou o MP [Movimento Participação], revelando uma grande multiplicidade de homens-massa que ainda não alcançaram a concepção do mundo crítico e coerente, permanecendo ainda na fase da crítica ocasional e desagregada. O movimento tinha, portanto, o desafio de interpretar e organizar a vontade coletiva dispersa de uma categoria pobre em elementos organizativos, e com um grande contingente de enfermeiros atuando sem uma clara consciência teórica desta ação (OLIVEIRA, 1990, p. 121).

Oliveira (1990) afirma que, mesmo com o Movimento Participação, houve uma persistência de práticas elitistas no interior da enfermagem, sendo que o enfermeiro não conseguiu desenvolver uma consciência que o libertasse da valorização do *staus quo*. Persistiu também um misto entre a busca de oposição às políticas oficiais e a aceitação, outras vezes, como forma de acessar recursos tanto com o setor público como com o privado, mantendo vinculação efetiva com as políticas oficiais do Estado. Ou, nas suas palavras,

> as práticas desenvolvidas pelo MP [Movimento Participação], correspondem concretamente ao trabalho da articulação que deu sustentação ao movimento, que configura a identidade coletiva possível de um movimento de mudanças na Enfermagem. Esta realidade, na verdade, tem frustrado muitas expectativas que percebiam no movimento um potencial para transcender as lutas específicas. Mas, por outro lado, o entendimento da mesma possibilita uma leitura objetiva e menos ideológica do referido movimento (OLIVEIRA, 1990, p. 169).

Rossi (2001) informa que foi necessário enfrentar posturas ideológicas e políticas elitistas no interior da categoria de enfermagem, entre as quais cita a da resistência dos sócios à filiação dos outros exercentes da enfermagem, como os auxiliares e técnicos de enfermagem. Ressalta a crença, que há na enfermagem, de que esta prática social seja uma ciência; de que as ações de enfermagem são apolíticas, enfatizando que tais posturas têm sérias incoerências teóricas e práticas "e um discurso que não se sustenta na prática realizada. O Movimento Participação não conseguiu reverter essas posturas, mas plantou a semente" (ROSSI, 2001, p. 225).

Assim, mesmo que toda a mobilização da década de 80 tenha estremecido as bases de uma ABEn conformista e inserido em sua direção uma outra forma de entender a enfermagem, tal movimento não foi tão forte a ponto de manter e criar condições de mobilização nacional e tampouco um aprofundamento da luta política da associação.

De resto, é preciso considerar que a continuidade do movimento teve pela frente um contexto nada favorável ao desenvolvimento de consciências polemizadoras. Ao fim da ditadura militar e início da abertura política, havia condições concretas para o arrefecimento dos ânimos,

arrefecimento que iria ser aprofundado a partir de 1994 e por toda a década de 90, com o consenso neoliberal instaurado no país.

Oliveira (1990, p. 168) reflete que a consciência política dos enfermeiros, apesar de todo o movimento da década de 80, não conseguiu evoluir do corporativismo. Para ela, "ainda é forte entre os enfermeiros o entendimento de que sua luta tem limites definidos, independente dos demais agentes da enfermagem, da saúde e, portanto, não tendo nada a ver com a luta geral".

No que se refere à questão educacional, havia preocupação com a identidade profissional da enfermagem manifestando-se nas críticas ao currículo vigente e com a educação como um todo. Com a criação, pelo Ministério da Educação, das comissões de especialistas, estas discussões tornaram-se mais evidentes (MANCIA et al., 2002).

O relato de E4[1] informa sobre a articulação da comissão de especialistas para a aprovação da Portaria nº 1721/94-MEC. Ela fala da articulação de três instâncias importantes, que eram a

> comissão de especialistas que já existia aqui na SESu [...]. A Coordenação geral do Inamps que era eu a Coordenadora que assumi em 85 e ficamos até 88 e como Coordenadora geral do Inamps, o maior serviço de enfermagem no Brasil naquela época, eu tinha assento na comissão de especialistas. Então eu passei a ser membro da comissão de especialistas que era presidida pela Vilma de Carvalho. Tinha a Neide Ferraz e a ABEn e com a Participação ter assumido a ABEn, com a Abigail como Diretora de Educação também passou a ter assento na comissão de especialistas. Então uma comissão de especialistas que tinha cinco ou seis pessoas tinha duas pessoas que vinham do Movimento Participação. Eu, representando a Coordenadoria de Enfermagem do Inamps e também da Diretoria da ABEn, porque eu também era Coordenadora de serviço da ABEn e a Abigail representando a Diretoria de Educação da ABEn. Então era evidentemente uma influência quantitativamente minoritária na composição da comissão, mas qualitativamente forte porque eram duas pessoas que vinham da Diretoria da ABEn, por dois caminhos diferentes e que por ter sido eleita aquela Diretoria, ter sido empossada com muita representação da sociedade fora da enfermagem e pela enfermagem e com os seminários promovidos pela ABEn e pela comissão de especialistas, mas na verdade durante os quatro seminários que foram quatro, eu estive em todos e a Abigail também, no final dos quatro seminários o que ficou nítido foi que a ABEn é que deu o tom.

Assim, apesar de uma postura nem sempre crítica, a ABEn esteve envolvida com a formação dos agentes da enfermagem, atuação que se tornou mais substantiva a partir da década de 80, como já atestamos.

---

[1] Ao nos referirmos aos dados colhidos nas entrevistas utilizaremos as siglas E1, E2 E3, E4 que significam Especialista 1, Especialista 2, Especialista 3 e Especialista 4, respectivamente.

Na segunda metade da década de 80, no bojo das movimentações políticas tiveram início as discussões sobre a formação e foram realizados vários seminários regionais e nacionais visando ampliá-las. A realização destes seminários foi o substrato para a construção e consolidação de um espaço específico e regular de discussão destas questões, os Senadens. Eles iniciaram em 1994, na cidade do Rio de Janeiro, logo após a aprovação do Parecer nº 314/94-CFE. A partir daí, foram se realizando periodicamente, sendo que o Segundo aconteceu em 1997, na cidade de Florianópolis; o Terceiro novamente no Rio de Janeiro em 1998; o Quarto em Fortaleza no ano de 2000; o Quinto em São Paulo no ano de 2001; o Sexto em Terezina no ano de 2002; o Sétimo em Brasília em 2003 e o Oitavo em Vitória no ano de 2004.

Os Senadens são seminários organizados e executados pela Associação Brasileira de Enfermagem, através de sua Comissão de Educação (tanto no seu órgão central, que é a ABEn Nacional, quanto pelos seus órgãos descentralizados, representados pelas Seções, que materializam os seminários) e têm buscado discutir a educação em enfermagem nos seus três níveis – médio/profissionalizante, graduação e pós-graduação. Embora haja um esforço de integração destes três níveis, percebe-se um certo enfoque na graduação. As edições do seminário passaram a ser anuais a partir de 2000 e continuarão com esta periodicidade até o ano de 2006, conforme deliberação da plenária do evento naquele ano. Esta necessidade se justificou nos encaminhamentos que as diretrizes curriculares desencadearam.

Pode-se dizer que a ABEn, através destes fóruns de discussão, tem influenciado os encaminhamentos sobre a formação e tem se constituído em agente fundamental na elaboração de propostas para a educação em enfermagem.

A evolução dos Senadens em sua periodicidade, temáticas e objetivos pode ser acompanhada no quadro a seguir.

Quadro 1: Demonstrativo das temáticas e objetivos dos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil – Senadens

	Data/local da Realização	Tema Central	Sub-Temas	Objetivos
1º Senaden	02 a 06 de maio de 1994 – Rio de Janeiro/RJ.	Diretrizes para a educação em enfermagem.	Formação no nível médio, graduação, especialização.	Elaborar diretrizes e estratégias delineadoras da política de educação em enfermagem no Brasil.
2º Senaden	08 a 11 de setembro de 1997 – Florianópolis/SC.	Não foi possível identificar, mas poderíamos dizer que se mantinha a discussão de diretrizes para a educação e, neste momento mais intensamente, a articulação dos níveis médio, graduação e pós-graduação.	Não foi possível identificar	**Objetivo Geral:** Discutir e estabelecer as diretrizes gerais para a educação em enfermagem, articulando os diversos níveis de formação. **Objetivos específicos:** - Refletir sobre a realidade estrutural da sociedade brasileira no contexto do mundo em transformação com vistas a subsidiar a definição das diretrizes para a educação em enfermagem no Brasil. - Discutir e analisar as políticas governamentais de formação de trabalhadores da área da saúde e enfermagem. - Avaliar a operacionalização das propostas do 1º Senaden, a partir das diretrizes estabelecidas. - Reconhecer e analisar os eixos norteadores da

				formação de enfermagem nos diferentes níveis. - Discutir a implantação do currículo mínimo nas escolas de graduação em enfermagem. - Discutir as propostas de currículo mínimo para formação de profissionais de nível médio. - Analisar as relações dos programas de pós-graduação com os demais níveis de ensino de enfermagem.
3º Senaden	23 a 26 de março de 1998 – Rio de Janeiro/RJ.	As diretrizes para a educação em enfermagem no contexto da LDB	Não foi possível identificar.	**Geral**: Discutir o ensino-aprendizagem da enfermagem em seus diferentes níveis à luz da LDB (Lei nº 9394/96), com vistas à formulação de propostas de diretrizes curriculares para a formação de profissionais de enfermagem. **Específico**: Estudar o Edital 4/97/SESu/MEC, a fim de subsidiar as escolas e a ABEn para uma manifestação junto ao MEC.
4º Senaden	25 a 28 de abril de 2000 – Fortaleza/CE.	Enfermagem: estratégias e perspectivas político pedagógicas.	Estratégias de ensino: articulação dos três níveis de ensino da enfermagem. Articulação político-pedagógica na formação dos diferentes níveis de ensino em enfermagem:	- Discutir a aplicação das novas diretrizes para o ensino de enfermagem junto aos órgãos formadores. - Discutir projetos político-pedagógicos que viabilizem uma enfermagem voltada para as necessidades de sua clientela. - Fortalecer o espírito corporativo da

			condições de trabalho; qualificação em serviço; qualificação docente; segurança trabalhista. LDB: diretrizes curriculares para os três níveis de ensino em enfermagem. Cursos seqüenciais.	enfermagem através de mecanismos que possibilitem a integração do ensino nos três níveis (médio, graduação e pós-graduação).
5º Senaden	04 a 07 de julho de 2001 – São Paulo/SP.	Avaliação no contexto das diretrizes curriculares para a educação em enfermagem: prioridades, implicações e desafios.	Avaliação de competências (processo ensino aprendizagem; habilidades e competências); Avaliação institucional (corpo docente; projeto político pedagógico). Avaliação no contexto da educação profissional e do ensino de graduação; políticas de formação de recursos humanos em enfermagem.	- Discutir e avaliar propostas e diretrizes relativas a: - Avaliação de competências relacionada ao processo ensino-aprendizagem e ao desenvolvimento de habilidades e conhecimentos. - Avaliação institucional no âmbito do projeto político pedagógico e do corpo docente. - Políticas de formação de recursos humanos em Enfermagem. - Implicações do exame nacional de cursos para o ensino, pesquisa e assistência. - Avaliação da educação profissionalizante, da graduação e da pós-graduação em enfermagem.

6º Senaden	27 a 30 de maio de 2002 – Teresina/PI.	Educação e mudanças: discutindo os contextos, textos e lições propostas.	Mudança na formação dos trabalhadores da enfermagem. A pedagogia das competências e o currículo integrado. O Exame Nacional de Cursos. A especialização dos trabalhadores de nível técnico; As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação. A Licenciatura e o formador em educação profissional; Os Senaden (s) e as diretrizes para a educação em enfermagem; A pós-graduação em enfermagem: contribuições e mudanças;	Não foi possível identificar nos anais do evento.
7º Senaden	18 a 21 de setembro de 2003 – Brasília/DF.	Educação em enfermagem: buscando a coerência entre intenções e gestos.	Políticas de formação nos níveis técnico, graduação e pós-graduação. Regulação social das práticas em saúde/enfermagem. A investigação do ensino de Enfermagem.	Aprofundar a análise das intenções e dos gestos que caracterizam as diferentes experiências de formação profissional em enfermagem, frente aos fins sociais, as políticas públicas de saúde e educação e a regulação das práticas, subsidiando as mudanças promotoras de saúde.

			Política de formação do docente da educação profissional.	
8º Senaden	31 de agosto a 03 de setembro de 2004 – Vitória/ES.	Educação em enfermagem: discutindo mudanças, pesquisando o novo e superando os desafios.	Educação em enfermagem e seu compromisso com as políticas de educação e saúde. Educação em enfermagem e a formação do educador: quem educa o educador em enfermagem? Educação em enfermagem e o processo de produção do trabalho em saúde.	Discutir, refletir, formular políticas, compartilhar idéias, propostas e estratégias pedagógicas, que possam contribuir para a formação de profissionais de enfermagem em todos os seus níveis de ensino. Discutir e refletir criticamente sobre a articulação do ensino, do trabalho e da pesquisa, como um dos fatores determinantes de qualidade na formação profissional. Explicitar políticas de capacitação de recursos humanos na enfermagem.

Fonte: Relatórios e Anais dos Seminários Nacionais de Diretrizes para Educação em Enfermagem – 1994, 1997, 1998, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004.

Se partirmos do pressuposto de que a ABEn tem sido fundamental na organização da categoria e que ela historicamente teve uma certa aproximação às políticas oficiais, às exigências do campo da economia, podemos afirmar que na questão do ensino não foi diferente. Isto pode ser averiguado quando recuperamos a história das alterações curriculares desta área em que se observa que as exigências do mundo econômico apareceram como os norteadores das referidas mudanças (RODRIGUES, 2000).

Entretanto, como já apontamos acima, estes caminhos tenderam a ser trilhados em outra direção. Assim, a elaboração do Parecer nº 314/94-CFE, em virtude do momento político que se vivenciava, materializou uma forte tentativa de romper com esta lógica de aproximação do ensino às exigências do mercado de trabalho. Reportando-nos ao contexto, afirmamos que a sua construção tinha como panorama histórico a abertura política após o regime militar instaurado em 1964, abertura que foi fruto de movimentos sociais nos quais a enfermagem organizada se envolveu e desencadeou movimento de crítica interna de sua prática.

Assim, ao final de um período de discussões e tramitações – 1987 a 1994, foi emitido o Parecer nº 314/94-CFE e a Portaria nº 1721/94-MEC, que passaram a orientar a formação do enfermeiro no Brasil. No Parecer nº 314, de 06 de abril de 1994, do Conselho Federal de Educação, órgão do Ministério da Educação e Cultura, em sua primeira parte, o "relatório", pode-se encontrar um "histórico e situação" da formação, no qual foi registrada a discussão sobre a formação do enfermeiro, desde 1987, com a realização dos seminários regionais e nacionais, dos quais saiu a proposta de um novo currículo mínimo. Havia a justificativa para a mudança pretendida, destacando que "era unânime" a constatação de que a legislação vigente estava inadequada tanto em relação ao mercado de trabalho, quanto em relação às mudanças no perfil demográfico e epidemiológico do país. Denunciava a idéia de habilitações na graduação com a constatação da indefinição profissional e um ensino pulverizado, longe da formação de uma base profissional, além do que apontava a formação fortemente ligada ao modelo médico centrado no hospital com a secundarização da saúde pública (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1994).

A partir destes pontos, que são chamados de consensuais, estabeleciam-se os pressupostos, princípios e diretrizes que deveriam embasar a nova proposta.

O Parecer 314/94-CFE trazia uma apresentação da estrutura curricular dos cursos de enfermagem, bem como a proposta de um novo currículo mínimo. Nela, introduziu-se a noção de

áreas temáticas, nas quais deveriam se aglutinar as matérias e disciplinas das Ciências Biológicas e Humanas, tendendo a um equilíbrio. As áreas temáticas definidas foram: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, incluindo Ciências Biológicas e Ciências Humanas, Fundamentos da Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem.

Em sua segunda parte, o Parecer nº 314/94-CFE trazia a duração e carga horária mínimas para a graduação, que ficou estabelecida em 3.500 horas/aula, com duração de quatro a seis anos ou oito a doze semestres letivos, respectivamente. Além disso, compunha o documento, um anexo no qual havia a distribuição das matérias/disciplinas e os percentuais de carga horária de cada área temática.

A discussão dessa legislação para o ensino de graduação em enfermagem teve início na segunda metade do ano de 1987, com a realização de seminários por regiões em todo o país que tinham a incumbência de "caracterizar a situação do ensino de graduação em enfermagem por região e apresentar alternativas para os problemas identificados" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1994, p. 1). O resultado dessas discussões regionais foi reunido em um seminário nacional na cidade do Rio de Janeiro, em outubro de 1987.

Conforme dados registrados no Parecer nº 314/94-CFE, em seu histórico, após esta primeira etapa, outra a sucedeu e teve início com um seminário nacional com o tema central "Perfil e competência do enfermeiro", realizado no ano de 1988. A partir dele se desencadearam os seminários por regiões e foram seguidos por uma oficina de trabalho que visava fazer a articulação entre as duas primeiras etapas.

> A partir da proposta "alinhavada" nos seminários anteriores e com base nos problemas identificados como prioritários e dos postulados estabelecidos como fundamentais, realizou-se um encontro nacional em Niterói, onde foi aprovada uma proposta formal de alteração do atual currículo mínimo (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1994, p. 2).

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) discutiu e divulgou a proposta em dois principais momentos, que foram os 41º e 42º Congressos Brasileiros de Enfermagem (CBEns) de Florianópolis em 1989 e de Natal em 1990, respectivamente. Após esta divulgação nacional, ela foi complementada e aprovada em uma versão final, sendo então encaminhada ao Ministério da Educação, mais precisamente ao então Conselho Federal de Educação (CFE) (MINISTÉRIO DA

EDUCAÇÃO E CULTURA, 1994).[2] Mancia et al. (2002) informam que a ABEn realizou uma oficina em maio de 1991, para a qual foram convidadas as outras entidades da enfermagem como o Conselho Federal de Enfermagem, Federação Nacional dos Enfermeiros, as comissões específicas da ABEn como a de serviço, educação, pesquisa, legislação, além dos ex-membros da comissão de especialistas. A idéia era formatar uma proposta que representasse o que era esperado pela categoria em relação à formação do enfermeiro.

É ressaltado no Parecer nº 314/94-CFE que a proposta enviada ao Conselho Federal de Educação tinha a ampla aceitação da categoria ali representada pelas escolas e entidades de enfermagem. Isto nos dá algumas indicações de que foi um processo que visou, através do envolvimento de pessoas organizadas em torno da Associação Brasileira de Enfermagem, a legitimidade.

Em nosso contato com os membros da comissão de especialistas de enfermagem inserimos questões que pudessem nos trazer elementos deste momento histórico. Embora nem todos os sujeitos entrevistados tenham feito parte formalmente daquele processo, entendemos que são pessoas que acompanharam e se envolveram nas discussões que embasaram as mudanças na educação em enfermagem e, portanto, têm condições de ajudar na recomposição do período. Assim, a reformulação curricular de 1994, pelo que pudemos depreender de nossas entrevistas, foi fruto de uma profunda insatisfação com a formação e, além disso, das possibilidades de discussões efetivamente colocadas no cenário da saúde de uma forma geral. Além desse aspecto, a questão do desenvolvimento da pós-graduação parece que teve certa influência à medida que os estudos traziam para a interioridade da enfermagem múltiplos referenciais teóricos abrindo maior espaço para discussões. Como nos salienta E2, foi

> a pós-graduação eu penso que teve uma grande influência nessa busca de outros referenciais teóricos, na busca de uma outra forma de enxergar e que veio trazendo estas inquietações para a classe de enfermagem.

[2] Oliveira (1994, p. 39) sintetizou o processo de elaboração e tramitação do Parecer nº 314/94-CFE dizendo que os produtos desse processo foram: "1) Uma avaliação coletiva do ensino de enfermagem referenciado pela Resolução nº 4/72 no período de 86/89; 2) A construção da proposta do novo currículo mínimo para a formação do enfermeiro e envio da mesma à SESU/CFE pela ABEn-Nacional em nome da enfermagem (90/91); 3) A transmissão e apreciação da referida proposta no MEC/CFE com o acompanhamento da ABEn (92/93); 4) A aprovação do parecer do relator favorável ao Projeto de Resolução do Currículo Mínimo de Enfermagem no CFE, sob nº 314, de 06.04.94 e o envio ao gabinete do ministro para homologação e publicação; 5) A aprovação do Parecer 314/94 do então CFE, pelo ministro do Estado da Educação e do Desporto (despacho publicado em 28.11.94-DOU); 6) E, finalmente, devido a mudanças normativas e à extinsão do CFE, o MEC aprova o Projeto de Resolução/anexo do Parecer 314/94, através da Portaria 1.721/94 publicada em 16.12.94 no DOU".

Em outra fala, pudemos perceber que a inserção da enfermagem na pós-graduação também foi importante quando ela se dá já de forma questionadora, pensando em fugir do que a entrevistada chamou de "positivismo quadrado" (E1). A questão da pós-graduação aparece também na fala de E4, ao dizer que não havia só uma preocupação com a educação, pois foi pensar

> a educação, pensar o serviço, pensar a pós-graduação. Estruturar uma pós-graduação *stricto sensu* na área da enfermagem.

Outras justificativas ainda podem ser observadas diretamente nas falas que transcrevemos abaixo. Na primeira delas evidencia-se, como fator componente da mudança, a idéia da rigidez curricular que era tomada como justificativa para pensar e propor outro currículo. Assim, E1 afirma que o currículo

> era muito engessado e muito ligado ao fator biológico e já nesta época a enfermagem já tinha uma visão do cuidado e do cuidar de maneira diferente e que não atendia às nossas necessidades, o que a gente aprendia na escola.

Outro aspecto foi apontado por E2, como a necessidade de um currículo que contemplasse a assistência em todo o ciclo evolutivo, ou seja, o novo currículo viria para tentar

> mudar, ou seja, dando uma visão do todo, do ser humano nos seus diversos, nos seus diversos momentos da vida [...], seja na criança, depois na adolescência, no adulto ou o que é inerente a cada fase desse processo. Então a Portaria [Parecer] 314 eu vi que ela mudou neste sentido. Ela veio para que pudéssemos integrar. Pudéssemos dar um conteúdo que fosse de integração. De realmente estar vendo o ser humano como um todo.

E3, ao recuperar o movimento de organização da enfermagem em torno da reformulação curricular de 1994, afirmou que foi

> um período fértil para as discussões relativas à mudança da estrutura, da organização curricular dos cursos de enfermagem. Aí teve todo um conjunto, todo um bloco de seminários. Seminários regionais, nacionais, buscando melhorar a qualidade e essa busca, ela foi pautada nas críticas que já vinham sendo feitas desde a época do Parecer 163/72. Desde essa época quando começou-se a perceber as lacunas contidas no Parecer 163/72, que começou toda

> uma série de questionamentos e, a partir daí foi se formando toda uma concepção de que havia necessidade de mudança da organização curricular dos cursos de enfermagem. Aí se desencadeou todos aqueles seminários na década de 80 que serviu de subsídio, que serviu de alimento, de base, de fundamentos para a Portaria 1721 de 1994, que a gente também começa a verificar que precisa de aperfeiçoamentos. [...] mas, ela recebeu o crivo da categoria. Das discussões, das expectativas, da realidade dos cursos voltados para a formação do enfermeiro.

Outro elemento identificado como importante foi a inserção efetiva da enfermagem na vida universitária, como vemos a seguir, na fala de E4:

> A enfermagem fazendo uma revisão, uma releitura da Associação Brasileira de Enfermagem. A criação dos conselhos. Conselho Federal de Enfermagem na década de 70 e a enfermagem ingressando, aí sim, na carreira, na profissão, na vida universitária. A enfermagem começa então a ser uma profissão que passa a viver intensamente a vida universitária porque antes não era. Então a enfermagem entra para o grupo das carreiras localizadas, com formação localizada na universidade, pública ou privada. Isso vai se dar na década de 70, mais expressivamente nas federais [...].

Entretanto, outros elementos além desses que, poderíamos dizer, são internos a este campo de prática, justificavam a movimentação em torno da reformulação curricular. A natureza do processo nos parece que foi possibilitada, em certa medida, pelo contexto que conformava a saúde no Brasil em que o movimento histórico principal foi a Oitava Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no ano de 1986 e se constituiu em um marco para a construção do Sistema Único de Saúde. No setor saúde, a Oitava Conferência foi um espaço que culminou todo um período de discussão coletiva de questões da saúde, envolvendo intelectuais das universidades e associações de classe dos profissionais de saúde, discussão até então praticamente inexistente, que ficou conhecido como movimento da reforma sanitária. Como resultado desse movimento, ganhava relevância a necessidade de reorganização do sistema de saúde brasileiro e a conseqüente necessidade de formação de um outro profissional para a área e, dentre eles, a do profissional enfermeiro, que até então estava basicamente voltada para os ambientes hospitalares, em consonância com o mercado de trabalho neste espaço focalizado em função do modelo de atenção hegemônico. Ou, ainda, como recuperou E4, foi um processo que não se deu apenas com o ensino, mas em toda a enfermagem, além disso, foi uma reviravolta no entendimento desta prática, tomando-a como trabalho, como uma prática social.

> Eu acho que o grande marco nesse período em final da década de 70 e início da década de 80, o grande motivo para se mudar, se pensar em reformulação curricular, não se deu só com o ensino, foi na enfermagem como um todo não é? [...] Ela veio no bojo de uma mudança maior para a enfermagem. A enfermagem enquanto profissão, não mais enquanto sacerdócio. A enfermagem enquanto uma prática social, historicamente determinada. Quer dizer é uma base conceitual nova [...].

Além desses aspectos, E4 ressaltou a importância do cenário político e econômico do momento, bem como do movimento da reforma sanitária, como podemos ver abaixo:

> Então aí com todo esse movimento, político, social, econômico. Final da ditadura, início de uma redemocratização, isso na década de 80, acompanhando o movimento da Reforma Sanitária, porque eu acho que sofre, a enfermagem sofre uma influência muito grande e também influencia bastante esse processo da Reforma Sanitária brasileira. A criação do Sistema Único, das AIS [Ações Integradas de Saúde], tudo isso não vem somente no campo do serviço, vem da grande questão política, isso influencia a questão da educação em enfermagem, da formação em enfermagem. Então há todo um movimento de primeiro reformular o currículo, pensar seminários e tal pra se debater essa formação do enfermeiro no contexto da Educação Superior, mas também se pensar o serviço, se pensou muito o serviço. Não foi um movimento isolado, [...].

Outro aspecto que foi lembrado por E4 como importante, neste momento na fomentação da discussão na internalidade da enfermagem, foi a inserção na profissão de pessoas que tinham uma militância político-partidária para além da área, como podemos ver nesta fala:

> foi um movimento global na enfermagem liderado por pessoas que tinham uma militância política, fora da enfermagem. Isso é uma coisa meio inédita que pessoas que tinham uma vivência partidária, uma vivência política. Maria José tinha sido exilada, voltou do exílio. Jorge Lorenzetti, só pra dar alguns nomes. Pessoas que [...] até hoje Jorge é do PT e naquela época ele também já era uma grande liderança do PT em Santa Catarina. Então pessoas [...] Denise [...] então pessoas que tinham uma vida política partidária independente da enfermagem e que fizeram esse movimento muito interessante que foi trazer para o interior da enfermagem essa discussão mais política, mais macro que a sociedade, que até então a gente não tinha e, ao trazer essa discussão pra dentro da enfermagem se trouxe a enfermagem enquanto trabalho, foi o Congresso em Salvador na nossa primeira gestão né? A gestão da Maria José. Se trouxe esse conceito de trabalho, de processo de trabalho, de enfermagem enquanto uma profissão que se briga por salário e tudo isso.

E, sintetizando estas questões, E4 ainda nos fala do movimento entre as questões internas à enfermagem e aquelas que extrapolariam esta internalidade.

> Eu acho que são questões macro, questões macro, da sociedade, da economia, da política. No setor menos macro, intermediário, o processo da Reforma Sanitária que começa lá no final da década de 70 com a tese do Arouca com isso tudo começa a trazer [...] aquele Congresso de Fortaleza que teve uma participação da Isabel Santos [...] que ela traz essa discussão do trabalho pra dentro do setor saúde, pra dentro da enfermagem. Acho que foi o Congresso de 1979. Em Fortaleza que teve um Congresso marcante que dali, inclusive deu origem a esse Movimento Participação.

Estas eram, em nosso entendimento, algumas das necessidades socialmente colocadas, a partir das quais a enfermagem desencadeou seu processo interno de busca de uma outra legislação de ensino que superasse a vigente e desse conta de formar o enfermeiro requerido pelo então embrionário Sistema Único de Saúde. Este novo profissional não poderia mais ser formado apenas com os fundamentos do modelo biomédico, mas voltar-se também para as ações de saúde pública, que até então tinham figurado nos documentos oficiais referentes a formação do enfermeiro, ora como noções gerais, ora como habilitações, quando não eram simplesmente excluídas dos currículos. Mesmo a formação clínica, que deveria com certeza continuar compondo os currículos, deveria se dar em outros moldes, uma vez que, os princípios do Sistema Único de Saúde, como a integralidade da assistência poderia perpassar tanto os espaços em que aconteciam as ações de saúde preventiva quanto aqueles em que aconteciam as ações de saúde curativa, dado que seriam elementos diversos de um único e integrado sistema de saúde.

Isto pode ser constatado já em 1994, no relatório do Primeiro Senaden, em que se encontra o discurso da formação de um outro profissional exigido pelo Sistema Único de Saúde, e a mudança da lógica da prestação de assistência não mais centrada na doença e sim no perfil epidemiológico ou nas necessidades de saúde dos grupos populacionais, utilizando o trabalho multidisciplinar e a abertura para o controle social. Estas condições exigiriam “um novo modelo de assistência de enfermagem, nova forma de organização do processo de trabalho, novas formas pedagógicas, além da participação ativa dos trabalhadores de enfermagem enquanto atores sociais" (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, 1994, p. 12).

As justificativas contidas no Parecer nº 314/94-CFE para a reforma curricular tinham três importantes denúncias. A primeira era que a formação estava distanciada das mudanças que estavam acontecendo na profissão, na área da saúde, no ensino e no mercado de trabalho. Mas,

além disso, ressaltava que a formação não contemplava o direcionamento para as necessidades e demandas de saúde da população, inserindo como base para a formação, o perfil demográfico e epidemiológico da região na qual a escola se situava. Outra justificativa era que a legislação vigente propiciava a compartimentalização e minimização do conhecimento que resultava em um processo de formação anacrônico, no qual o enfermeiro era formado em habilitações gerais e habilitações específicas, gerando na prática falsas habilitações, uma vez que elas eram opcionais tanto para alunos quanto para as instituições formadoras. Em terceiro lugar, denunciava que o modelo bio-médico, centrado no hospital, constituía-se no foco de todo o processo de formação do enfermeiro, sendo que a saúde pública aparecia apenas com a nomenclatura "introdução" no corpo de conhecimentos da habilitação geral (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1994).

A leitura do Parecer nº 314/94-CFE nos dá uma noção da efervescência das discussões em torno da formação, uma vez que ele traz, enfaticamente, os desdobramentos dessas três justificativas. Dado que o processo ocorrera de forma ampla e democrática, esperava-se que sua aprovação guardasse coerência com o conjunto do que fora discutido. Contudo, nas pinceladas finais, ao ser aprovado e publicado o documento que efetivamente seria tomado como base para a reformulação curricular (Portaria nº 1721/94-MEC), foram feitas importantes supressões.

A Portaria nº 1721/94-MEC de 15 de dezembro de 1994, estipulava os conteúdos e a duração dos cursos de graduação em enfermagem. Era um documento sucinto, com apenas sete artigos, considerando-se o parecer sobre o qual foi elaborado – Parecer nº 314/94-CFE. Em seu artigo 3º foram elencadas as áreas temáticas e as matérias e disciplinas que comporiam o currículo mínimo, mantendo as bases biológicas e sociais da enfermagem (ciências biológicas e ciências humanas), fundamentos da enfermagem, assistência de enfermagem e administração em enfermagem. O artigo 4º tratava do estágio supervisionado, o 5º da duração do curso que manteve as 3.500 horas em quatro a seis anos letivos (RIBEIRO, 1996a).

Em relação aos silêncios deste documento, observamos que nada é referenciado sobre o processo de discussão que havia no Parecer nº 314/94-CFE. A Portaria nº 1721/94-MEC é um texto estritamente técnico de apenas três folhas em relação às treze folhas do Parecer nº 314/94-CFE. A quantidade não teria tanto significado se tivesse sido contemplada na essência a composição aprovada no parecer. Assim é que, na área de fundamentos, na qual constava a saúde coletiva, deixa de constar como disciplina, para aparecer depois como integrante da área de assistência de enfermagem. Outra omissão foi quanto à saúde do idoso, que constava como uma

das frentes de atuação na área de assistência de enfermagem e que deixa de existir na portaria. Ainda, na área de assistência de enfermagem observa-se uma substituição de nomenclatura de um documento para o outro no que se refere à saúde da mulher e da criança. No parecer constava a prestação de assistência de enfermagem em situações de saúde materno-infantil e na portaria encontra-se gineco-obstétricas, nomenclatura esta muito próxima do modelo que tem a medicina como suporte (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1994).

Outro aspecto que foi introduzido já no parecer foi a atribuição de percentuais de carga horária para as áreas do currículo. Esta questão desencadeou discussões na ABEn, que não defendia a introdução de percentuais, entendendo que isso desviaria da formação geral e amarraria as escolas quando fossem estruturar seus currículos (MANCIA, et al., 2002). Além disso, é evidente, neste documento e na portaria, a supressão do ensino de enfermagem, deixando a questão da formação pedagógica do enfermeiro ignorada.

Quanto à estruturação do currículo, foi feita opção por organizar o conhecimento em áreas temáticas, ficando assim distribuídas: 1) bases biológicas e sociais da enfermagem, compreendendo as ciências biológicas e ciências humanas; 2) fundamentos da enfermagem; 3) assistência de enfermagem e 4) administração em enfermagem, ressaltando que o ensino seguiria a legislação vigente para a licenciatura, sendo parte integrante da formação do enfermeiro educador. Conforme Oliveira (1994, p. 41), a "definição de áreas temáticas para a formação do enfermeiro vinha no sentido de enfrentar a compartimentalização e minimização do conhecimento que a legislação anterior reforçava". Este nos parece que foi um dos importantes avanços que esta legislação propiciou.

Quando das discussões sobre os encaminhamentos da formação, havia uma preocupação em não se definir percentuais que devessem ser obrigatoriamente seguidos, pois nos parece que já havia uma tendência a buscar a flexibilidade dos currículos em consonância com a formação que considerasse o perfil epidemiológico da região em que o curso se localizava. Tanto é assim que, no documento "Sobre uma proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro" (documento datado de 1989 e elaborado conforme as determinações do Regimento Geral do Seminário Nacional sobre currículo mínimo realizado em Niterói), encontramos registros sobre as discussões desse seminário já naquele momento pensando nas interferências do Conselho Federal de Educação sobre a versão final do documento. Em relação à definição do tempo de formação e a percentuais de carga horária, ficava clara a postura da enfermagem, entendendo que as

competências do então Conselho Federal de Educação na determinação da duração dos cursos dever-se-ia restringir a definir os mínimos necessários para a formação, ressaltando que não deveriam ser estipulados, pelo Conselho Federal de Educação, percentuais em cada área temática. Conforme expresso no referido documento,

> qualquer especificação absoluta ou percentual de carga horária por matéria/disciplina significa extrapolação de competência, implicando em restrições aos cursos de enfermagem ou em imposição de tendências que não contemplam características regionais, institucionais e/ou os parâmetros e princípios conformadores do profissional que cada escola pretende formar (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1989, p. 13).

Comentando as interferências do Conselho, Oliveira (1994, p. 41) salientava que a "definição de percentuais de carga horária por área temática pode ser considerada uma extrapolação de competência do então CFE e do gabinete do Ministro". E continuava dizendo que tal "medida dificulta, sobremaneira, a formulação dos currículos plenos. Além de conferir-lhes um certo grau de inflexibilidade" (OLIVEIRA, 1994, p. 41).

Quando foram emitidos o Parecer nº 314/94-CFE e a Portaria nº 1721/94-MEC, este princípio já deixou de ser seguido. No parecer, os percentuais de carga horária aparecem como integrantes do anexo I, que explicita a grade curricular dos cursos de enfermagem e seus respectivos índices de carga horária para as áreas que comporiam o currículo mínimo. Assim, para as "bases biológicas e sociais da enfermagem", foram atribuídos 25% da carga horária; para os "fundamentos da enfermagem", 25%; para a "assistência de enfermagem sob a forma de estágio supervisionado", 35% e para a administração e assistência de enfermagem (teoria e prática), 15% da carga horária (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1994, p. 12-13).

As informações provenientes de nossas entrevistadas foram pouco elucidativas quanto aos condicionantes das alterações na formatação da legislação. Elas afirmaram não ter conhecimento sobre divergências entre a discussão da categoria e a proposta aprovada. Entretanto, E3 pondera:

> Sempre o que a categoria apresenta, sempre os anseios da categoria, quando ela passa pelo, quando digamos assim, as propostas da categoria emanadas da base, quando elas vão para o nível da aprovação, o nível digamos assim formal da aprovação, ela sempre passa por crivos, por cortes, por acréscimos, isso todo o processo é assim.

Na questão específica da formação pedagógica que até então era defendida na forma da licenciatura, E3 diz não ter elementos concretos para emitir alguma explicação, mas supõe que pode ser devido ao já iniciado processo de discussão sobre isso no começo dos anos 90.

> [...] sei que no início dos anos 90, na época da aprovação da Portaria, o espaço de tempo entre o Parecer e a Portaria já vinha se discutindo essa questão das licenciaturas e que até hoje ela é polêmica. Já vinha se discutindo. Eu acredito, eu não tenho nenhum elemento concreto para fazer uma afirmativa neste sentido, mas é possível que como a questão das licenciaturas de um modo geral e não só para a enfermagem, mas de um modo geral já vinham sendo discutidas eu acredito que devem, é possível que pode ter sido deixado assim de lado para fazer uma discussão mais ampliada envolvendo todas as áreas, tanto é que isso aconteceu agora depois da aprovação das Diretrizes Curriculares, as licenciaturas estão sendo discutidas a parte e a proposta é que não tenha mais as licenciaturas integradas aos cursos.

Em relação a esta dificuldade em identificar os motivos das alterações na legislação, podemos ensaiar possíveis hipóteses que podem ser objeto de reelaboração. Uma primeira delas seria a composição do então Conselho Federal de Educação e sua atuação em que acordos e ajustes eram feitos tendo em vista o caráter privatista que adquirira aquele órgão. Cunha (2003) afirma que o Conselho Federal de Educação tornou-se um órgão cobiçado pelos empresários do ensino privado, que viram nele a possibilidade de manipular a abertura de cursos, uma vez que as autorizações, reconhecimento e credenciamento dependiam do Conselho. Assim, "os empresários do ensino e seus prepostos, amparados pelas composições políticas da ditadura militar, lograram constituir a maioria, quando não a totalidade desse Conselho" (CUNHA, 2003, p. 47). O Conselho foi dissolvido no governo Itamar Franco em função de denúncias de corrupção no encaminhamento das matérias educacionais.

Pensando na licenciatura que deveria compor o currículo, poderíamos dizer que isto não era interessante para os empresários do ensino. Ela seria um elemento a mais a onerar os gastos com a formação e, conseqüentemente, diminuição dos lucros. Além disso, pode ser pensado como uma de nossas entrevistadas salientou, que o encaminhamento das licenciaturas desvinculadas dos cursos de graduação já estava sendo colocada em discussão.

Outro fator a ser considerado é que, quando a legislação de 1994, foi aprovada já vivenciávamos no Brasil o início do seguimento do receituário neoliberal. Como vimos anteriormente, embora tivéssemos tido um amplo movimento de discussão na saúde de maneira geral, com a inclusão na Constituição como direito do cidadão e dever do Estado, aquele

movimento de introdução do ideário neoliberal é bastante explicativo dos retrocessos que pudemos experimentar quando da aprovação da legislação. A portaria foi aprovada no final do Governo Itamar Franco, quando, já com Collor de Mello, havia se iniciado movimento de restrição dos princípios constitucionais, o que, em alguma medida, pode ser observado nos vetos presidenciais à Lei Federal nº 8.080/90, que foram em parte recuperados com a Lei Federal nº 8142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b). Assim, é possível compreender também que, apesar de, na contramão da história, o movimento sanitário brasileiro tivesse conseguido implementar tardiamente um sistema de saúde universal, estas mesmas conquistas não chegaram a se consolidar até o momento. Tão logo elas ganharam materialidade, elementos contextuais estiveram atuando e dificultando sua efetivação.

Assim, o Parecer nº 314/94-CFE tinha, em seus pressupostos, o redirecionamento da formação visando atender ao Sistema Único de Saúde privilegiando tanto as ações de saúde preventiva, quanto as de saúde curativa; regionalizando os currículos a partir do perfil epidemiológico da população; defendendo a formação generalista livre das amarras da atribuição de cargas horárias, no entanto, já na sua aprovação, tanto o movimento contrário do setor privatista predominante no Conselho Federal de Educação, quanto o contexto de corte nos direitos sociais conquistados, parecem-nos elementos que explicam em alguma medida aquelas discrepâncias entre a legislação discutida e a efetivamente aprovada.

Esta análise do processo de elaboração da legislação nas décadas de 80 e 90, que culminaram no Parecer nº 314/94-CFE e Portaria nº 1721/94-MEC, é um indicador de que, embora o processo tivesse sido transparente e pautado na legitimidade conferida pela categoria, elementos de contexto definem e direcionam os encaminhamentos efetivos dos processos de mudança alertando que a arena, em que se dão as lutas entre as frações de classe que em algum momento buscam redirecionar suas práticas e aquelas que querem a manutenção da ordem oficialmente colocada, é um terreno movediço e que, na maioria das vezes, a força de decisão é de quem defende a manutenção do estabelecido ou daqueles que conseguem composição política para fazer valer seus interesses particulares.

É preciso ainda lembrar que as discussões que tiveram lugar, na ocasião da reformulação curricular, foram um primeiro ensaio de organização coletiva da enfermagem, processo que teve a ABEn como aglutinadora. A área não tinha um acúmulo de experiência, de articulação e poder

político ou ainda pode ser que tenhamos nos envolvido com boas intenções em um espaço em que estão em disputa projetos nem sempre convergentes.

Por outro lado, como pudemos identificar ao registrar as origens da organização coletiva da enfermagem, quando resgatamos o Movimento Participação, toda a movimentação não foi fecunda o bastante para mobilizar a base valorativa dos enfermeiros. Como salientou Oliveira (1990), apesar do Movimento Participação, convivíamos, no espaço coletivo, com as ambiguidades de uma categoria profundamente alicerçada na manutenção do s*tatus quo*. O movimento foi mais evidenciado em um grupo de intelectuais, mas não atingiu o cerne das práticas, tanto que muitas escolas nem se mobilizaram durante toda a década de 90 para repensar seus currículos, mantendo a formação ainda nos moldes da década de 70. Outras, apesar de se mobilizarem, não conseguiram avançar na construção de currículos desfocalizados do modelo médico-biológico e da doença.

Entretanto, é preciso registrar que, se houve, no processo, contradições que encaminharam cortes na legislação, houve também um saldo positivo na sua integralidade. As positividades podem ser verificadas no movimento de construção coletiva, nas discussões realizadas em todo o país; na definição das áreas temáticas abrindo possibilidade da construção de currículos mais abertos e, em alguns casos, até currículos integrados; a incorporação da pesquisa como importante na formação; a eleição da formação para o Sistema Único de Saúde como sistema de saúde a ser construído com o reconhecimento da importância do enfermeiro neste processo, entre outras possibilidades.

Nas entrevistas, estes aspectos qualitativos aparecem, por exemplo, quando E4 afirma que

> [...] eu posso te afirmar que naquele momento a Portaria 1721 foi um salto qualitativo. Foi, foi um avanço considerando o que nós tínhamos. Primeiro que foi o produto de uma discussão coletiva, segundo que foi um processo muito conduzido, conduzido quase que totalmente pela ABEn, pela Diretoria de Educação da ABEn, com as várias gestões da ABEn. E ele expressava o pensamento, em linhas gerais, o pensamento naquele momento. Então naquele momento, naquela conjuntura, foi um avanço.

Segundo a legislação aprovada, os cursos de graduação em enfermagem teriam um ano para adequar seus projetos políticos-pedagógicos a contar da data da publicação da portaria que foi 15 de dezembro de 1994. Porém, em janeiro de 1996, o Ministério da Educação, já sob comando do Ministro Paulo Renato de Souza, expediu a Portaria nº 01, de 09 de janeiro, em que

revogava o artigo 6º da Portaria nº 1721/94-MEC e estendia o prazo de um para dois anos a partir da publicação desta nova portaria (RIBEIRO, 1996b).

A década de 80 e início da de 90 foram, portanto, para a enfermagem, um período de mudanças importantes, em que se buscou reorientar a formação e criar espaços coletivos para as discussões dos temas e problemas a ela relacionados. Podemos afirmar que houve um ganho qualitativo em todo este processo, como a tentativa de ruptura com uma formação fragmentada e voltada quase que totalmente à doença. Por outro lado, observamos resistências e interferências por parte dos legisladores, que, em certa medida, atenuam as mudanças. Elas mostram os limites que precisam ser alargados quando nos introduzimos em um processo em que a correlação de forças se apresenta desigual.

3.2 DIRETRIZES CURRICULARES: PROCESSO HISTÓRICO NA INTERNALIDADE DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

Feito este retorno às décadas de 80/90 registrando e refletindo sobre os rumos que seguiu a formação do enfermeiro na graduação, faz-se necessário um mergulho no processo que se desencadeou visando reformular novamente as orientações para a formação.

A formação na graduação em enfermagem parecia estabilizada, as escolas iniciavam suas reformulações curriculares até que no ano de 1997, a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação lançou o Edital nº 04/97-MEC, convocando as instituições de ensino superior para que emitissem propostas de reformulação de seus currículos, as quais seriam recebidas e repassadas para as comissões de especialistas por áreas de ensino e consolidadas em uma proposta única. O Ministério da Educação lançou, além desse documento, um "modelo de enquadramento de diretrizes curriculares", no qual as comissões deveriam se basear para condensar as propostas, bem como os Pareceres nº 776/97-CNE e nº 583/2001-CNE, que também orientaram a elaboração das diretrizes curriculares.

O Parecer nº 776, de 03 de dezembro de 1997, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, a partir da Lei Federal nº. 9131 de 1995, oferecia as orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Assim, ele recuperava o parágrafo 2º do artigo 9º daquela lei que imputava à Câmara de Educação Superior a atribuição de "deliberar

sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministro da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação", sendo esta a atribuição ora exercida pelos conselheiros.

Os conselheiros relatavam que a legislação anterior visava facilitar as transferências entre instituições e garantir qualidade e uniformidade entre os diplomados. Ressaltavam que a Lei de Diretrizes e Bases, Lei Federal nº 9394/96, desvinculava os diplomas e o exercício profissional; a rigidez dos currículos pela fixação detalhada de mínimos curriculares que se contrapunham à liberdade das instituições superiores em organizarem o seu ensino. Além disso, salientavam que a fixação de mínimos curriculares esteve atrelada a reservas de mercado, obstaculizando a conclusão do curso em algumas áreas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997a).

Acentuavam ainda dois princípios que comporiam o discurso sobre a educação superior, ou seja, o da flexibilidade, agora legalmente reconhecido e o da graduação como etapa inicial da formação continuada. Outro aspecto era a chamada tendência à redução do tempo de formação na graduação, o estabelecimento de meios para diminuir a evasão e o incentivo à inserção na iniciação científica (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997a).

As diretrizes deveriam ainda orientar os cursos a abandonarem a mera transmissão de conhecimentos e pautar-se por uma sólida formação básica. Tal assertiva se orientava pela idéia de que o aluno deveria ser preparado para enfrentar os desafios das transformações rápidas da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997a).

Diante de todos esses aspectos, o voto dos relatores acentuava que as diretrizes curriculares deveriam assegurar flexibilidade e qualidade. Elas eram orientações para a elaboração dos currículos, mas que deviam ser necessariamente respeitadas pelas instituições. Assim, estabeleciam os princípios que deviam orientá-las, quais sejam: assegurar ampla liberdade na fixação dos currículos; não estipulação de cargas horárias que, caso necessário, não deveriam exceder 50% do total do curso; evitar o prolongamento da graduação; incentivar sólida formação geral, ao mesmo tempo, com habilitações variadas em um mesmo programa; estimular o estudo independente; encorajar o aproveitamento de experiências extra-curriculares relacionadas à área; articular a teoria e a prática e estimular as atividades de avaliação (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997a).

O Edital nº 4, de dezembro de 1997, foi uma chamada do Ministério da Educação e do Desporto às instituições de ensino superior para que apresentassem propostas para as novas

diretrizes curriculares dos cursos superiores, as quais seriam elaboradas pelas comissões de especialistas de cada área ligadas à Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação – SESu/MEC.

O documento iniciava explicitando a legislação de referência para as diretrizes curriculares e propunha informações básicas. Nestas informações, em primeiro lugar estava a orientação geral para a organização de diretrizes curriculares. Nelas, destacava-se a idéia de diretrizes enquanto referência para as instituições, a flexibilidade dos currículos pela não-fixação de disciplinas ou cargas horárias, bem como a advertência para a necessidade de diferentes formações e habilitações nas diversas áreas do conhecimento. Deveria compor as diretrizes, o perfil desejado do formando, as competências e habilidades desejadas, os conteúdos curriculares, a duração dos cursos, a estrutura modular, os estágios e atividades complementares e a conexão com a avaliação institucional (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997b).

Num segundo momento, o edital se referia ao ambiente de discussão, em que salientava a necessidade de integração de um maior número de agentes de forma a legitimar o processo. Uma terceira indicação falava de como deveriam ser apresentadas as propostas e, por fim, o cronograma e caracterização das etapas, as informações adicionais e o endereçamento das propostas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997b).

É interessante observar que, na enfermagem, já no Primeiro Senaden, o objetivo era "a elaboração de diretrizes e estratégias delineadoras da política de educação em enfermagem no Brasil" (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, 1994, p. 1) e o Segundo Senaden, de forma bastante similar, tinha como objetivo geral "discutir e estabelecer as diretrizes gerais para a educação em enfermagem, articulando os diversos níveis de formação" (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, 1997, p. 187). Estes objetivos deixam claro que a enfermagem já pensava e discutia diretrizes no início da década de 90, o que, naquele momento, significava pensar estratégias que articulassem a formação, embora ela pudesse e devesse respeitar as diversidades locais.

Diante da convocação contida no Edital nº 4/97-MEC e apenas três anos após ter iniciado seu processo de adequação a um novo currículo, a enfermagem se debruçou sobre as solicitações do Ministério da Educação e iniciou a discussão do Edital 04/97, no Terceiro Senaden, como podemos observar na apresentação deste seminário quando registrava que

> a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, entidade de classe que tem por finalidade o desenvolvimento técnico, científico, cultural e político da profissão, **em atenção ao Edital nº 4/97**, da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Desporto (SESU/MEC), promoveu o 3º Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem no Brasil (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3, 1998, p. 7).

Perguntamo-nos o que levou a categoria a atender prontamente à solicitação oficial, se estava ainda iniciando a implementação de um currículo e já começaria a discutir outra legislação que o substituiria. Neste aspecto, a fala da então presidenta da ABEn, enfermeira Maria Goretti David Lopes, é elucidativa. Ela dizia, em seu discurso de abertura do Terceiro Senaden, que:

> não podemos nos furtar de apresentar em tempo hábil, propostas de Diretrizes Curriculares, conforme a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB – Lei 9394 de 20/12/1996), solicitadas pela SESu-MEC, para manter a ABEn como condutora do processo de discussão e deliberação das políticas educacionais que interessam aos profissionais de enfermagem [...].
>
> A Diretoria atual da ABEn, nesta ocasião quer deixar claro todo o processo de discussão acumulada que resultou na Portaria Ministerial 1721/94 – não pode ser desconsideradas nestes dias de estudo, pois foi fruto de imensa discussão, cuja metodologia adotada para a tomada de decisões contemplou as cinco regiões geo-políticas do país. De outra feita, vários cursos já estão implementando seus currículos a partir da Portaria atual [...].
>
> Creio que é o momento de referendarmos as bases conceituais e estruturas já amplamente aprovadas pela categoria, resgatando lacunas que foram omitidas pelo relator do projeto, assim como excessos que enclausuraram carga horária por áreas. Enfim, a oportunidade de participar da construção das Diretrizes Curriculares a serem determinadas pelo MEC, é um bom momento para refletirmos e avançarmos em nossas propostas (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3, 1998, s/p).

As discussões desencadeadas no Terceiro Senaden culminaram, no que se refere a conteúdos, na retomada das orientações contidas no Parecer nº 314/94-CFE e da Portaria nº 1721/94-MEC. O relatório deste seminário apresentava uma proposta de diretrizes que deveria ser considerada pela comissão de especialistas quando da elaboração do documento que a SESu/MEC havia solicitado.

Em relação à questão do ensino, ela apareceu, a partir de então, como "conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro (independente da licenciatura)" (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3,

1998, p. 13). A licenciatura em enfermagem foi criada na década de 60 e, desde então, as dificuldades na operacionalização e articulação ao bacharelado tem sido constantes (BAGNATO, 1994). Sobre este aspecto, trataremos mais detidamente no quarto capítulo da pesquisa.

A questão dos percentuais de carga horária que fora inserida à revelia pelo então Conselho Federal de Educação, no Parecer nº 314/94-CFE e na Portaria nº 1721/94-MEC, deixou de ser ponto de contradição com os novos direcionamentos, pois, na orientação para as diretrizes, não havia abertura para a fixação de carga horária que, como indicava o Parecer nº 776/97-CNE e o Edital nº 4/97-MEC, não seria aceita a formulação de diretrizes que fixassem cargas horárias a disciplinas ou conteúdos curriculares.

O que apareceu de novo nesta indicação da categoria foi a definição de um perfil para o enfermeiro, as competências e habilidades e o item estágios e atividades complementares, que eram indicações presentes no modelo de enquadramento emitido pelo Ministério da Educação. Cabe ressaltar que a descrição das habilidades e competências aparecia, nesta indicação do Terceiro Senaden, como uma indicação geral, apontando as áreas (bases biológicas e sociais da enfermagem; fundamentos de enfermagem; assistência de enfermagem; administração de enfermagem) em que o enfermeiro deveria desenvolver seu processo de trabalho.[3]

A primeira versão da proposta de diretrizes curriculares para a enfermagem foi encaminhada para discussão nas escolas de enfermagem e espaços coletivos organizados pela ABEn, em 26 de fevereiro de 1999, através da Circular nº 019/99. Esta primeira versão ainda era uma proposta em elaboração. Após esta, seguiu-se, então, a proposta concluída pela primeira comissão de especialistas que trabalhou na elaboração de diretrizes curriculares para a enfermagem. A comissão era composta pelas enfermeiras: Maria José dos Santos Rossi, Matilde Meire Miranda Cadete, Cilene Aparecida Costardi Ide, Emília Campos de Carvalho.[4]

A proposta apresentada considerava e seguia o que propunha o modelo de enquadramento, tanto que, na introdução do documento, quando foi relatado sobre em quais documentos elas se

---

[3] Quanto à definição do perfil, embora ele não compusesse o Parecer nº 314/94-CFE e a Portaria nº 1721/94-MEC, havia sido discutido amplamente nos seminários realizados no final da década de 80 e início da de 90. O que conseguimos concluir, como motivo para sua não inclusão naqueles documentos, foi a dificuldade que o grupo sentiu de formulá-lo em função da pouca consolidação proveniente dos seminários regionais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1989)

[4] Conforme informa Rossi (2001), esta comissão foi oficializada pela Portaria n. 146/98 da SESu de 10 de março de 1998, que a designava, juntamente com a Enfermeira Máguida Costa Stefanelli, de São Paulo, que não aceitou a indicação, sendo, então substituída por Matilde Meire Miranda Cadette de Minas Gerais; por Maria Jenny Silva Araújo da Bahia, que também não aceitou e foi substituída por Emília Campos de Carvalho, da Escola de Enfermagem da USP – Ribeirão Preto; e pela enfermeira Cilene Aparecida Costardi Ide, de São Paulo.

embasaram, havia a menção ao atendimento dos documentos encaminhados pelas instituições de educação superior, pela ABEn, mas, principalmente, pelo documento "Modelo de Enquadramento das Propostas de Diretrizes Curriculares".

O modelo de enquadramento das propostas de diretrizes curriculares foi uma orientação do Ministério da Educação através da Secretaria de Educação Superior, em que estavam relacionados os passos que deveriam ser seguidos na elaboração daquelas propostas. Ele continha os seguintes elementos: nome do curso; o perfil do egresso; as competências e habilidades; os tópicos de estudos em duas entradas, uma para conteúdos básicos e outra para conteúdos específicos; a duração do curso; os estágios e atividades complementares (articulação teoria/prática); o reconhecimento de habilidades e competências extra-escolares e a estrutura geral do curso.

Destacava-se, neste modelo de enquadramento, a orientação para que os cursos optassem por habilitações e competências específicas em quatro possibilidades: formação de bacharéis, formação aplicada profissional, formação de docentes e formação de pesquisadores. Para tanto, ao definir como aconteceriam os estágios, articulava sua realização com estas possibilidades de formação. Os estágios no primeiro ano deveriam conduzir à escolha de cursos seqüenciais, os do segundo para a escolha da formação em pesquisa e ensino e como instrumento de iniciação profissional. Além disso, criava a oferta de cursos seqüenciais.

A comissão, de posse das orientações da Secretaria de Ensino Superior, das deliberações da categoria que deveriam subsidiar os seus trabalhos e das demais que poderiam vir das escolas de enfermagem, apresentou um consolidado de proposta de diretrizes para ser submetido à análise. A proposta elaborada foi apresentada em abril de 1999 e ganhou forte repercussão na categoria, desencadeando um processo nacional de críticas e de movimentação no sentido de reverter o encaminhamento dado por aquela comissão.

De acordo com o relato de Rossi (2001), a reunião em que foram apresentadas as diretrizes curriculares pela comissão de especialistas foi muito tensa, em que se evidenciaram pontos de vista contraditórios, como foram, a partir daí, todas as reuniões em que ela participou sobre o tema. Mesmo assim, a comissão evoluiu na construção da proposta, aproveitando o que identificava como avanços na Lei de Diretrizes e Bases e apresentou a sua proposta de diretrizes.

Segundo informações obtidas em uma das entrevistas, ela foi apresentada em uma oficina de trabalho em Brasília, na qual a comissão de especialistas trouxe um documento pronto que não

seria objeto de modificações, mesmo que houvesse divergências quanto ao seu conteúdo. Sobre este fato, E3 diz que os

> estados também apresentaram documentos, só que a comissão não contemplou na íntegra, eu nem diria na íntegra, não contemplou as propostas que foram encaminhadas pra comissão, a então comissão. E apareceu aquele documento chamado de enquadramento, que era um enquadramento mesmo, era quadro fechado. E aí em abril, foi em abril de 1999, se eu não estou enganada, acho que foi. Em abril de 99, a ABEn, atendendo a uma solicitação da então comissão de especialistas da época, faz uma oficina na sede da ABEn nacional aqui em Brasília onde a comissão ia apresentar as propostas, apresentou a proposta de enquadramento e começou, me lembro, foi em 26 de abril de 1999. Eu estava presente nesta oficina e a comissão apresentou toda a documentação que consistia nessa proposta de enquadramento e aí a plenária começou a se inquietar porque a coisa foi apresentada como sendo já definida, como se não adiantasse fazer mais nenhuma proposta. Quando a plenária começou a questionar. [...] que não tinham sido contempladas as propostas da categoria a comissão explicitou que não tinha mais possibilidade de reverter o processo porque a proposta já tinha sido encaminhada para a SESu [...] ou estava sendo encaminhada, ou era no dia seguinte, eu sei que a idéia que passava era que não adiantava mais se fazer sugestões. E aí foi uma insatisfação muito grande nessa oficina, as pessoas todas se pronunciando contrariamente e inclusive questionando o que é que nós estávamos fazendo ali naquela Oficina, se não tinha mais o que contribuir. Era só a comissão ter encaminhado pras escolas, pras ABEns, comunicando que aquilo estava já [...] definido. E a plenária, representante de todas as escolas do país e das ABEns estaduais e regionais se posicionaram contrariamente a isso. Logo depois aconteceu o Congresso de Florianópolis, na plenária de educação, da Diretoria de Educação onde todas as escolas estavam presentes também foi uma plenária assim muito boa, muito produtiva, foi uma assembléia muito produtiva onde todas as pessoas se posicionaram contrariamente, veementemente contra a proposta de enquadramento.

Os motivos das críticas e da repercussão negativa da proposta estavam focalizados na descrição de conteúdos específicos em que, seguindo o modelo de enquadramento, determinava que a formação deveria fornecer a possibilidade de "opções que gerem competências específicas (habilitações) nas seguintes grandes áreas de formação: bacharel, formação aplicada profissional, formação de docentes e formação de pesquisadores perfazendo um mínimo de 500 horas por **habilitação**" (grifo nosso) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1999, p. 3). Ao incorporar estes elementos como constituintes da formação, a comissão de especialistas de enfermagem reabilitou toda a discussão que aconteceu desde 1987 até 1994, período de elaboração do Parecer nº 314/94-CFE, em que uma das denúncias para a reformulação era a questão da habilitação na graduação. Assim, falar em habilitação na graduação, para a enfermagem era ponto de desacordo, pois esta

era uma alternativa experienciada e que não tinha uma avaliação positiva. Pelo contrário, havia criado o que se denominou na área das "falsas habilitações" na graduação.

Outro ponto que gerou muita polêmica foi a absorção na proposta da possibilidade de ofertar cursos seqüenciais que aparecia no item estrutura geral do curso. A questão dos cursos seqüenciais era algo, naquele momento, bastante confuso e que gerava muita polêmica. Os cursos seqüenciais não eram cursos de graduação, não se localizavam no nível médio e não tinham uma estruturação totalmente definida e, no que concerne à área da saúde, gerava polêmica imaginar um agente que não tivesse um mínimo de formação garantida que o instrumentalizasse para atuar na área. Para a enfermagem, em especial, significava abrir a possibilidade de ampliar a fragmentação de seu processo de trabalho e a criação de novas figuras, precarizando ainda mais este espaço de atuação. Conforme definido na Carta de Florianópolis, o documento apresentado como a primeira versão das diretrizes curriculares retomava

> a especialização precoce, a fragmentação do ensino básico e profissionalizante, além de inserir a modalidade de curso seqüencial comprometendo a missão da universidade enquanto produtora e difusora de conhecimentos e reduzindo a organização social formadora de profissionais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1999, p. 3).

Ainda neste documento, ao referir-se aos cursos seqüenciais, dizia que na enfermagem a modalidade de curso seqüencial poderia

> gerar mais um agente com qualificação inespecífica e indefinida para sua inserção no mundo do trabalho. Além do que possibilita a atribuição de certificado de cursos superiores a quem realiza um quantitativo de disciplinas sem um aprofundamento teórico e técnico compatível com a qualidade da formação esperada para aquelas pessoas comprometidas com o cuidado humano (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1999, p. 3).[5]

[5] Da mesma forma, Rossi (2001, p. 227) salienta que o texto foi muito criticado pela categoria, que tinha como liderança a Comissão de Educação da ABEn Nacional, entretanto, ressalta ela que "parte dele foi apresentado em uma segunda proposta da qual foram retiradas as terminalidades propostas, com a justificativa de que seriam especializações precoces. A outra grande contestação fora em relação aos cursos seqüênciais entendidos como um perigo para as enfermeiras no mercado de trabalho, assim como a diminuição do número total de horas do curso de 4.000 para 3.500 horas".

Assim, entre a proposta inicial discutida no Terceiro Senaden e a que a comissão apresentou havia uma distância considerável que justificava aquela movimentação no sentido de reverter o processo. O primeiro momento de articulação nacional neste sentido aconteceu ainda no ano de 1999, no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congreso Panamericano de Enfermería, realizado em Florianópolis/SC, no qual se reuniram as escolas de enfermagem e emitiram a Carta de Florianópolis, que foi elaborada por uma comissão encarregada de redigir a proposta a ser submetida e aprovada na plenária de educação que reunia representantes das escolas de enfermagem presentes no congresso. Este documento, como já citado em parte, rejeitava a proposta da comissão de especialistas e propunha ações para substituí-la. Sobre este tema, E3 diz que

> a oficina de Brasília e o Congresso de Florianópolis, a Assembléia de Educação foram marcos importantíssimos na retomada da discussão, da busca da qualidade do ensino e nessa Plenária de Educação se constituiu uma comissão para se discutir uma proposta para apresentar, para ser encaminhada através da ABEn nacional para a comissão de especialistas. [...], mas era um grupo que foi indicado pela plenária e que foi indicado para elaborar essa proposta que foi a Carta de Florianópolis que nós construímos lá no Congresso de Florianópolis. Esta Carta de Florianópolis a ABEn nacional divulgou, encaminhou, apresentou e as coisas começaram a caminhar, mas a proposta da comissão de especialistas anterior, já estava na SESu, não foi modificada no sentido de contemplar os anseios da categoria.

A Carta de Florianópolis pontuava as divergências entre a proposta apresentada pela comissão de especialistas e aquelas discutidas pela categoria e elaborava, em linhas gerais, o que seria o esperado de uma outra proposta de formação. Ela sintetizava as críticas e as sugestões que a enfermagem brasileira formulara até então, portanto, era um documento que exprimia o consenso em relação à formação até aquele momento e que fora alcançado no fórum coletivo de discussão que era o Congresso Brasileiro de Enfermagem.

A comissão de especialistas do ensino de enfermagem que elaborou a primeira proposta de diretrizes curriculares teve seu mandato finalizado no ano de 2000 e foi substituída por outra comissão composta, a partir de um processo de escolha desencadeado pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação. Ela expediu um edital solicitando que as instituições de ensino superior e as entidades de classe (Conselho Federal de Enfermagem; Associação Brasileira de Enfermagem) indicassem nomes, dentre os seus docentes de enfermagem, que tivessem

condições de compor a nova comissão de especialistas. As escolas enviaram os nomes e a Secretaria de Educação emitiu uma portaria nomeando os seus componentes. Este processo foi relatado por E1, E2, E3, e E4, que foram os integrantes desta comissão de especialistas, como pode ser averiguado a seguir:

> foi a primeira vez que o MEC mandou um ofício para as universidades pedindo dois nomes (E1).

> Todas as escolas enviaram nomes de pessoas e não só as escolas. Vamos dizer assim a escola indicou e algumas classes, algumas entidades referendaram, vamos dizer assim. A Associação Brasileira de Enfermagem indicou alguém que era da Associação Brasileira de Enfermagem. As escolas públicas federais teve um nome. As escolas particulares teve um nome (E2).

> A SESu pede às instituições, a todas as universidades que indiquem o nome de dois professores. Todas as universidades foram solicitadas a indicar o nome de dois professores. A ABEn também foi solicitada nesse sentido e, desse conjunto de nomes, desse rol de nomes a SESu escolheu cinco nomes que constituiu a comissão, a partir de 2000. Só que um destes nomes, uma professora pediu para declinar da indicação e ficaram só as quatro (E3).

> Foi a primeira vez que a SESu lançou um Edital. [...] lançou um edital pra todas as 52 áreas, não foi só pra enfermagem e fez uma consulta às entidades e a todas as instituições públicas e algumas particulares e aí a SESu, com base nas respostas escolheu os quatro nomes, tinha particular também [...] Cofen, ABEn e as instituições que têm cursos de enfermagem (E4).

Esta comissão ficou composta por duas docentes de instituições federais, sendo uma representante de universidade (Universidade Federal do Rio de Janeiro) – professora Iara de Morais Xavier e a outra da ABEn – professora Josicélia Dumet Fernandes; uma de instituição pública estadual (Universidade Estadual de Campinas) – professora Maria Isabel de Freitas Ceribelli e uma de instituição particular (Universidade Sagrado Coração) – professora Maria Helena Borgato Cappo Bianco. A quinta componente era uma docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp. Como nos informou E3, em contato posterior via correio eletrônico, ela declinou de sua indicação por objeção de suas companheiras de trabalho naquela escola de enfermagem, pois a pessoa era socióloga e não enfermeira.

E3 ainda ressaltou que não teve nenhum representante da Região Sul, que a representação se deu mais pela questão jurídica das instituições do que pela questão regional.

> Tem uma coisa que eu quero registrar, é que não teve ninguém da Região Sul que deveria ter e teve três da Região, na verdade na primeira indicação que foram cinco pessoas, quatro da Região Sudeste. Quer dizer foram três de São Paulo e uma do Rio de Janeiro e uma da Região Nordeste. Então na verdade a composição da comissão não contemplou as diversas regiões. Contemplou a questão jurídica das instituições, mas a questão das Regiões, da regionalidade não foi contemplada.

A comissão de especialistas de enfermagem recomposta foi oficializada pela Portaria nº 1518, de 14 de junho de 2000. Ela elaborou uma segunda proposta de diretrizes a partir do documento produzido no Congresso de Florianópolis e apresentado à plenária final do Congresso para aprovação.

Em relação aos principais pontos de divergência, o que se referia à reedição das habilitações merece uma discussão a parte. Nesse direcionamento, é possível identificar elementos do contexto guardando relação com esta determinação do Ministério da Educação e que foi seguida pela comissão de especialistas de enfermagem, embora contrariamente à categoria. Segundo as denúncias dos críticos da educação superior, neste momento, os constituintes do Ministério da Educação eram intelectuais que, desde a década de 80, discutiam e sugeriam a constituição de universidades voltadas para o ensino e universidades direcionadas para a pesquisa.

Para Silva Junior; Sguissardi (2001, p. 48), a idéia da distinção

> entre universidades de pesquisa e universidades de ensino vêm sendo defendida por alguns estudiosos dos problemas da educação superior no país desde meados dos anos 80, quando em 1986, o Grupo de Estudos para a Reformulação do Ensino Superior (GERES), formado pelo MEC, propunha essa alternativa para o sistema.

Além destes intelectuais vinculados, na década de 80, ao Ministério da Educação, os autores afirmam que havia também forte adesão de alguns pesquisadores do Núcleo de Estudos sobre Ensino Superior (Nupes) da Universidade de São Paulo a esta idéia, de que seria necessária a diversificação e a diferenciação entre as universidades de ensino e pesquisa. Estes mesmos pesquisadores ocuparam mais tarde, no governo de Fernando Henrique Cardoso, importantes cargos dentro do Ministério da Educação, o que explicaria em alguma medida a implementação destas idéias.

Assim, quando vemos, no modelo de enquadramento, a exigência de que os cursos fizessem a opção pela formação do bacharel, pela formação aplicada profissional, pela pesquisa ou pelo ensino, parece que estes pressupostos de formação de universidades voltadas para uma ou outra finalidade eram a principal justificativa. Podemos identificar a adequação da legislação visando abrir espaço para as iniciativas privadas, uma vez que a diversificação institucional tem propiciado o aumento generalizado das instituições ofertantes apenas de ensino.

Retornando ao processo de formulação das diretrizes curriculares da enfermagem, a partir de então havia duas propostas tramitando no Conselho Nacional de Educação. Contudo, para que fosse considerada a segunda proposta, era necessário uma movimentação por parte da categoria, uma vez que ela não seguia rigorosamente o que definia o modelo de enquadramento. A articulação da categoria foi encabeçada pela Associação Brasileira de Enfermagem e pela sua comissão de educação, bem como pela comissão de especialistas, que, organizando uma articulação política, conseguiram a aprovação da segunda proposta em substituição à primeira, que já havia sido protocolada pela primeira comissão de especialistas.

Três de nossas entrevistadas afirmaram que a aprovação da chamada proposta 2 de diretrizes curriculares foi possível pela articulação política da comissão de especialistas, com a Associação Brasileira de Enfermagem, mas o fator determinante foi a mobilização da categoria revertendo um processo que parecia definido e defendendo uma proposta que em alguns pontos era divergente do modelo emitido pelo Ministério da Educação. E2 retrata este momento, afirmando que

> quando nós entramos na comissão de especialistas o primeiro ato que nós tivemos foi fazer parceria com a ABEn, primeiro ato da comissão como uma entidade que representava a classe de enfermagem no Brasil [...]. Mas, uma coisa que eu fiquei encantada porque pude perceber a diferença da nossa classe com outras classes, que foi o trabalho coletivo realizado. Isso com certeza pode ser que não tenha saído a contento vamos dizer assim, porque como eu já falei, ele extrapola a questão da classe, mas houve uma participação, eu diria uma demonstração de coesão, de participação, de querer acertar, de querer discutir, de não estar alheio a isso.

Na terceira entrevista, obtivemos um relato de toda a movimentação que se deu a partir das discussões desencadeadas após a reunião de Brasília, em que a primeira comissão apresentou sua proposta como aquele documento fechado. E3 ressaltou a importância dos espaços coletivos e a articulação entre a ABEn e a comissão de especialistas. Ela informa:

> Quando a comissão de especialistas foi indicada em julho do ano de 2000, foi em junho ou julho eu não me lembro agora, então que nós assumimos, a nova comissão de especialistas assumiu, a primeira coisa que a gente fez, no primeiro dia da reunião da comissão foi decidir que nós iríamos trabalhar em parceria com a ABEn. Esta foi a primeira deliberação. Nós fizemos essa proposta, o grupo aceitou e nós, todo o trabalho da comissão iria ser desenvolvido em parceria com a ABEn, elaboramos uma proposta, e pedimos um expediente com a Diretora de Educação da ABEn Nacional, professora Ives e colocamos pra ela que nós iríamos, estávamos apresentando esta proposta de fazer um trabalho conjunto da comissão de especialistas com a ABEn, a fim de que a gente pudesse construir coletivamente uma proposta que contemplasse todos os anseios da categoria em relação, no que se dissesse respeito à qualidade da formação do enfermeiro.

Ou, ainda, a fala de E4, ao dizer que:

> O determinante é a articulação, o que foi determinante foi a mudança da comissão de especialistas e não aconteceu de maneira oportunista, foi só pra enfermagem. Aconteceu pra todas as áreas. Agora isso foi importante porque ao ter substituído a comissão de especialistas e por um processo democrático, de escolha. Por ter substituído a comissão de especialistas e por um processo inédito, diferente, do anteriormente. Foi uma prática, uma consulta, um Edital, não é? Representativo, isso deu maior legitimidade a essas pessoas que assumiram. Quer dizer assumiu a partir de um processo diferenciado, correto, democrático não é? Então isso deu maior legitimidade pro grupo, pra todas as Comissões que assumiram naquela data. E a articulação, então isso foi fundamental, porque eu acho que se tivesse mantido a mesma comissão teria tido um confronto. E aí a gente não sabe onde daria.

O movimento de articulação parece ter sido fundamental a ponto de que, apesar dos ajustes, a proposta final de diretrizes curriculares para enfermagem não fazia referência explícita a cursos seqüenciais e tampouco às habilitações que estavam presentes na primeira proposta e que eram orientações contidas em todos os documentos do Ministério da Educação que dirigiam orientações para a formulação das diretrizes curriculares.

Outra explicação pode ser buscada no discurso da formação para atender ao Sistema Único de Saúde que, como veremos mais adiante, passou a compor a legislação básica da formação na área da saúde. Assim, defender a formação para o Sistema Único de Saúde implicaria defender a formação geral e não a defesa das habilitações.

Talvez a ausência destas questões não tenha sido o fator mais importante na aceitação por parte dos Conselheiros do Conselho Nacional de Educação, pois esta posição parecia ter uma certa coesão até mesmo entre estes conselheiros. Isto pode ser verificado no Parecer nº 1133/2001-

CNE, que será o documento preliminar para a emissão das diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição quando ao descrever os elementos que comporiam as diretrizes curriculares, os conselheiros suprimem o item "habilitações e ênfases" que era um dos elementos expressos no Parecer nº 583/2001-CNE.

O Parecer nº 583 foi aprovado em 04 de abril de 2001, emanado da Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação. Ele retomou toda a legislação base das diretrizes curriculares e destacou que as propostas emanadas das entidades e instituições de ensino superior apresentaram-se bastante heterogêneas e que, portanto, a Câmara adotaria a orientação comum para as diretrizes curriculares que começava a aprovar, garantindo flexibilidade, criatividade e responsabilidade para as instituições elaborarem suas propostas. O voto do relator, desta forma, salientava que a duração e a carga horária dos cursos seriam objeto de outra resolução da Câmara e que as diretrizes deveriam contemplar o perfil do aluno; as competências/habilidades/atitudes; as habilitações e ênfases; os conteúdos curriculares; organização do curso; estágios e atividades complementares e o acompanhamento e avaliação (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001a).

Quando da análise dos documentos, não entendíamos as razões da emissão desta legislação que era praticamente uma reafirmação de tudo o que já havia sido orientado para a elaboração das diretrizes, especialmente o Parecer nº 776/97-CNE. Buscamos dados com os membros da comissão de especialistas e E4 nos informou que ele

> saiu para tirar das diretrizes curriculares o tópico carga horária. Por quê? Porque se deixa carga horária nós não tínhamos diretrizes aprovadas. Isso foi uma riqueza do conselheiro [Éfrem Maranhão]. Como ele foi Reitor e ele conhece bem esse processo, se a carga horária mínima estivesse no conjunto dos elementos constitutivos não teria aprovado nenhuma diretriz, tanto é verdade que a carga horária até hoje não conseguiu ser aprovada. Era o ponto de discordância, não teria aprovado.

A movimentação da enfermagem atingiu seus objetivos, tanto que, em 26 de junho de 2001, em audiência pública[6] do Conselho Nacional de Educação para apreciação e discussão das diretrizes curriculares para a área da saúde, havia o relato de que a enfermagem, bem como a medicina, chegaram com propostas articuladas e esperavam pela aprovação em curto prazo. Nesta

[6] Conforme relatório da audiência pública do CNE, feito pelo professor José Ederaldo de Queiroz Telles, vice Presidente do Fórum de Pró-Reitores de Graduação, realizada no dia 26/06/01, ela teria sido convocada para analisar e deliberar sobre "as propostas apresentadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino da SESu-MEC, resultado da sistematização das sugestões apresentadas pelas IES, a partir do processo de discussão deflagrado pelo Edital SESu 4/97".

audiência, o Conselho fez algumas indicações de que estaria sensibilizado com a mobilização da enfermagem.

Após a Audiência Pública, foi emitido o Parecer nº 1133/2001-CNE, que tinha como conteúdo as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição.

A partir da emissão deste parecer é possível identificar uma maior intervenção do Conselho, o que pode ser observado na supressão de algumas palavras, como, por exemplo, na definição do perfil do enfermeiro, em que havia uma insistência em se manter a nomenclatura de bacharel, sendo esta repetição suprimida em muitos pontos no texto. Questionamos os motivos de se fazer esta repetição e quais teriam levado à supressão e E3 afirmou que o cuidado da comissão se devia a que

> na época em que estávamos construindo essa proposta foi uma época em que estava sendo veiculada no MEC a proposta do tecnólogo e para não correr o risco de confundir porque a enfermagem já tinha tirado uma posição contrária à formação do tecnólogo na área da enfermagem, nós tivemos o cuidado de estar reafirmando o termo bacharel.

E4 informou que se tratou apenas de uma questão de forma, pois não haveria a necessidade de se manter a repetição de um perfil de enfermeiro bacharel quando no *caput* da legislação já estava definido que ela se referia à formação do enfermeiro bacharel ou, em suas palavras:

> a gente diz lá: diretrizes curriculares para o curso de graduação em enfermagem bacharelado, pronto. Não precisa mais ficar no texto dizendo o tempo inteiro [...] No momento em que você coloca no *caput* que é instituir as diretrizes curriculares do curso de graduação em enfermagem bacharelado, você não precisa repetir. Não há necessidade, é uma repetição desnecessária, quanto mais você limpa o texto de uma legislação, mais fácil é o entendimento. Aquelas são diretrizes curriculares do curso de graduação em enfermagem bacharelado.

Entretanto, observando o *caput* da Resolução nº 03/2001-CNE, não se identifica que ela se refere à formação do bacharel e, sim, que ela "Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem".

A aprovação final das diretrizes curriculares para a enfermagem aconteceu no mês de novembro de 2001, quando foi editada a Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, instituindo as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem.

No 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado na cidade de Curitiba/PR, no período de 09 a 14 de outubro de 2001, em reunião de escolas de enfermagem, instaurou-se um considerável mal-estar quando se veicularam rumores de que o documento que seria aprovado apresentaria alterações em relação à proposta original que teria sido enviada pela comissão de especialistas, levantando-se questionamentos de qual seria o momento em que teriam ocorrido as alterações, se o processo fora todo acompanhado de perto pela categoria e pela comissão de especialistas. Naquele momento, não havia clareza de quais pontos essencialmente seriam divergentes daquela proposta[7].

Um desses elementos era a questão da carga horária que não aparecia na formatação final e que havia sido muito discutida, definindo-se uma carga horária de 4.000 horas, sendo 500 horas específicas para o Estágio Supervisionado. Como diz E3,

> a mesma questão do Parecer 314 e da Portaria 1721. A mesma coisa foi as diretrizes curriculares. Ela sofreu algumas alterações, alterações estas que a gente já começou também a se mobilizar contrariamente, mas isso faz parte do processo histórico, você não vai cruzar os braços, então a gente viu que não foi, que houve alguns cortes, por exemplo, a questão da carga horária.

Estas e outras questões serão apresentadas quando analisarmos os grandes eixos que se colocaram para a formação a partir das reorientações da educação superior na década de 90, tema este de que trataremos no próximo capítulo.

Este foi o processo de discussão e elaboração das diretrizes curriculares da graduação em enfermagem a partir da análise de documentos, das falas da segunda comissão de especialistas de enfermagem da SESu/MEC, dos relatórios e anais dos Senadens.

[7] Esta situação de constrangimento pode ser verificada no relatório de atividades da comissão de especialistas de ensino em enfermagem, em que é registrado em relação aos fatos ocorridos no 53º Congresso Brasileiro de enfermagem que "a Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem tem cumprido com as ações e objetivos que constam do seu Plano de Trabalho, pautada nos princípios éticos e democráticos de forma transparente. Deliberou pela unidade e coesão da Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem e pela continuidade do trabalho que vem sendo realizado pelas professoras que integram esta comissão" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002, p. 18).

4 ANÁLISE DOS PRINCÍPIOS E ENCAMINHAMENTOS PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM EM NÍVEL DE GRADUAÇÃO

Este capítulo foi organizado para expor alguns eixos que pudemos identificar no processamento da pesquisa e que agrupamos na denominação de princípios e encaminhamentos para a graduação em enfermagem, neste momento de reformulação curricular. Trata-se de um esforço didático de apresentação, pois os eixos que apresentaremos, só numa perspectiva didática podem ser agrupados. Um olhar atento perceberá que eles estão, em muitos aspectos, imbricados.

Um dos itens resultantes dessa sistematização foi o agrupamento para análise do que nomeamos como princípios pedagógicos das diretrizes curriculares. Neste particular identificamos como princípios pedagógicos as "novas" pedagogias explicitadas na pedagogia das competências e no aprender a aprender; a afirmação de uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; a idéia da educação centrada no aluno e o professor como facilitador. Identificamos ainda, como um importante princípio, a noção de flexibilidade, a intenção de formação para o Sistema Único de Saúde, a questão da pesquisa como eixo norteador da formação na graduação, a problemática da licenciatura na enfermagem e, por fim, a atuação da Rede Unida como agente no oferecimento de idéias para as mudanças na formação e, neste particular, não apenas na enfermagem, mas na área da saúde.

Ao apresentar os dados e suas análises estaremos nos referindo, em muitos momentos, aos documentos tomados como base para levantamento das informações. Tais como, a proposta da primeira comissão de especialistas de enfermagem; a Carta de Florianópolis; a proposta da segunda comissão de especialistas que ficou conhecida como proposta 2; a versão de diretrizes curriculares que foi discutida na audiência pública em 26 de junho de 2001; o Parecer nº 1133/2001-CNE com as diretrizes curriculares para enfermagem, medicina e nutrição e, por fim, a Resolução nº 03/2001-CNE, que instituiu as diretrizes curriculares para a enfermagem.

Reportar-nos-emos ainda aos documentos gerais, como o Parecer nº 776/97-CNE, Edital nº 4/97-MEC, o modelo de enquadramento de diretrizes curriculares e o Parecer nº 583/2001-CNE, entre outros.

Salientamos que estas categorizações foram elaboradas a partir da leitura sistemática dos documentos em ordem cronológica. Nessa leitura localizamos as inserções e supressões de textos nos documentos as quais foram registradas. A partir delas pudemos agrupar as categorias que se seguem, entendendo que elas nos possibilitam identificar e analisar os princípios contidos na

reformulação curricular que se processou no período tomado para estudo. A análise ainda será embasada no contexto histórico, nas discussões que tiveram lugar nos Senadens, bem como nas entrevistas coletadas.

4.1 PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DAS DIRETRIZES CURRICULARES

O como fazer as atividades de formação da enfermagem, não foi objeto de considerações a parte na construção e nas discussões das diretrizes curriculares da graduação. Elas se inseriram no corpo dos textos conforme eles eram elaborados e tornados públicos, em vários pontos nem sempre conectados, mas é possível identificar pistas de quais pressupostos ou princípios pedagógicos deveriam nortear a formação. É necessário abordá-las em função de um de nossos objetivos, que é fornecer elementos para discussão e elaboração de projetos político-pedagógicos nos cursos de graduação em enfermagem.

Esta organização que optamos por apresentar se justifica em nosso entendimento de que é preciso mostrar didaticamente quais são os princípios pedagógicos constantes nas diretrizes curriculares. Entretanto, ao longo da exposição, poderá ser evidenciado que, muito mais que princípios estanques e bem delimitados, eles são elementos das teorias pedagógicas inter-relacionados que estiveram e estão sustentando as reformas educacionais de nossa época. Veremos que aquilo que se apresenta como novo nem sempre pode ser caracterizado como tal. Talvez sejam teorias pedagógicas que tenham atingido o seu maior grau de elaboração, difusão e, conseqüentemente, de aceitação, entendendo que as propostas de mudanças representam rupturas, mas também permanências, continuidades, releituras de antigos conceitos e elaborações.

4.1.1 A Pedagogia das Competências e o Aprender a Aprender

A noção de competências nas reformas curriculares constituiu-se, como afirmam Lopes (2001) e Macedo (2002), em princípio organizador dos currículos. Elas são indicações oficiais para a elaboração das diretrizes curriculares da educação superior, principalmente no Edital nº

4/97-MEC, no modelo de enquadramento e no Parecer nº 583/2001-CNE. Nelas observamos que a idéia de competências vinha sempre acompanhada da palavra habilidades. Portanto, orientava-se para a construção de competências e habilidades em todos os cursos superiores.

No Terceiro Senaden em 1998, em que foi emitida uma primeira proposta de diretrizes curriculares pela categoria organizada em torno da ABEn, o encaminhamento em relação às competências se referia às áreas de atuação do enfermeiro que foram listadas como sendo a assistência, a informação, a educação, a prevenção, a investigação e o gerenciamento em saúde. Não havia, portanto, preocupação em elencar competências. Afirmava o documento que o enfermeiro deveria ter conhecimento

> geral e específico, sendo assegurada a qualificação clínico-epidemiológica, técnica e ética capaz de permitir sua inserção no processo de trabalho nas áreas de intervenção gerencial, de ensino e de investigação, tendo como pressuposto uma formação que assegure a competência técnico-científica, que confira ao graduado a terminalidade e a possibilidade (capacidade) para sua inserção no processo de trabalho, considerando as demandas e as necessidades prevalentes e prioritárias da população, conforme o quadro epidemiológico do país/região (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3, 1998, p. 11-12).

Com o desenvolvimento da legislação, tanto com a primeira comissão de especialistas quanto com a segunda, foi possível observar uma sistematização de competências e habilidades, capacidades e atitudes, listando o que a formação deveria desenvolver no enfermeiro.

As competências elencadas se traduziram em afirmações genéricas sobre o que se esperava da atuação do enfermeiro em todos os espaços em que acontece sua prática, mantendo vínculos com aquilo que já se havia produzido nas discussões sobre a formação do enfermeiro desde a década de 80, como pode ser observado no quadro 2.

É importante ressaltar que havia, desde a década de 80 uma defesa por parte da enfermagem de que o enfermeiro fosse competente, ou que ele desenvolvesse na sua formação, um conjunto de competências que o habilitassem para além da atuação técnica. Neste aspecto, havia a defesa de que tivesse competência científica, técnica, ética e política. Esta idéia de competência aparecia na formulação de diretrizes curriculares quando as competências eram caracterizadas como "técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas contextualizadas". (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b, p. 5). Este enunciado, a partir do Parecer 1133/2001-MEC, deixou de compor o texto das diretrizes curriculares aparecendo na Resolução 03/2001-

CNE que afirma que a formação do "enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p.2). Nenhuma referência foi feita aos aspectos técnico-científicos, ético-políticos ou sócio-educativos que antes caracterizavam as competências.

Assim, nos parece que essas adequações foram conformando uma abertura para a utilização da idéia de competência como cada curso julgasse ou compreendesse como necessária às suas finalidades de formação.

Se, por um lado, é possível afirmar que este elenco de competências está distante de uma listagem de procedimentos que se espera do profissional, por outro é possível dizer que a generalidade dos enunciados abriga, tanto modelos de formação consistentes contemplando conhecimentos das diversas áreas que desenvolveriam tais competências, quanto formações mais acanhadas. Afirmamos isso a partir da observação de que um grande número de enunciados se reporta a competências subjetivas, que não podem ser tomadas, trabalhadas em conhecimentos curriculares como, por exemplo, os itens II, IX, X, XII, XXI, XXVII, XXXIII. Elas se referem muito mais a posturas, atitudes profissionais que a graduação, embora seja um local de desenvolvimento, não possui meios de garantir sua disseminação entre seus alunos, nem meios de identificar se foram desenvolvidas.

Assim, o componente subjetivo da formação parece que entonou a formulação de nossas competências, o que, no contexto desse referencial, é plenamente justificado, como abordaremos adiante.

Quadro 2: Competências e habilidades para a formação na graduação em Enfermagem – 2001.

Competências e Habilidades
I. Atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas.
II. Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional.
III. Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.
IV. Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional.
V. Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações
VI. Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das

ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

VII. Atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher do adulto e do idoso.

VIII. Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança.

IX. Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde.

X. Atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos.

XI. Responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

XII. Reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem.

XIII. Assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

XIV. Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus cliente/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social.

XV. Usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar em enfermagem

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

XVII. Identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes.

XVIII. Intervir no processo de saúde–doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção/prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

XIX. Coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde.

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

XXI. Compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários.

XXII. Integrar as ações de enfermagem às ações de outros profissionais.

XXIII. Gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de ética e de bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional.

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

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

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

XXVII. Respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão.

XXVIII. Interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente

desse processo.

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

XXX. Participar da composição de estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde.

XXXI. Assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.

XXXII. Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro, e

XXXIII. Reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Fonte: CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p. 2-3.

Além dessas, que são as competências específicas, com a evolução dos documentos, um conjunto de competências denominadas gerais, puderam ser identificadas a partir da Audiência Pública do dia 26 de junho de 2001, após a definição do perfil, no tópico 2, que trata das competências e habilidades. Ressaltamos que esta terminologia não tinha sido identificada até então nos documentos emitidos pela comissão de especialistas e nem nas orientações do Ministério da Educação. Dentro destas competências, estão presentes as competências gerais de "atenção à saúde"; "tomada de decisões"; "comunicação"; "liderança"; "administração e gerenciamento" e "educação permanente".

No contato com os sujeitos entrevistados E1, E2, E3, estes não souberam identificar em que momento a idéia de "competências gerais" se teria introduzido no texto das diretrizes curriculares. A fala de E4 forneceu-nos pistas de sua origem, ao afirmar que esta terminologia e o conteúdo das competências gerais apareceram

> antes da audiência pública, foi levado para a audiência pública e foi um documento da OPAS, aquilo foi um documento da Organização Pan Americana da Saúde que tem essas competências gerais para a formação de Recursos Humanos em saúde. Esse documento foi traduzido pela Rede Unida e quem defendeu a introdução das competências gerais para todos os cursos da área da saúde foi a Rede Unida. O Márcio que levou pro Éfrem Maranhão numa reunião que eu estava, defendendo em nome da Rede Unida que todas as diretrizes curriculares da área da saúde tivessem aquelas competências gerais. E eu achei muito correto o que ele falou, o que foi defendido pela Rede Unida, porque saúde é um trabalho coletivo. Então haveria de ter necessidade de ter um ponto de encontro onde todas que, mais do que diretrizes curriculares da enfermagem, diretrizes curriculares da medicina, diretrizes curriculares da fisioterapia, antes fossem diretrizes curriculares da saúde e a especificidade da área profissional. Então foi o elemento. Você vê que é igualzinho, eu cortei e colei e colei em todos, é o elemento que busca dar unidade a todas as áreas dizendo: pra ser profissional da saúde tem que

> ter essas competências gerais. Porque ser enfermeiro é ser um profissional da saúde. Você tem que ter, profissional da saúde tem que ter essas competências gerais. Sem perder a perspectiva das competências [...] específicas. É um documento da OPAS que foi traduzido, inclusive está publicado numa edição da Olho Mágico. O Márcio entregou o Olho Mágico pra gente e aí estava lá e foi tirado e colocado ali.

Estas informações podem ser averiguadas, como indicou E4, na Revista Olho Mágico, ano 4, número 15, janeiro a março de 1998. Neste periódico, há um texto de autoria de Ito; Ivama; Nunes (1998), que tem como título "Diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde do século XXI". O texto elenca pressupostos da LDB, da Unesco e da Organização Mundial de Saúde, em especial esta última, trazendo as indicações do documento: "*Doctors for Health: a WHO Global Strategy for Changing Medical Education and Medical Pratice for Health for all*". "Doutores para saúde: uma estratégia global da OMS (Organização Mundial da Saúde) para mudar a educação e a prática médica para a saúde de todos" (tradução nossa).

As autoras atestam que os campos de atuação dos profissionais de saúde são diversos e complexos, o que exigiria um novo delineamento em cada profissão. Entretanto, sugerem que habilidades, conhecimentos e atitudes que compõem as competências devem ser comuns a todos os profissionais de forma que torne possível a atuação e interação entre os mesmos. São estas competências que elas resumem a partir daquele documento da OMS: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; educação permanente.

A Rede Unida, instituição que tem aglutinado na América Latina as propostas de inovação curricular na área da saúde e que será apresentada em maiores detalhes ainda neste capítulo no ítem 4.6, adotou este referencial na sua integralidade, quando, em atendimento ao Edital nº 4/97-MEC, ofereceu contribuições para as diretrizes curriculares para a área da saúde, nas quais é possível identificar um esforço por parte da Rede para que estas idéias fossem difundidas. As contribuições da Rede foram publicadas em outras duas edições da Revista Olho Mágico, nas quais o texto sobre competências gerais é integralmente transcrito. [2]

Em nosso entendimento, estas competências gerais se constituem em um esforço de uniformização de atitudes por parte dos trabalhadores da saúde e, como toda uniformização, é passível de cometer imprecisões, neste caso definindo competências que, muitas vezes, não se coadunam com o que são os profissionais. Assim, podemos chamar a atenção para o item

[2] Revista Olho Mágico, ano 4, número 16, abril a maio de 1998, e ano 5, número especial, novembro de 1999.

"administração e gerenciamento", que advoga que "os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, *empregadores* ou lideranças na equipe de saúde" (grifo nosso) (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001a, p. 2). No que nos toca especificamente, não vemos o enfermeiro empregador como predominante nas práticas que ele tem exercido. Historicamente ele se tem situado como trabalhador e não empregador, como já mostramos ao abordar o trabalho da enfermagem. Além disso, este item se explicita melhor na evolução da legislação quando estas competências passaram a compor o Parecer nº 1.133/2001-CNE, no qual, além da noção do profissional empregador, vai figurar também a imagem do profissional *empreendedor*. Se esta é uma competência que se espera do médico, do odontólogo, não pensamos que seja da mesma forma para a enfermagem. É possível ver, neste discurso, o discurso que penetra os campos de formação e que não é um discurso desinteressado, mas que tem sua gênese diretamente relacionada ao mundo empresarial.

Outro elemento é que o documento que serviu de base para a idéia de competências gerais era um documento que tratava da educação médica, para a qual a concepção de empregador e empreendedor, como já salientamos, é compreensível e até pertinente.

O Parecer nº 1133/2001-CNE, seguindo o que já estava indicado no documento discutido na Audiência Pública, manteve a denominação de competências gerais que seriam partilhadas por todos os cursos da área da saúde. Esta questão é explicitada no parecer como uma necessidade de tomar fundamentos comuns para os profissionais que exercem ações de saúde. Assim, informa o parecer:

> a comissão reforçou nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde a articulação entre a educação superior e a saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, **indicando as competências comuns** gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade (grifo nosso) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b, p. 3).

Quanto aos objetivos das diretrizes curriculares no Parecer nº 1133/2001-CNE, são os de

> levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e

> discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b, p. 4)

Podemos afirmar que o Parecer nº 1133/2001-CNE incorporou, para o conjunto dos cursos da área da saúde, os fios articuladores da reformulação curricular como a formação por competências e habilidades e a pedagogia do aprender a aprender, o perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, entre outras semelhanças.

Diante de tal formatação, é necessário concordar que seria positivo introduzir, em áreas de formação profissional bastante impermeáveis à penetração do novo, conceitos amplamente difundidos, oriundos de instituições tão renomadas e aparentemente inovadores. Entretanto, algumas suspeitas devem compor nosso olhar analítico. Uma primeira é a da existência efetiva de homogeneidade na área. Será que todas as comissões de especialistas, a partir da proposta de suas respectivas bases, elaboraram um mesmo enunciado para seus documentos? Esta é uma suspeita que coloca interrogações no processo de elaboração destes documentos. Se houve tal homogeneidade na aceitação destes pressupostos pedagógicos, como entendem as diferentes profissões a concepção de competências e o aprender a aprender. O que tais pressupostos podem indicar para a formação na área da saúde?

Como pudemos identificar, a idéia de competências gerais não foi discutida nas diferentes áreas ou com as diversas comissões de especialistas. Ela foi introduzida como solicitação da Rede Unida que entendia que todas os profissionais da saúde teriam que abraçar aquelas competências comuns que unificasse suas posturas profissionais. Ressaltamos ainda o papel de instituições internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, influenciando nos rumos da educação superior em saúde.

Quanto à idéia de competências de uma forma geral, ela não era opcional, pois, como vimos, constava em todas as orientações oficiais para a organização das diretrizes.

Nesta pesquisa, tivemos a preocupação de identificar na internalidade da enfermagem qual concepção de competência teria orientado a comissão quando da formulação da proposta, bem como, quais discussões a enfermagem, organizada em torno da ABEn, efetivou para auxiliar nesta tarefa.

Assim, uma de nossas questões era referente ao processo de discussão dessa nomenclatura na enfermagem e os dados que coletamos são divergentes, ora apontando que houve discussão da

noção de competências alicerçada em Perrenoud, como vemos nas falas de E1, E2, E3 e E4, ora dizendo que não houve uma discussão mais conjunta. Entretanto, elas convergem em afirmar que Perrenoud era o referencial que se tinha em mente quando se falava de competência. E1 afirma que teve

> um pouco de discussão porque no nosso entender a gente nunca conseguiu, nós quatro discutirmos a semântica. Mas o que a gente trouxe era Perrenoud e aquela idéia de que a competência era aquela habilidade que você tem de pegar saberes de várias fontes para determinados problemas, determinadas situações. Então você ser um, ter a competência de com os conhecimentos, vamos dizer fracionadas, ou oportunizados em determinadas circunstâncias, decidir os problemas ali, para tomada de decisão. E a visão foi, mas tem, já tinha algumas pessoas, porque a gente foi, mas nós quatro, a gente nunca discutiu, olha como vai ser competência. A gente sempre trouxe de outros Fóruns maiores de discussões.

E2, ao abordar a questão, dizia:

> Veja bem que é todo um paradigma quando você pensa e é paradigma de educação. Perrenoud vamos dizer assim, ele vem de um referencial teórico que naquele momento era o que estava em voga que era a questão das habilidades e competências para se formar este pessoal. Não acredito, não veio assim, veja bem. Não fomos nós a comissão, eu quero deixar isso claro. Foi uma coisa da enfermagem brasileira, mas denovo tanto quanto no aprender a ser, aprender a viver, eu penso que essa questão da competência, essa questão da habilidade é esse o paradigma que vem sendo colocado na educação de habilidades e de conteúdo que vem nortear isto nas nossas diretrizes curriculares.

Também E3 fala que,

> na época quando foi discutido competências, as discussões estavam muito pautadas em Perrenoud. Nos trabalhos, nos estudos de Perrenoud. Só que agora as discussões estão se ampliando muito mais. Até os questionamentos em cima das competências estão postos na mesa. E isso é muito bom porque mostra que é processo. É dinâmico. Há dois anos atrás a gente tinha uma percepção de competência voltada para um determinado referencial e que hoje a gente já está questionando.

Foi em E4 que identificamos com maior propriedade a afirmação de que houve discussão e que se fez a opção pelo referencial de Perrenoud como vemos abaixo:

> Sim, foi discutido junto com a ABEn. Sim, nós chegamos a estudar. Nós fizemos uma reunião com a ABEn, o tempo todo a ABEn do lado, e nós, ficou definido que seria a noção do Perrenoud. Perrenoud. Inclusive estudamos, lemos bastante a questão do Perrenoud e aí como eu estava fazendo também de todas as áreas a gente estendeu pra todas as áreas aquilo que a gente vinha discutindo com a ABEn, que a noção de competência seria a noção do Perrenoud. Competência como conhecimento construído.

Nos fóruns de discussão da enfermagem nos quais têm sido abordados os encaminhamentos para a formação foi possível identificar no Quinto Senaden, realizado em São Paulo, em 2001, pela primeira vez o tratamento da questão das competências e a exposição mais clara da filiação ao referencial de Perrenoud tanto para a noção de competências como para a avaliação a partir desta noção. Naquele evento, o tema central foi "Avaliação no contexto das diretrizes curriculares para a enfermagem: prioridades, implicações e desafios" e, nos seus subtemas, figurava, entre outros, a avaliação de competências que, inclusive, foi abordada em um dos grupos de trabalho deste seminário (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 5, 2001). Perguntamo-nos como avaliar por competências se a categoria, em seus espaços coletivos, não havia atribuído significado a esta noção? Mesmo no seio da comissão não havia consenso em relação à discussão ou não do referencial de competência. Estes fatos nos permitem concluir que a introdução da noção de competência na enfermagem foi tomada como dado natural, categoria auto-explicativa e de consenso geral, o que, mais adiante, identificamos que não representava toda a realidade.

Ainda hoje não foi possível estabelecer uma interlocução efetiva sobre esta temática. Tudo se passa como se todos soubessem e estivessem esclarecidos sobre como pensar e formular currículos por competências. Tal certeza é questionada quando um dos temas das oficinas de trabalho do Sétimo Senaden, em 2003, era a formulação de currículos por competências. Para elaborar a oficina, a comissão de sustentabilidade[3] para a implantação das diretrizes curriculares da ABEn solicitou, às escolas de enfermagem, que enviassem contribuições de como estavam sendo pensadas as competências nas escolas e o aporte de sugestões foi nulo. Os outros temas das oficinas, embora em pequeno número, receberam contribuições. Isto nos permite afirmar que não há consenso, que não há entendimento e que as escolas estão "perdidas" quando a questão é

[3] Esta Comissão de Sustentabilidade foi criada junto à Comissão de Educação da ABEn para assessorar esta entidade nos encaminhamentos para a implantação das diretrizes curriculares em todo o país. Ela conta com diversos especialistas da área mais diretamente envolvidos com as discussões sobre a formação em enfermagem.

formular currículo por competências. Quais são as possibilidades que se abrem quando não há entendimento a respeito de uma terminologia tão carregada de significados como esta?

No Sexto Senaden percebemos indícios de questionamentos ao aporte teórico da noção de competências, tendo o texto de Meyer; Kruse (2002, p. 9) servido de suporte para as discussões. As autoras afirmavam que o

> discurso sobre competências, por sua vez, atravessa a discussão sobre a formação de pessoal para o setor saúde desde que foi introduzido pela LDB. Mesmo assim, ainda que a adoção esteja legalmente sustentada e seja oficialmente incentivada, há espaço aí, para um caloroso debate acerca da pertinência de sua incorporação nas propostas de formação profissional.

Apesar destes esforços pelo início de alguma problematização a respeito, parece existir uma aceitação generalizada deste referencial, o que sugere que num curto prazo as escolas desencadearão ações visando inserir em seus projetos pedagógicos a formação por competências.

Esta afirmação pode ser averiguada em uma edição da Revista Brasileira de Enfermagem, periódico publicado pela Associação Brasileira de Enfermagem, no ano de 2003, que foi dedicada à veiculação das experiências de mudanças curriculares a partir das diretrizes. Nos textos pudemos identificar uma forte predominância de discursos tomando a noção de competência como princípio articulador dos currículos.

O artigo de Fewerwerker; Almeida (2003) afirma que há, no texto de diretrizes curriculares, um "convite à formação por competências" que eles identificam como um aspecto positivo, indicando a necessidade de experiências de formação para além do campo cognitivo. Salientam que o texto de diretrizes não opta por uma abordagem específica de competências – se de orientação behavoristas ou construtivistas -, mas que há clareza, principalmente em relação às competências gerais, da necessidade do trabalho em equipe, da comunicação, entre outras competências. Os mesmos autores teceram, neste artigo, críticas ao texto de Meyer e Kruse (2002), já citado anteriormente, sustentando que o mesmo não se constituía em uma reflexão propositiva que seria o esperado no momento de implantação das diretrizes curriculares.

No mesmo número da revista, Timóteo; Liberalino (2003, p. 360) consideram que há um entendimento atual "de que o objetivo da escola não é mais transmitir conteúdos disciplinares, mas o de desenvolver competências gerais nos alunos [...]".

Germano (2003, p. 368), ao abordar o ensino por competências nas diretrizes curriculares, afirma que ele "privilegia o pensar criticamente a realidade de saúde, com vistas a transformá-la. E, assim sendo, ressalta a importância de uma proposta metodológica de ensino que trabalhe na perspectiva do paradigma ação-reflexão-ação".

Na mesma direção Silva; Araújo; Leitão (2003, p. 376) elencam as três dimensões em que as enfermeiras devem receber formação, sendo elas o "O **saber** como formação intelectual e científica; **saber ser** como orientação humana profissional; **saber fazer** como desempenho operatório idôneo e ético, caracterizando uma tendência de elaboração curricular *tendo como eixo as competências*" (grifo nosso).

Diante destas evidências da incorporação da noção de competências pela área, entendemos que se faz necessário um aprofundamento nas matrizes teóricas deste referencial como forma de contribuir com as discussões dos projetos pedagógicos, sendo este nosso esforço nas elaborações que se seguem.

Num primeiro momento abordaremos a pedagogia das competências na direção dos estudos sociológicos sobre o trabalho. Isto nos dará um panorama de como esta noção foi introduzida e quais os seus desdobramentos no mundo do trabalho. Feitas estas considerações, apresentaremos a relação da competência com a formação, identificando aí vínculos com teorias pedagógicas e encaminhamentos curriculares.

Como registramos ao abordarmos as mudanças no mundo do trabalho em relação com a formação, com a mudança do padrão rígido de produção para o flexível passou-se a solicitar alterações também na formação, introduzindo-se, para tanto, a noção de competências, que seria adequada para a formação deste novo trabalhador. É possível afirmar que, nos diversos níveis de ensino, a noção de competência foi tomada como princípio da organização curricular, embora Lopes (2001) saliente que, no nível médio, isto possa ser evidenciado mais claramente.

Machado, L., (1998, p. 80) afirma que o termo competência não é novo e que a sua recuperação no contexto atual tem apontado no sentido de representar as práticas sociais que "têm definido o modo através do qual as empresas e o mercado de trabalho têm feito a gestão da força de trabalho".

Deluiz (2001a, p. 8), ao referir-se às mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho e às exigências de atitude por parte dos trabalhadores, salienta que a

> capacidade de diagnóstico e de solução de problemas, e aptidões para tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constantes mudanças e intervir no trabalho para melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços, passam a ser exigidas dos trabalhadores no quadro atual de mudanças na natureza e no processo de trabalho.

Kuenzer (2001, p. 19) diz que passaram também a ser exigidas as habilidades com a interação humana uma vez que as práticas individuais são substituídas pelas de trabalho coletivo, como o "compartilhar de responsabilidades, informação, conhecimentos e formas de controle agora internas ao trabalhador e ao seu grupo".

Machado, L., (1998), ao tratar das mudanças no trabalho, salienta que elas estariam a demandar do então sujeito que precisa trabalhar que ele seja: capaz de gerir sua atividade, seu tempo e capacidades de forma eficiente e que resolva os problemas imprevistos; seja autônomo, dado que o trabalho ganha características de independência sem a supervisão de outras pessoas; ter iniciativa, tomando decisões adequadas e na hora certa; ser flexível e disposto a assumir mudanças e ritmos variados no trabalho; ser criativo, buscando soluções sempre novas; aperfeiçoar-se continuamente. Estas seriam as novas competências do trabalhador requeridas pelo novo processo de trabalho flexível.

Para a autora, elas seriam novas "porque acredita-se que o padrão taylorista-fordista de gestão da força de trabalho estaria superado e que tais competências não teriam tido espaços para serem exercidas enquanto ele vigorava" (MACHADO, L., 1998, p. 82).

Em Dugué (1998) encontramos elaborações que nos permitem questionar se a competência seria responsável efetivamente pela redefinição do trabalho. Ela afirma que as competências marcam a sobrevivência do taylorismo e o seu fracasso. Há um reconhecimento de que, sem o envolvimento dos trabalhadores, os métodos de produção não se materializam tal como foram idealizados por seus peritos. Assim, há a valorização, pelas competências, dos saberes oriundos da experiência que contribuiriam para a solução dos problemas colocados nas situações cotidianas que fogem às formalizações elaboradas pelos peritos. Entretanto, a autora salienta que, "ao mesmo tempo, nas práticas recorrendo à competência, a recusa de colocar os saberes em primeiro plano, o que anda junto com o desinteresse pelos diplomas, pode surgir a serviço da vontade de manter os assalariados num estatuto de executantes que têm pouco acesso às decisões verdadeiras" (DUGUÉ, 1998, p. 105).

Manfredi (1998, p. 27) diz que, no Brasil, a idéia de competências já era conhecida no "âmbito das ciências humanas (notadamente no campo das ciências da cognição e da lingüística) desde os anos 70". O que há de diferente é que passou a "ser incorporada nos discursos dos empresários, dos técnicos dos órgãos públicos que lidam com o trabalho e por alguns cientistas sociais, como se fosse uma decorrência natural e imanente ao processo de transformação na base material do trabalho".

Autores que se dedicam aos estudos sobre esta nova concepção salientam que a competência se introduziu naquilo que era o espaço da idéia de qualificação.

A qualificação, em Ramos (2001a), é entendida como uma relação social em que o conteúdo sócio–histórico se expressa nas dimensões conceitual, social e experimental. Ela constatou um "movimento simultâneo de reafirmação e de negação do conceito de qualificação pela noção de competência". A reafirmação se daria pela valorização da dimensão experimental em que haveria um apelo aos aspectos subjetivos do trabalhador até então pouco considerados. Assim, a "noção de competência expressaria coerentemente essa dimensão, pois seu significado psicológico chamaria a atenção para as capacidades cognitivas e sócio-afetivas também mobilizadas pelos trabalhadores na realização de suas atividades profissionais" (RAMOS, 2001a, p. 281).

Contudo, para a autora, ao mesmo tempo que a noção de competência evidencia sua dimensão experimental, ela também enfraquece as dimensões conceitual e social.

A dimensão conceitual se enfraquece na medida em que fortalece os elementos subjetivos, secundarizando os saberes formais de tal maneira que "a qualificação deixaria de ser expressa em função dos registros de conceitos técnico-científicos característicos das atividades profissionais" (RAMOS, 2001a, p. 282).

Haveria então um deslocamento da centralidade dos diplomas como ordenadores da qualificação e da permanência no trabalho em função das "competências adquiridas, validadas e constantemente atualizadas, que garantiriam a empregabilidade" (RAMOS, 2001a, p. 282). Com o foco na dimensão experimental, a competência acaba enfraquecendo a dimensão conceitual da qualificação.

Quanto à dimensão social, ela se enfraquece quando as regras de ingresso e permanência no trabalho deixam de ser pactuadas coletivamente para serem definidas individualmente em função de que

> a relação entre os registros conceituais das atividades profissionais formalizados por meio dos títulos e diplomas reconhecidos socialmente e a inserção profissional fazia da qualificação um código de comunicação entre categorias profissionais e empregadores. Com base nesse código construíram-se normas e regras de acesso e permanência no emprego, carreira e remuneração. À medida que essa relação se dissolve, é a competência que passa a ser esse código (RAMOS, 2001a, p. 282).

Assim, há o deslocamento da noção de qualificação para a de competência. Para Deluiz (2001a, p. 10), o

> tradicional conceito de qualificação estava relacionado, portanto, aos componentes organizacionais e explícitos da qualificação do trabalhador: educação escolar, formação técnica e experiência profissional. Relacionava-se, no plano educacional, à escolarização formal e aos seus diplomas correspondentes e, no mundo do trabalho, à grade de salários, aos cargos e às carreiras. A crise da noção de posto de trabalho associado ao modelo de classificações e de relações profissionais fordistas resultou, assim, na adoção de um novo modelo de organização do trabalho e de gestão da produção calcado nas competências e no desempenho individual dos trabalhadores.

Invernizzi (2001) considera que a substituição da qualificação pela competência envolve muito mais que mudança de semântica, compreendendo alterações de caráter teórico-metodológico que acarretam conseqüências políticas relevantes.

Uma dessas primeiras questões políticas é que a teoria da competência reflete

> uma tendência objetiva à individualização crescente das relações entre capital e trabalho, produto de múltiplos fatores, mas especialmente do balanço de forças crescentemente desfavorável ao trabalho que se verifica como decorrência da crise capitalista; de outro lado, ao assumir postura normativa, essa teoria legitima a individualização, justificando-a nas necessidades de concorrência, e a reforça, ao propor formas de obtenção e avaliação das competências individualizadas e individualizantes (INVERNIZZI, 2001 p. 120).

Para Machado, L., (1998, p.84), sendo as competências reconhecidas e avaliadas a partir de processos de negociação individualizados, acabariam contribuindo para "moldar uma certa concepção de sujeito e de autonomia, voltada para o desenvolvimento da capacidade adaptativa e para enfraquecer a solidariedade informada pelos interesses coletivos como conseqüência do aumento da competição entre os indivíduos".

Da mesma forma, Dugué (1998) salienta que a noção de competência favorece práticas individualizantes que estão intrinsecamente ligadas à idéia de flexibilidade, pois não há a ancoragem nos postos de trabalho e, sim, a definição de competências transversais que podem favorecer a idéia de adaptação profissional. Estas competências transversais seriam aquelas práticas, atitudes que permitiriam ao trabalhador se mobilizar de um posto de trabalho para outro ou de uma atividade a outra. Relembramos aqui as competências específicas das diretrizes curriculares, nas quais podem ser observadas muitas competências próximas a estas práticas e atitudes profissionais conforme já discutimos anteriormente.

Como a competência é algo ligado diretamente ao desempenho individual na realização de uma tarefa, ela desprestigia a organização coletiva, desfavorece a cooperação no trabalho e, portanto, a negociação que antes era representativa de um conjunto de trabalhadores passa a ser empreendida pelos trabalhadores individualmente.

Um outro aspecto que nos parece fundamental salientar com esta autora é que a competência tira o sentido do trabalho à medida que, não estando focalizada no conteúdo do trabalho, não cria identidade entre o homem e o trabalho.

Outro elemento introduzido por ela se refere à relação que o trabalhador passa a desencadear com a instituição. Neste aspecto, afirma que, ao diminuir

> as ocasiões de confronto institucional, a lógica da competência atenua a expressão das oposições e dissimula a eventualidade de interesses contraditórios na empresa. Por essa razão ela impede a elucidação das relações de poder, ao passo que, com o aumento do desemprego, essas têm tendência a ter conseqüências importantes para os empregados pouco qualificados, que vivem indistintamente em suspensão" (DUGUÉ, 1998, p. 121-122).

A competência coloca o trabalhador como ator da mudança imputando-lhe responsabilidades nas transformações que afetam o seu trabalho e subsumindo as diferenças entre os interesses empresariais e os seus interesses. Ou, como afirma Dugué (1998, p.123), a

> lógica da competência, que transforma os empregados em atores de mudança, leva-os a acreditar que estão do lado do poder: até então colocados em posição claramente subordinada, eles são incitados a integrar-se no contínuo de autoridade característica das organizações burocráticas, e assim a se sentirem o último elo da corrente que os liga à direção da empresa.

Para ela, na competência assiste-se à ruptura das solidariedades e à crise da relação com o trabalho e com a empresa. O fato de o empregado ser o ator da mudança pode levá-lo a propor estratégias que não correspondam às proposições e aspirações coletivas. "Assim, o coletivo que, nas organizações tayloristas, era uma amálgama de indivíduos intercambiáveis e dependentes uns dos outros, torna-se uma soma de indivíduos independentes, diferenciados, concorrentes e às vezes potencialmente antagônicos" (DUGUÉ, 1998, p. 126).

É neste sentido que acaba por afirmar que a "lógica da competência, contribuindo para impedir os confrontos institucionais, oculta as oposições entre a instituição e os assalariados que são devolvidos à sua solidão de indivíduos responsáveis, autônomos e concorrentes" (DUGUÉ, 1998, p. 127).

Júnior; Gonzáles (2001, p. 73) afirmam que a noção de competência transforma-se num "*constructo epistemologico formal*, que desconsidera a história, eterniza o presente, faz apologia do individualismo, da competitividade; recria a política em bases individuais e estéticas".

Entretanto, o discurso da competência apela exatamente para o fato de que ela favoreceria o desenvolvimento da solidariedade no trabalho o que pode parecer contraditório com estas constatações que afirmam que a noção de competência individualizaria as relações de trabalho. Sobre isso, adverte Machado, L., (1998, p. 84), que esta

> lógica individualizante não se mostra, porém, contraditória com o fomento de um outro tipo de solidariedade, aquela que apela em favor do aumento da qualidade e da produtividade e é somente dentro desses marcos que ela restabelece o coletivo e revaloriza os processos grupais de trabalho e trocas intersubjetivas.

Ramos (2001a, p. 284), tecendo considerações sobre a noção de qualificação e competência no trabalho, diz que:

> [...] no marco do conceito de qualificação, as dimensões econômica, sociológica, ético-política e pedagógica da profissão relacionam-se organicamente.
>
> No marco da competência, reconfigura-se a dimensão ético-política da profissão, mediante a ascendência da dimensão psicológica sobre a dimensão sociológica. Sob as novas relações de produção haveria, então, a tendência de se configurar uma profissionalidade de tipo liberal. Esta se baseia no princípio da adaptabilidade individual do sujeito às mudanças sócio-econômicas do capitalismo tardio. A construção da identidade profissional torna-se produto das estratégias individuais que se desenvolvem em resposta aos desafios externos. Funda-se um novo profissionalismo: estar preparado para a mobilidade permanente entre diferentes ocupações numa mesma empresa, entre diferentes

> empresas, para o subemprego ou para o trabalho autônomo. Em outras palavras, o novo profissionalismo é o desenvolvimento da empregabilidade.

Embora possamos perceber, nos discursos, que a noção de competência pretende ultrapassar a noção de qualificação por incluir os aspectos subjetivos que explicitamos acima com a denominação de "saber-ser", os estudos têm mostrado que o que se tem efetivado é a noção de competência enquanto adaptabilidade do trabalhador aos novos processos produtivos, havendo limitado ganho qualitativo em sua formação. Além disso, autores como Antunes (2001); Bihr (1999); Harvey (2000); Segnini (2000), têm alertado para o fato de que, embora haja a flexibilidade dos processos de trabalho, há, em contrapartida, sua intensificação, para os quais a noção de flexibilidade do trabalhador (resultado esperado com a introdução da formação por competências) se presta em ampla medida.

Para Machado, L., (1998, p. 92), independente das atividades que o indivíduo vá desempenhar na sua vida, o que está sendo valorizado é o "desenvolvimento da sua flexibilidade e do poder que dispõe de transferir experiências adquiridas para situações novas. Trata-se de uma pedagogia voltada para o desenvolvimento da capacidade de adaptação do indivíduo".

Invernizzi (2001, p. 118) afirma que o grande apelo da noção de competência se deve ao peso imputado ao saber ser, "às dimensões comportamentais, as quais adquirem grande relevância nos processos produtivos reestruturados".

Para ela, a mobilização do aspecto subjetivo no trabalho tem um ponto de partida individual, como também as formas de avaliação do trabalhador que seria considerado competente (aquele que é engajado, cooperativo), sendo que isto promoveria a individualização das relações entre capital e trabalho e enfraqueceria a negociação coletiva.

Muito mais que o "saber-ser" constante dos discursos, o que tem se efetivado é a identificação das competências com uma aplicação prática do que se aprende. Isso se explicita quando se implanta ou se busca certificar quais as competências que a pessoa adquiriu no seu processo educativo. É nesse momento que os discursos se diluem e o que fica é a fria adequação do trabalhador às demandas do trabalho, na reatualizada relação expropriadora entre capital e trabalho.

Ainda é importante registrar, com Manfredi (1998, p. 29), a referência à semelhança da noção de competência com as que constam dos documentos das agências internacionais, como, por exemplo, o documento da Unesco sobre a educação para o século XXI. Para ela esses

documentos possuem conotações que "reatualizam alguns conceitos já desenvolvidos pela Teoria do Capital Humano, reafirmando, por meio de novas palavras, conotações que visam à reintegração dos trabalhadores aos novos contextos de reestruturação do capital no âmbito dos locais de trabalho".

Lopes (2001) se referencia igualmente às recomendações da Unesco afirmando que as competências são tomadas como conceito pedagógico central da prática educativa estendendo-se a todos os níveis de ensino.

Machado, L., (1998, p. 81) diz que o conceito de competência não é exclusividade das reformas curriculares brasileiras. Ele tem sido central em outros países "estimulados pelos documentos de organismos internacionais como Banco Mundial e Unesco".

Estas considerações podem ser averiguadas no documento da Unesco, intitulado "Educação: um tesouro a descobrir", que dedica um capítulo aos "pilares da educação para o século XXI" (aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a viver com os outros e aprender a ser), reforçando, assim, a valorização dos elementos subjetivos a serem desenvolvidos nas pessoas através do processo educativo. Parece-nos que o princípio orientador não se diferencia em muito das teorias que vêem na educação uma forma de resolver os grandes dilemas da humanidade. Nesse momento em que há a ameaça de destruição da natureza e também do homem, imputa-se à educação a tarefa de criar as consciências desejáveis para o novo século.

Quanto às mudanças no aspecto pedagógico, autores como Deluiz (2001a, 2001b); Ramos (2001a, 2001b) alertam para os problemas que podem advir da focalização da formação no referencial de competências. Deluiz (2001a, p. 11), tratando sobre a certificação das competências dos trabalhadores da área da saúde, salienta que, no

> modelo das competências, os conhecimentos e habilidades adquiridos no processo educacional devem ter uma "utilidade prática e imediata" e garantir a *empregabilidade* dos trabalhadores. A qualidade da qualificação passa a ser avaliada pelo "produto" final, ou seja, o trabalhador instrumentado para atender às necessidades do processo de modernização do sistema produtivo. O "capital humano" das empresas precisa ser constantemente atualizado para evitar a obsolescência e garantir o diferencial de competitividade necessário à concorrência na economia globalizada. Nessa ótica, a questão da *empregabilidade* é colocada como responsabilidade individual dos trabalhadores e as possibilidades de sua inserção ou permanência no setor formal e no informal dependem da posse daqueles saberes teóricos, práticos ou metodológicos mais adequados à competição pelas ocupações e empregos disponíveis.

Outro risco apontado pela autora na formação por competências é o de "reduzir a formação do trabalhador à esfera profissional, em detrimento de uma formação integral que abranja a dimensão de cidadania, a abordagem por competências tende a tornar-se reducionista, instrumentadora e tecnicista" (DELUIZ, 2001a, p. 11).

Também Ramos (2001b, p. 23) chama a atenção para os perigos de se direcionar a formação, em especial a formação profissional, pelo modelo de competências, dizendo que precisamos ter cuidado

> para não realizar uma redefinição pedagógica de tal ordem que tudo se passe como se o conhecimento científico tivesse atingido um grau suficiente para que a escola (pelo menos a profissional) não tivesse mais que transmiti-lo, principalmente porque os processos automatizados seriam suficientes para captá-los e pô-los em prática. Por essa ótica, a formação responsabilizar-se-ia somente por ordenar as atitudes e práticas profissionais em coerência com a organização e o funcionamento dos processos de produção. A escola perderia, em certa medida, a exclusividade como agente transmissora de conhecimento. Com variações que não permitem fazer dessa afirmativa uma generalidade, a escola seria forçada a abrir-se para o mundo econômico como meio de redefinir os conteúdos de ensino e atribuir sentido prático aos saberes escolares, de forma que sua legitimidade reduzir-se-ia à utilidade prática. A armadilha de se **regressar ao tecnicismo educacional ou de se reduzir a educação profissional aos aspectos operacionais** das atividades profissionais está presente o suficiente para que estejamos muito atentos ao pensar na apropriação das competências como referência educacional (grifo nosso).

Para um campo de atuação como o da enfermagem, este alerta que nos fazem as autoras é muito pertinente, pois, tanto no nível da graduação quanto no profissionalizante, historicamente houve uma forte marca do componente técnico como central no trabalho e, principalmente, na formação.

Almeida; Rocha (1989), recuperando a história da inserção das técnicas na enfermagem recuam, ao início do século XX nos Estados Unidos em que se situa o desenvolvimento do hospital como espaço privilegiado da atenção à saúde e os estudos sobre a gerência científica de Taylor como centrais na organização do processo de trabalho. Tais movimentos marcaram o surgimento e organização das técnicas de enfermagem e até hoje são muito valorizados. Na década de 70, no Brasil, os currículos de enfermagem experimentaram mais intensamente uma organização com base no aspecto técnico, como de resto toda a educação. Esta década foi aquela

em que a enfermagem adquiriu maior força para se implementar e desenvolver. Assim, pensar que a organização de currículos por competências pode desembocar em uma vinculação estreita à descrição de tarefas e ao tecnicnismo educacional deve, pelo menos, nos servir de alerta resguardando que a adesão não seja pouco refletida ou desavisada a um referencial não consensual e repleto de significados diversos.

Deluiz (2001b, p. 15), ainda referindo-se à temática das competências, elenca pontos positivos e negativos dessa concepção. Em relação aos pontos positivos, diz que podem ser destacados

> a valorização do trabalho, que assume um caráter mais intelectualizado, menos prescritivo, exigindo mobilização de competências que envolvem domínios cognitivos mais complexos e que vão além da dimensão técnica, demandando novas exigências de qualificação do trabalhador e a elevação dos níveis de escolaridade. [...] a valorização dos saberes em ação, da inteligência prática dos trabalhadores, independente de títulos ou diplomas; uma maior polivalência do trabalhador, que lhe permite lidar com diferentes equipamentos, assumir diferentes funções e tornar-se multiqualificado; a possibilidade de construir competências coletivas a partir do trabalho em equipe, maior comunicação, participação e autonomia para o planejamento, execução e controle dos processos produtivos.

Quanto aos aspectos negativos, ela diz que podem ser identificados a

> intensificação do trabalho e a desprofissionalização, que são conseqüências de uma polivalência estreita e espúria, decorrente do reagrupamento das tarefas pela supressão dos postos de trabalho, ou pelo enxugamento dos quadros das empresas com demissões. A intensificação da exploração do trabalho se traduz no fato de os trabalhadores operarem simultaneamente várias máquinas, ou desempenharem várias tarefas, em um ritmo e velocidade determinados pela mediação da automação e da informatização, ampliando a jornada de trabalho que passa a depender muito menos de contratos previamente acordados entre capital e trabalho, e muito mais das necessidades da produtividade capitalista (DELUIZ, 2001b, p. 15).

Diante desses perigos e limites, temos percebido que, principalmente na enfermagem, há um discurso para o que se denomina de ressignificação das competências. É nesse sentido que foram aprovadas as diretrizes curriculares para o ensino profissional e para a educação superior que, como para as outras áreas de conhecimento, foram estruturadas tendo como um de seus elementos a noção de competência. Ramos (2001a), após elencar todos os problemas afetos à

noção de competência, diz que ela exige a ressignificação, mas, *mesmo assim deve ser tomada de forma subordinada ao conceito de qualificação como relação social* (grifo nosso).

Freitas (2002) entende que não podemos prescindir da dimensão técnica da competência na formação, pois todos temos o direito de receber atenção de forma competente. Salienta que esta competência não pode, contudo, reduzir-se à sua dimensão técnica. E defende que é preciso "compreender de modo crítico a noção de competência e examinar a possibilidade de sua ressignificação, uma vez que dela não podemos prescindir" (FREITAS, 2002, p 21), sendo este o objeto da pesquisa que desenvolveu.

Torrez (2001a, p. 3), discutindo a avaliação das competências no processo ensino/aprendizagem da educação profissional em Enfermagem, identifica os problemas relacionados à noção de competência presentes nos documentos do Ministério da Educação sobre a educação profissional e salienta que nós como sujeitos críticos temos que ousar recontextualizar o conceito de competências.

Lopes (2002, p. 391) tem utilizado o conceito de recontextualização para compreender a influência do "discurso curricular oficial sobre a produção do conhecimento escolar, bem como interpretar o processo de apropriação de teorias curriculares por esse discurso". Para a autora, nessa

> recontextualização, inicialmente há uma descontextualização: textos são selecionados em detrimento de outros e são deslocados para questões, práticas e relações sociais distintas. Simultaneamente, há um reposicionamento e uma refocalização. O texto é modificado por processos de simplificação, condensação e reelaboração, desenvolvidos em meio aos conflitos entre os diferentes interesses que estruturam o campo da recontextualização (LOPES, 2002, p. 391).

Para Lopes (2001), a recontextualização acontece com os textos oficiais quando são inseridos no currículo em ação e que outras leituras podem ser feitas, entretanto, é necessário pensar e analisar tendo como referência o potencial regulador do Estado no direcionamento dessas ações, que se materializa nos processos de avaliação. Para ela, nos

> processos de recontextualização no interior de cada uma das instituições educacionais sempre há espaço para ressignificar, por exemplo, os princípios instituídos oficialmente, na medida em que campos de resistência e de conflito se estabeleçam. Saliento, porém, que essa ressignificação pode acabar se tornando

> uma associação de textos de concepções teóricas distintas, incapaz de potencializar a capacidade crítica de um currículo, principalmente se não forem analisadas as finalidades educacionais às quais as diferentes concepções curriculares servem, seja no contexto de sua produção, seja no novo contexto em que são inseridas (LOPES, 2001, p. 10).

Tratando dos parâmetros curriculares nacionais, a autora defende que a recontextualização produziu um híbrido de discursos curriculares. Nestes, "novas coleções são formadas, associando textos de matrizes teóricas distintas. Os textos são desterritorializados, deslocados das questões que levaram à sua produção e relocalizados em novas questões, novas finalidades educacionais" (LOPES, 2002, p. 392). Estas finalidades são, em última instância, a formação para o mundo produtivo globalizado (LOPES, 2002).

Sobre os parâmetros curriculares nacionais, Duarte (2001b) chama este processo, de apropriação de diversas e divergentes perspectivas teóricas, de construtivismo eclético.

Torrez (2001a, p. 3) entende que é preciso "ousar recontextualizar as competências profissionais" descritas nas regulações oficiais, "colocando efetivamente em prática o discurso da autonomia, criatividade e contextualização, para a promoção de aprendizagens significativas dentro das práticas profissionalizadas, que já estão mais que mergulhadas no mercado". Parece-nos que essa recontextualização tem a mesma intenção dos processos de ressignificação acima abordados, justificando nossa afirmação de que há, na área da saúde, e especificamente na enfermagem, a defesa da necessidade de ressignificar ou recontextualizar a noção de competências, utilizando-a em favor dos trabalhadores e não apenas como forma de expropriação e alienação, como tende a continuar acontecendo com a educação dos trabalhadores no novo modelo das competências.

Em Torrez (2001b, p. 47) defende-se que sejamos recontextualizadores críticos da abordagem por competências para a área da saúde. Com esta postura, poderemos atuar "atentando para as efetivas necessidades político-pedagógicas em saúde, evitando que sejamos apenas reprodutores de um dado discurso pedagógico, transpondo-se irreflexivamente para a realidade brasileira e para o SUS".

Para tanto, ela explicita o que entende por recontextualização crítica, afirmando ser aquela em que os enfermeiros e educadores em saúde, "em sua prática social, mediatizam o discurso pedagógico e recorrem à 'recolocação do discurso' existente em torno do paradigma das competências, reposicionando-o, refocalizando-o, em razão dos princípios e do paradigma

sanitário norteadores do SUS" (TORREZ, 2001b, p. 47). Esta é uma questão que não será aprofundada nesta pesquisa, pois entendemos que ela implicaria outro estudo, identificando, se é que existem, propostas pedagógicas que se dispuseram a materializar tal recontextualização, nas quais poderíamos identificar quais as possibilidades de se ressignificar o conceito. Em nosso entendimento, a recontextualização é um processo que efetivamente acontece com os textos legais, o que pensamos poder questionar é se ela tem esse potencial de reverter os sentidos e significados de um conceito em uma direção totalmente positiva.

As elaborações teóricas que trouxemos até o momento são, em sua maioria, de autores que se dedicaram a estudar a formação profissional (DELUIZ, 2001a, 2001b; RAMOS, 2001a, 2001b; KUENZER, 2001; TORREZ, 2001a, 2001b). Contudo, as mudanças nos discurso sobre a formação têm afetado todos os níveis da educação.

Pelo que expusemos, a competência na relação com o mundo do trabalho, embora traga um discurso sedutor, apontando maior valorização do trabalhador, pois a sua competência lhe garantiria acesso e permanência nos melhores postos de trabalho, tem outra face que esconde neste discurso mecanismos de individualização da busca pelo trabalho e dos esforços de permanência. Se ela indica a necessidade de maior qualificação, ao mesmo tempo atribui a busca por qualificação ao próprio trabalhador que, se não for qualificado, é individualmente responsabilizado pelo seu fracasso no trabalho.

Como identificamos na análise documental e em nossas entrevistas o referencial adotado para a competência na enfermagem era o de Perrenoud. Para apresentar as idéias desse autor utilizaremos sua obra *Construir as competências desde a escola* e, a partir daí, estabeleceremos um diálogo com críticos brasileiros a estes referenciais.

Considerando que existem múltiplos significados para a competência, Perrenoud (1999, p. 7) informa que a definirá como: "sendo *uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles*".

Ao falar das visões de educação existentes, afirma existir uma que considera importante ter "cabeças bem cheias" e outra que considera essencial "cabeças bem feitas". As primeiras cabeças primariam pela extensão ampla de conhecimentos sem preocupação com a sua mobilização, enquanto as segundas limitariam o aporte de conteúdos e se preocupariam com o exercício da sua mobilização em situações complexas.

Falando sobre a emergência da temática das competências, considera que está muito relacionada às mudanças que foram ocorrendo no mundo do trabalho. Ou seja, a

> explicação mais evidente consiste em invocar uma espécie de contágio: como o mundo do trabalho apropriou-se da noção de competência, a escola estaria seguindo seus passos, sob o pretexto de modernizar-se e de inserir-se na corrente dos valores da economia de mercado, como gestão de recursos humanos, busca da qualidade total, valorização da excelência, exigência de uma maior mobilidade dos trabalhadores e da organização do trabalho. No campo profissional, ninguém contesta que os empíricos devam ser capazes de "fazer coisas difíceis" e que passem por uma formação. A noção de qualificação tem permitido por muito tempo pensar as exigências dos postos de trabalho e as disposições requeridas daqueles que os ocupam. As transformações do trabalho – rumo a uma flexibilidade maior dos procedimentos, dos postos e das estruturas – e a análise ergonômica mais fina dos gestos e das estratégias dos profissionais levaram a enfatizar, para qualificações formais iguais, as *competências* diferenciadas, evolutivas, ligadas à história de vida das pessoas. Já não é suficiente definir qualificações-padrão e, sobre essa base, alocar os indivíduos nos postos de trabalho (PERRENOUD, 1999, p. 12).

Adverte que as universidades não se abrem para construir competências e que, quando formam, elas têm pudor em nomear ou designar os objetivos que levaram à sua construção. Elas "preferem enfatizar o saber erudito, teórico e metodológico" (PERRENOUD, 1999, p. 13). Assim, afirma que esta nova perspectiva assusta aqueles que "acreditam que ensinar consiste, antes de tudo, em transmitir de modo ordenado, conhecimentos eruditos bem-dominados" (PERRENOUD, 1999, p.17).

Distinguindo entre habilidades e competências, afirma que, quando uma pessoa faz "'o que deve ser feito' sem sequer pensar, pois já o fez não se fala mais em competências, mas sim em habilidades ou hábitos. No meu entender, estes últimos fazem parte da competência" (PERRENOUD, 1999, p. 26).

Ele afirma que é um engano considerar que a formação por competências é incompatível com a organização da formação na sua versão disciplinar. A abordagem por competências não nega as disciplinas, ao mesmo tempo que as "combina ocasionalmente na resolução de problemas complexos" (PERRENOUD, 1999, p. 40).

Estas idéias do autor nos permitem inferir que o que está subjacente à revolução pretendida com a formação por competências é a valorização dos saberes advindos da experiência, da prática e uma postura claramente condenadora da atuação da formação superior

como aquela que se preocuparia com a transmissão do conhecimento que ele chamou de saber erudito.

Enfim, o discurso é intenso e tende a ser convincente. E na formação? Quais são os vínculos teórico-pedagógicos da idéia de competência? Esta discussão será realizada posteriormente, juntamente com a pedagogia do aprender a aprender, que será o nosso próximo enunciado a ser apresentado. Optamos por esta organização por entendermos com Duarte (2001a) que seus vínculos teóricos são os mesmos.

A pedagogia do *aprender a aprender* pôde ser identificada pela primeira vez nos textos sobre a reformulação da graduação em enfermagem na proposta 2 de diretrizes curriculares. Acompanhando esta inclusão discursiva indentificamos a inserção das teses da Unesco para a educação afirmando que os processos pedagógicos devem articular *o saber, o saber fazer e o saber conviver visando desenvolver o aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer* (grifo nosso) (DELORS, 1995). Estas indicações podem ser averiguadas no tópico 7, "estrutura geral do curso", nos itens III e IV, em que se lê:

> 3. Implementação de metodologia no processo de ensinar e aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender; 4. Definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber (conteúdos); o saber fazer (atitudes/habilidades) e o saber conviver (competências), visando desenvolver o aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer que constituem aprendizagens indispensáveis (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2000, p. 7).

Cabe salientar que estas indicações estão presentes em outras formulações legais e em todos os níveis de ensino. A afirmação do aprender a aprender como princípio pedagógico foi estendida aos demais cursos da área da saúde, como se pode ver no Parecer nº 1133/2001-CNE, que abordou as diretrizes curriculares para enfermagem, medicina e nutrição e nos demais pareceres e resoluções que foram emitidos para os outros cursos da área.

A idéia do aprender a aprender, aparece também no documento final – Resolução nº 03/2001-CNE, na definição das competências e habilidades gerais, no item VI, que aborda a educação permanente ao dizer que "os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p. 2). Ela pode ser identificada ainda no artigo 14, no seu item VI, ao dizer que a estrutura do curso deverá assegurar "a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a

ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p. 6).

Em nossas entrevistas buscamos identificar as origens da absorção do lema aprender a aprender e podemos afirmar que elas se encontram nas orientações da Unesco, como pode ser averiguado na fala de E1:

> Isso aí [aprender a aprender] veio do encontro de Paris, da Unesco.

Ou na fala de E4, quando afirma que foi uma exigência do relator das diretrizes e do Ministro da Educação:

> Foi uma exigência dele [do Relator – Éfrem Maranhão] e do Ministro. Por quê? Porque incorporar, isso aí eu também acho que foi um salto, porque incorporar no texto das diretrizes curriculares de toda a área da saúde, o discurso, a declaração da Unesco? Porquê? Porque realmente era uma coisa contraditória, o Brasil é signatário da Declaração da Unesco, vai à Conferência em Paris em 98, assina a Declaração da Unesco. E ele foi o relator, o Éfrem esteve na conferência como Presidente do Conselho Nacional de Educação e chega aqui a gente está fazendo essa discussão toda e não incorpora, no texto das diretrizes curriculares toda aquela base conceitual, aquela referência teórica da Declaração da Unesco. Então qual foi assim, quais foram as recomendações referenciais essenciais para se montar as minutas de todas as diretrizes? A Declaração da Unesco e o arcabouço teórico do Sistema Único de Saúde. Os dois referenciais por mais que eu tenha listado ali nos Pareceres, os referenciais todos, eu citei toda a legislação, mas o que foi assim dito pelo Relator que é ele quem relata, que é ele quem leva pro Conselho, pra Câmara. Vamos incorporar ao texto das diretrizes, você vê que elas são muito similares, duas coisas: a Declaração da Unesco, que teve o Morin como escola que orientou. O Morin,[4] foi o Edgar Morin, foi ele que montou toda a Conferência da Unesco lá em Paris. Incorporar a Declaração da Unesco de 98, já que o Brasil é signatário e o arcabouço teórico metodológico do SUS. E o resto foi toda a Carta de Florianópolis, é claro fazendo uma releitura, porque a Carta de

[4] Edgar Morin tem atuado amplamente na temática da educação no mundo, como pudemos ver na elaboração da Conferencia Mundial Sobre Educação Superior, realizada em Paris em 1998. Foi nesse encontro que se explicitaram, mais claramente, as bases estruturais, políticas e pedagógicas da Unesco, para as reformas educacionais que se desncadeariam em países como o Brasil. Conforme Lima (2004, p. 35), hoje ele está presidindo a Rede Orus – Observatório Internacional de Reformas Universitárias. Ela informa que a Rede Orus constitui-se em "uma rede, formada por uma organização central, Orus Internacional e por um conjunto de observatórios locais – Venezuela e Brasil; estão sendo criados novos observatórios locais nos seguintes países: África do Sul, Bolívia, México, Uruguai e Chile. A atuação da Rede Orus está articulada à parceria que estabeleceu com a Aliança para um Mundo Responsável, Plural e Solidário, cujo financiamento e direção política estão vinculados à Associação para um Mundo Complexo da Fundação Charles Leopoldo Mayer para o Progresso do Homem (FPH), cujo presidente é, exatamente, o mesmo presidente da Rede Orus: Edgar Morin".

> Florianópolis foi em 99, nós já estávamos em 2001. Havia toda uma evolução também na própria Carta.

E3 ressaltou que esta era uma discussão que ainda não aparecia nos documentos da enfermagem, mas que já estava presente e que uma das origens veiculadoras era a Rede Unida, como podemos ver quando ela diz que:

> nessa época da construção das diretrizes curriculares, 99, 2000, já se vinha discutindo. Essa discussão ela já estava posta, inclusive a Rede Unida já vinha discutindo muito esta questão das vertentes pedagógicas e a gente tem, nós temos muitas pessoas da [...] voltadas para a questão da construção de currículos que têm uma certa inserção também na Rede Unida e que também estava disseminando essa discussão no âmbito da enfermagem e, muitas escolas têm, a gente sabe que tem professores que trabalham também na questão das suas pós-graduações da área de educação que também estava veiculando. Então esta discussão, ela não aparece do nada, ela é toda uma discussão que já vinha, ela não aparecia ainda nos documentos, mas era uma discussão que já estava posta na mesa no âmbito da enfermagem, em todos os espaços a gente já vinha discutindo.

Esta afirmação pode ser reforçada também com o relatório do Quarto Senaden, no ano de 2000, em que as falas já apontavam para a introdução do aprender a aprender como princípio pedagógico tendo a Rede Unida como importante veículo de divulgação.

Naquele seminário, na mesa redonda que tinha como tema "Projeto pedagógico na graduação em enfermagem", podemos identificar na fala de Roseni R. de Sena, uma das componentes da mesa, vinculada à Rede Unida, a verbalização da proposta pedagógica que iria posteriormente compor o corpo da segunda proposta de diretrizes curriculares elaborada a partir da Carta de Florianópolis. Ela dizia que há um enfrentamento tímido da enfermagem em relação aos desafios que estariam colocados e, dentre os desafios elencados, destacamos o desafio de: "Capacitar os docentes e os enfermeiros de serviço para o uso de metodologias de ensino que favoreçam o aprender a aprender em contraposição ao ensinar"; O desafio de "ampliar os cenários de ensino-aprendizagem com ênfase na articulação docente/assistencial e no uso de metodologias ativas para aprendizagem"; o desafio de

> construir a habilidade técnica, política e ideológica da educação transformadora e criativa do ensino de enfermagem, considerando: o aluno como sujeito que aprende e é central no processo ensino-aprendizagem, em uma articulada relação de aprender/fazendo, que rompe com o saber centrado em quem ensina; o professor como "mestre" que orienta, dirige, indica caminhos, compartilha

> experiências, que cria e recria experiências de aprender em grupo ou individualmente (SENA, 2000, p. 79-80).

Sena (2000) tomou, como exemplo de formação inovadora e desafiante, as propostas que estavam tendo lugar na Faculdade de Medicina de Marília e na Universidade Estadual de Londrina. Estas propostas eram financiadas pela Fundação *Kellog*[5] e se articulavam aos Projetos em Rede ou aos Projetos da Rede Unida. Assim, parece que a Rede Unida contribuiu na criação de condições para a formulação de um consenso em torno da adoção dos novos referenciais pedagógicos que identificamos nas diretrizes curriculares. Esta era, entretanto, a proposta da Rede em todos os seus espaços de atuação. Ou seja, influenciar nas mudanças curriculares como também na formulação de políticas de saúde, como abordaremos adiante ao apresentar especificamente a atuação da Rede Unida em todo o processo de discussão das diretrizes curriculares para a área da saúde.

Na mesma direção, Fernandes (2000, p. 93), que participou da mesma mesa redonda, no quarto Senaden, lançou mão dos pilares da educação para o século XXI, chamando a atenção de que ele seria um referencial que atenderia aos "fundamentos da Teoria Crítica, é pertinente e viável para a formação de enfermeiros. É, portanto, um caminho adequado para a reflexão dos cursos de formação".

Em 2002, Sena, referindo-se à atuação da Rede Unida como sujeito interessado em projetar novos cenários para a formação de profissionais de saúde, afirmava que tal processo de

> mudança deve levar à formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, que é a tônica de todos os autores com quem estamos trabalhando hoje, inclusive da Unesco e, mais do que isso, de uma experiência daqueles que têm realizado mudanças nas escolas de enfermagem. É impossível, hoje, pensar em mudanças se não estiverem enfocadas na reversão do "ensinar" para o "aprender a aprender" e do trabalho em equipe, que é o que está se exigindo em todas as políticas que estão sendo tratadas no campo da execução das políticas de saúde (SENA, 2002, p. 58).

[5] A Fundação Kellog foi criada em 1930 e tem voltado sua atuação nas áreas de saúde, educação e desenvolvimento rural fornecendo tanto incentivo financeiro como propondo idéias de intervenção nestas áreas. Conforme Chaves; Kisil (1999), ela contribuiu eficazmente na formação de sanitaristas no Brasil desde a década de 50, tanto na criação dos cursos na área da saúde com uma perspectiva preventivista como oferecendo bolsas de estudo para pós-graduação no exterior. Envolveu-se ainda nas discussões e encaminhamentos a respeito da formação médica tendo como suporte as críticas ao modelo flexneriano que se instalou a partir de 1910. Assim, sustenta-se na idéia de reverter o foco da atenção da saúde curativa para a prevenção. Daí o fomento das iniciativas de atenção primária em saúde e da formação contemplando estes aspectos.

Estas declarações explicitam como estas perspectivas pedagógicas se foram introduzindo no discurso e penetrando no rol das palavras comuns no contexto da enfermagem brasileira.

A perspectiva do aprender a aprender estava implícita em outra idéia que passou a compor a legislação educacional no Brasil, que era a de que a formação na graduação se constitui em uma etapa inicial da formação continuada (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997a).

Da mesma forma ela aparecia na afirmação presente no Parecer nº 776/97-CNE, ao orientar que os cursos abandonassem a postura de

> **meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações**, passando a orientar-se para oferecer **uma sólida formação básica**, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (grifo nosso) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997a, p. 2).

Esta idéia de educação ao longo da vida aparece também no documento apresentado na Audiência Pública, quando houve a inserção de um parágrafo chamando a atenção para que o "conjunto de conhecimentos, saberes e práticas devem promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001a, p. 6).

Quanto à orientação para que os cursos abandonassem a "mera transmissão de conhecimentos", dentre os tantos aspectos da formação, não deixa de ser sugestivo do encaminhamento pedagógico implícito no aprender a aprender, como ainda discutiremos adiante.

Voltemos agora as atenções para os vínculos teóricos da pedagogia das competências e do aprender a aprender, problematizando os encaminhamentos que podem ser dados ao processo de formação a partir desses enunciados.

Duarte (2001a) tem afirmado que a chamada "pedagogia das competências" se constitui em um "integrante de uma ampla corrente educacional contemporânea" que ele denomina de pedagogias do "aprender a aprender".

O autor sustentou a tese de que, na atualidade, se tem percebido uma aproximação neoliberal do pensamento de Vigotski que pode ser exemplificada pelo lema "aprender a aprender". Assim, este lema muitas vezes tem sido tomado como uma perspectiva progressista e aceito por teóricos e educadores de esquerda como possibilidade de rupturas e implementação de uma educação transformadora. Porém, é interpretado por ele como "uma expressão inequívoca das

proposições educacionais afinadas com o projeto neoliberal, considerado projeto político de adequação das estruturas e instituições sociais às características do processo de produção do capital no final do século XX" (DUARTE, 2001b, p. 3).

Estabelecendo relação entre as pedagogias do "aprender a aprender" e a histórico-crítica que a ela se contrapõe, afirma que aquelas são pedagogias que retiram da escola a missão de transmitir o conhecimento objetivo, retirando também a tarefa de permitir aos alunos o acesso à verdade.

Para o autor, a incorporação de teorias marxistas ao lema aprender a aprender não é uma possibilidade de articular esta pedagogia a uma concepção pedagógica histórico-crítica e a uma concepção política socialista, da mesma forma que não "deveríamos tirar a bandeira do "aprender a aprender" das mãos da burguesia e colocá-la nas mãos daqueles que estão comprometidos com a superação do capitalismo" (DUARTE, 2001b, p. 8), entendendo que

> o núcleo definidor do lema "aprender a aprender" reside na desvalorização da transmissão do saber objetivo, na diluição do papel da escola em transmitir esse saber, na descaracterização do papel do professor como alguém que detém um saber a ser transmitido aos seus alunos, na própria negação do ato de ensinar [...]. A essência do lema "aprender a aprender" é exatamente o esvaziamento do trabalho educativo escolar, transformando-o num processo sem conteúdo. Em última instância o lema "aprender a aprender" é a expressão, no terreno educacional, da crise cultural da sociedade atual (Duarte, 2001b, p. 8-9).

Conforme Duarte (2001b), o lema aprender a aprender apenas teve um revigoramento no momento atual, pois o mesmo não deixou, durante todo o século XX, de estar presente na história da educação, carregado de positividade apesar das críticas que já foram a ele formuladas. Para ele, o aprender a aprender se constitui em emblema dos ideais pedagógicos escolanovistas e manteve-se presente no ideário pedagógico brasileiro independente de referir-se a esse movimento de forma explícita.

A Escola Nova foi um movimento contestatório da Escola Tradicional e sua pedagogia tradicional que era denunciada pela incapacidade de levar os alunos a aprenderem, alicerçando-se em atitudes autoritárias por parte do professor, na disciplina rígida e, principalmente, na transmissão do conhecimento sistematizado.

Saviani (1997a) salienta que muitos dos que se aproximaram da Pedagogia Nova, fizeram-no a partir da preocupação com crianças tidas como anormais. Da experiência com estas crianças pretendeu-se estender os princípios da Escola Nova a toda a educação.

Considerando os indivíduos anormais, foi possível perceber as diferenças individuais e pensar que o insucesso da escola estaria relacionado à sua incapacidade de lidar com as diferenças individuais, sendo que ela atingiria seus propósitos na medida em que fosse capaz de ajustar, "de adaptar os indivíduos à sociedade, incutindo neles o sentimento de aceitação dos demais" (SAVIANI, 1997a, p. 20).

Ele sustenta que essa forma de compreender a educação, em oposição à Escola Tradicional, possibilitou o deslocamento do

> eixo da questão pedagógica do intelecto para o sentimento; do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos cognitivos para os métodos ou processos pedagógicos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade; do diretivismo para o não-diretivismo; da quantidade para a qualidade; de uma pedagogia de inspiração filosófica centrada na ciência da lógica para uma pedagogia de inspiração experimental baseada principalmente nas contribuições da biologia e da psicologia. Em suma, trata-se de uma teoria pedagógica que considera que o importante não é aprender, mas aprender a aprender (SAVIANI, 1997a, p. 20-21).

Para Duarte (2001b), uma das formas de revigoramento desse lema pode ser atribuída à difusão "da epistemologia e da psicologia genéticas de Jean Piaget como referencial para a educação, por meio do movimento construtivista que, no Brasil, tornou-se um grande modismo a partir da década de 80, defendendo princípios pedagógicos muito próximos aos do movimento escolanovista" (DUARTE, 2001b, p. 29-30). Para ele o construtivismo estaria diretamente relacionado ao contexto mundial das últimas décadas.

> Tal movimento ganha força justamente no interior do aguçamento do processo de mundialização do capital e difusão, na América Latina, do modelo econômico, político e ideológico neoliberal e também de seus correspondentes no plano teórico, o pós-modernismo[6] e o pós-estruturalismo. É nesse quadro de luta

[6] Conforme Eagleaton (1998, p. 7), a "palavra pós-modernismo refere-se em geral a uma forma de cultura contemporânea, enquanto o termo pós-modernidade alude a um período histórico específico. Pós-modernidade é uma linha de pensamento que questiona as noções clássicas de verdade, razão, identidade e objetividade, a idéia de progresso ou emancipação universal, os sistemas únicos, as grandes narrativas ou os fundamentos definitivos de explicação. Contrariando essas normas do iluminismo, vê o mundo como contingente, gratuito, diverso, instável, imprevisível, um conjunto de culturas ou interpretações desunificadas gerando um certo grau de ceticismo em

> intensa do capitalismo por sua perpetuação, que o lema "aprender a aprender" é apresentado como a palavra de ordem que caracterizaria uma educação democrática (DUARTE, 2001b, p. 30).

Arce (2000) estabelece articulação entre o construtivismo, as políticas neoliberais e o pós-modernismo na relação com a formação de professores e afirma que o construtivismo é mais um retrocesso do que um avanço, à medida que nega a importância da apropriação do conhecimento, o que levaria à desqualificação e desprofissionalização do trabalho docente. As identidades entre neoliberalismo, pós-modernismo e construtivismo puderam ser atestadas pela autora quando "se afirma que o construtivismo não aceita que exista conhecimento objetivo, universal, e que a atribuição de sentidos e significados para a realidade é fruto de constructos pessoais". Neste particular ela identifica os traços da pós-modernidade que negariam "a capacidade do ser humano de conhecer a realidade de forma objetiva e, conseqüentemente, também transforma o conhecimento em uma construção individual". Ela sustenta que pós-modernos e construtivistas, ao negarem a possibilidade de um conhecimento racional e a idéia de que é impossível pensar a produção do conhecimento na perspectiva da totalidade, diponibilizariam ao pensamento neoliberal

> uma ferramenta poderosa para explicar as diferentes condições socioeconômicas dos indivíduos que não são mais frutos da história mas artimanhas do destino, do cotidiano fragmentado, do presente. A educação, portanto, não precisa também ser a mesma para todos já que cada um percebe o mundo ao seu redor de modo

---

relação à objetividade da verdade, da história e das normas, em relação às idiossincrasias e a coerência de identidades. Essa maneira de ver, como sustentam alguns, baseia-se em circunstâncias concretas: ela emerge da mudança histórica ocorrida no Ocidente para uma nova forma de capitalismo – para o mundo efêmero e descentralizado da tecnologia, do consumismo e da indústria cultural, no qual as indústrias de serviços, finanças e informações triunfam sobre uma série difusa de 'políticas de identidade'. Pós-modernismo é um estilo de cultura que reflete um pouco essa mudança memorável meio de uma arte superficial, descentrada, infundada, auto-reflexiva, divertida, caudatária, eclética e pluralista, que obscurece as fronteiras entre a cultura 'elitista' e a cultura 'popular', bem como entre a arte e a experiência cotidiana. O quão dominante ou disseminada se mostra essa cultura – se tem acolhimento geral ou constitui apenas um campo restrito da vida contemporânea – é objeto de controvérsia".

Já o pós-estruturalismo, segundo Silva (2003) trata-se de uma categoria ambígua e indefinida sob a qual se incluiriam muitos autores como também várias teorias e perspectivas. Ressalta, que há um consenso, entretanto, em torno dos nomes de Foucault e Derrida. É frequentemente confundido com o pós-modernismo, mas, segundo ele, pertencem a campos epistemológicos diferentes. O pós-modernismo seria um termo mais abrangente referindo-se às características de uma época, enquanto o pós-estruturalismo se referiria, particularmente a um gênero de teorização social. O pós-estruturalismo se define como uma continuidade e, ao mesmo tempo, uma trasnformação em relação ao estruturalismo que se define por privilegiar a noção de estrutura. A estrutura é "aquilo que mantém, de forma subjacente, os elementos individuais no lugar, é aquilo que faz com que o conjunto se sustente" (SILVA, 2003, p. 118). As semelhanças e diferenças entre estruturalismo e pós-estruturalismo podem ser encontradas nesse mesmo autor.

> diferente. Por isso o construtivismo, alicerçado nas discussões pós-modernas, pode afirmar de modo categórico que a educação escolar deve ter como fonte principal o processo de ensino-aprendizagem a construção individual do conhecimento, a negociação de significados, centrando no cotidiano os conteúdos, não falando em privação cultural mas em diferenças culturais, assim como o discurso neoliberal não fala em exploração econômica mas em diferenças econômicas saudáveis, frutos da competitividade do mercado (ARCE, 2000, p. 52).

Macedo (2002, p. 118) afirma que a competência (como saber mobilizar conhecimentos em situações inesperadas e contextos desconhecidos), que tem em Perrenoud um de seus representantes, é, em

> certa medida, depositária da concepção piagetiana de esquema, que, embora definindo como o que há de invariante em uma ação ou operação, adapta-se por meio de pequenas acomodações a situações singulares. Dessa forma, o sujeito competente seria capaz de mobilizar conhecimentos de modo a acionar esquemas que atuam como ferramentas em situações concretas.

Duarte (2001b) sistematiza e discute o que para ele seriam posicionamentos valorativos presentes no movimento escolanovista e no aprender a aprender. Assim, um primeiro posicionamento seria o de que "as aprendizagens que o indivíduo realiza por si mesmo, nas quais está ausente a transmissão, por outros indivíduos, de conhecimentos e experiências, é tida como mais desejável" (DUARTE, 2001b, p. 34).

Questiona este princípio pelo fato de que o mesmo imputa maior valor ao que se aprende sozinho do que aquilo que é transmitido por outras pessoas, discordando de que, ao ensinar, o professor esteja cerceando o desenvolvimento da autonomia e da criatividade dos alunos.

Um segundo posicionamento é a idéia de que "é mais importante o aluno desenvolver um método de aquisição, elaboração, descoberta, construção de conhecimentos, do que aprender os conhecimentos que foram descobertos e elaborados por outras pessoas" (DUARTE, 2001b, p. 35).

Tal posicionamento faria a dicotomia entre a forma e o conteúdo. Reporta-se a Saviani[7] (1989), para dizer que a Escola Nova teria uma contradição que a atravessa de ponta a ponta quando, ao endeusar o processo, ao valorizá-lo por si mesmo, transformou-o em uma entidade metafísica carente de conteúdo e sentido.

Ele ainda se articula com a idéia de que a educação democrática não poderia privilegiar nenhuma concepção ideológica e nem política e, portanto, se configuraria em uma educação

[7] SAVIANI, D. Escola e democracia. 21. ed. São Paulo: Cortez e Autores Associados, 1989.

relativista. Elabora esta síntese a partir das idéias de Piaget, que afirma não ser papel da educação prescrever à criança um ideal novo e "sim apenas um método, um instrumento psicológico fundado na reciprocidade e na cooperação" (PIAGET[8], 1998, p. 111 apud DUARTE, 2001b, p. 37).

O terceiro posicionamento valorativo é o que diz que a "atividade do aluno, para ser verdadeiramente educativa, deve ser impulsionada e dirigida pelos interesses e necessidades da própria criança" (DUARTE, 2001b, p. 40). Este posicionamento, sem dúvida, acaba circunscrevendo a aprendizagem àquilo que é imediatamente perceptível pelas sensações e necessidades imediatas, o que, em nosso entendimento, acaba limitando a possibilidade de ruptura com o senso comum que serve de base à definição do que será priorizado pela criança e, conseqüentemente, pela educação.

O quarto posicionamento está ancorado no fato de que

> a educação deve preparar os indivíduos para acompanharem a sociedade em acelerado processo de mudança, ou seja, enquanto a educação tradicional seria resultante de sociedades estáticas, nas quais a transmissão dos conhecimentos e tradições produzidos pelas gerações passadas era suficiente para assegurar a formação das novas gerações, a educação nova (ou construtivista) deve pautar-se no fato de que vivemos em uma sociedade dinâmica, na qual as transformações em ritmo acelerado tornam os conhecimentos cada vez mais provisórios, pois um conhecimento que hoje é tido como verdadeiro pode ser superado em poucos anos ou mesmo em alguns meses (DUARTE, 2001b, p. 41).

Para o autor esse último posicionamento deixa claro que o lema do aprender a aprender é a síntese que se direciona para um processo de adaptação das pessoas às exigências que o setor produtivo está fazendo a partir da chamada revolução microeletrônica, mas que esconde na verdade a falência do modelo produtivo que tem sua mais gritante explicitação na miséria a que grande maioria das pessoas está exposta e aos sempre crescente níveis de desemprego.

Para ele, quando

> educadores e psicólogos apresentam o "aprender a aprender" como síntese de uma educação destinada a formar indivíduos criativos, é importante atentar para um detalhe fundamental: essa criatividade não deve ser confundida com busca de transformações radicais na realidade social, busca de superação radical da sociedade capitalista, mas sim criatividade em termos de capacidade de encontrar

[8] PIAGET, J. Sobre a pedagogia. São Paulo: Casa do Psicólogo (textos inéditos), 1998.

> novas formas de ação que permitam melhor adaptação aos ditames do processo de produção e reprodução do capital (DUARTE, 2001b, p. 42).

Como identificamos ao apresentar a introdução do aprender a aprender na enfermagem, esses posicionamentos aparecem claramente quando os discursos para a mudança defendem que uma educação nova precisa abandonar a focalização no professor centrando-o no aluno. Que é preciso secundarizar a transmissão do saber e que o aluno então irá aprender a aprender.

4.1.2 A Formação Generalista, Humanista, Crítica e Reflexiva

A formação do enfermeiro tendo como norte estes quatro termos articulados foi se definindo no desenvolvimento da legislação, embora a enfermagem, desde a década de 80, já discursasse a idéia de formar um profissional com estas características. Foi no documento discutido na audiência pública, em junho de 2001, ao tratar do perfil do enfermeiro, que as quatro palavras se juntaram para formar o perfil que se deseja deste profissional, formulando-se então a idéia de uma formação "generalista, humanista, crítica e reflexiva" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001a, p. 1). Esta afirmação passará a compor, a partir de então, o perfil de outros profissionais, como médicos e nutricionistas.

O perfil elaborado se manteve no texto final das diretrizes curriculares, afirmando que se busca o "Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p. 1). Pode ainda ser identificado em outro ponto neste mesmo documento, quando, no artigo 14º, em seu item I, afirma que a estrutura do curso deve assegurar "[...] um ensino crítico, reflexivo e criativo [...]"

Meyer; Kruse (2002, p. 7) problematizam a idéia de *formação generalista*, questionando em que ela se diferenciaria da formação geral; afirmam que a "expressão generalista comporta múltiplas interpretações, o que, por si só, determina uma indefinição sobre o tipo de profissional que se deseja formar". São as mesmas autoras que, no relatório final da oficina de diretrizes curriculares do Sexto Senaden, em 2002, registram que quanto

> ao significado da noção de "formação generalista", entendeu-se que seria formar enfermeiros/as aptos/as a cuidar do indivíduo (cliente, paciente ou usuário) de

> forma integralizada, vendo-o como um ser inserido no processo social e que apresenta suas necessidades básicas afetadas por contingências epidemiológicas, econômicas, financeiras, educacionais, sociais e/ou políticas. Essa noção supõe, também, a capacidade deste profissional buscar, permanentemente, sua auto qualificação (MEYER; KRUSE, 2002, p. 150).

A nocão de formação geral também compunha as indicações para a formação presente nos Pareceres nº 776/97-CNE e nº 583/2001-CNE, quando indicava que os currículos deveriam incentivar "uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997a, p. 3; 2001a, p. 2). Tal princípio, entretanto, apresentava-se, em si, contraditório, ao afirmar que a formação deveria ser geral e, ao mesmo tempo, levar a "variados tipos de formação e habilitações em um mesmo programa". Estas contradições contribuem para aumentar a confusão em torno da afirmação de uma formação geral ou generalista como aparece nos documentos da área da saúde.

Entretanto, aquilo que se apresenta, numa primeira aproximação, contraditório, ao ser analisado pode diminuir esses desencontros e apresentar-se com certa coerência com o referencial que lhe está subjacente.

Kuenzer (2001) afirma que, em função das mudanças no setor produtivo, passou-se a exigir não mais a formação especializada, mas a generalista. Contudo, o entendimento de formação geral, no texto de diretrizes curriculares estaria associado a uma formação com conteúdos tradicionais da área em questão, associado àqueles de ordem mais geral, como informática, ética e outros a depender da área de formação. Após esta etapa, a formação se completaria com as ênfases ou habilitações, como de fato se preconizava na primeira proposta de diretrizes curriculares da enfermagem.

Para ela, nas condições da educação superior, o discurso da formação geral talvez não passe de

> uma formação *genérica*, conferindo ao ensino superior o *status* de *terceira etapa da educação básica*, e, portanto, complementar ao ensino fundamental e médio, antes na perspectiva de formação do consumidor do que do produtor de ciência e tecnologia ou dirigente de alto nível, cuja formação se desloca para a pós-graduação, à qual tem acesso parcela ínfima do já reduzido número que passa pelo crivo da graduação (KUENZER, 2001, p. 21-22).

O sentido de “formação geral” tem, portanto, uma conotação de fornecer noções gerais que sejam suficientes para formar minimamente o profissional estando longe de contribuir, portanto, para uma sólida formação.

Esta idéia de formação generalista, embora Meyer e Kruse (2002) apontem na área da saúde a sua imprecisão, parece que foi incorporada ao discurso da enfermagem como uma tentativa de se contrapor ao ensino fragmentado que a legislação da década de 70 possibilitava. Naquele momento, com o complexo hospitalar curativo bastante ampliado, havia uma tendência das escolas a focalizarem a formação – e a legislação assim o estimulava – nos ambientes hospitalares. Portanto, formar um enfermeiro generalista significava romper com esta concentração e direcionar a formação também para outros espaços.

Na psicologia parece que se desencadeou um processo de discussão próximo do que ocorreu na enfermagem em que havia a defesa da formação generalista entendendo que se rejeitasse a especialização na graduação. Conforme Von Buettner (2000, p. 239), havia a denúncia de que a “especialização na graduação consistiria na subordinação às leis do mercado que não garantem a formação de psicólogos capacitados para atender às necessidades da população brasileira [...]”

De nossa parte, entendemos que, na área da saúde, ainda é pertinente a defesa da formação geral, considerando que a graduação não se deve direcionar precocemente para qualquer tipo de habilitação. Este campo de conhecimento, em sua complexidade, não comportaria aquilo que já se ensaiou na década de 70, caracterizando uma “especialização precoce” e que, efetivamente significou atribuir nomes diferentes aos cursos sem garantir que houvesse formação na habilitação que os nomeava, como era o caso da enfermagem e obstetrícia.

Tomando como referência uma formação que não se restrinja a conformar-se com as exigências do mercado de trabalho, mas que tenha como horizonte a construção efetiva do direito de acesso aos serviços de saúde, o profissional por ela formado deveria deixar a graduação com possibilidades de atuar tanto na promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação entendendo que estas ações compõem o Sistema Único de Saúde, aí residindo, então, o que chamamos de formação geral.

Assim, concordamos com Meyer; Kruse (2002), que cabe uma discussão a respeito do que se toma como formação generalista, indicando que este conceito não signifique formar qualquer

profissional, com qualquer conhecimento ou com um "pouquinho" de cada conhecimento fragmentado, mas que ele domine profundamente os principais problemas de saúde, a partir do perfil epidemiológico que deve orientar a eleição do que será privilegiado na formação. Assim, , a discussão deve encaminhar para uma formação, efetivamente geral, preparando o profissional para se inserir nos campos de atuação considerando que o domínio das especialidades é processo posterior à graduação, sendo objeto da formação continuada em pós-graduação ou da própria formação em serviço.

Quanto à noção de formação de um profissional *reflexivo*, encontramos suas origens nos estudos que se voltam para a formação de professores. Tomamos como exemplos dois autores bastante representativos dessa corrente: Donald Schön e Philippe Perrenoud. Em Schön (2000) podemos afirmar que o profissional reflexivo é aquele que busca soluções dos problemas a partir de sua prática. Suas análises encaminham-se para o que tem sido nomeado de "epistemologia da prática", que, em nosso entendimento, tem como cerne a denúncia de que o saber sistematizado, erudito, acadêmico tem tanta distância do que acontece no dia-a-dia dos professores que se torna inócuo. Assim, na formação destes profissionais, considera-se necessária a secundarização do conhecimento científico; a necessidade de abandonar a racionalidade instrumental e técnica na solução dos problemas; a denúncia de que a produção do conhecimento que se dá na universidade não tem a ver com a prática efetiva dos profissionais formados e a elevação valorativa dos saberes produzidos na prática cotidiana do profissional.

Podemos averiguar estas afirmações já no início de sua obra "Educando o profissional reflexivo: um novo *design* para o ensino e a aprendizagem", em que o autor apresenta uma metáfora sobre como estaria organizada a prática profissional em relação ao saber acadêmico. Para ele, na

> topografia irregular da prática profissional, há um terreno alto e firme, de onde se pode ver um pântano. No plano elevado, problemas possíveis de serem administrados prestam-se a soluções através da aplicação de teorias e técnicas baseadas em pesquisa. Na parte mais baixa, pantanosa, problemas caóticos e confusos desafiam as soluções técnicas. A ironia dessa situação é o fato de que os problemas do plano elevado tendem a ser relativamente pouco importantes para os indivíduos ou o conjunto da sociedade, ainda que seu interesse técnico possa ser muito grande, enquanto no pântano estão os problemas de interesse humano. O profissional deve fazer suas escolhas. Ele permanecerá no alto, onde pode resolver problemas relativamente pouco importantes, de acordo com padrões de rigor estabelecidos, ou descerá ao pântano dos problemas importantes e da investigação não-rigorosa? (SCHÖN, 2000, p. 16).

E continua afirmando que as universidades, voltadas para a pesquisa, com seus currículos das primeiras décadas do século XX, ainda incorporam

> a idéia de que a competência prática torna-se profissional quando seu instrumental de solução de problemas é baseado no conhecimento sistemático, de preferência científico. Assim, o currículo profissional normativo apresenta, em primeiro lugar, a ciência básica relevante, em seguida, a ciência aplicada relevante e, finalmente, um espaço de ensino prático no qual se espera que os estudantes aprendam a aplicar o conhecimento baseado na pesquisa aos problemas da prática cotidiana (SCHÖN, 2000, p. 19).

O autor propõe, a partir destas questões identificadas, que a introdução do ensino prático-reflexivo reverta esta organização da formação em que o "ensino prático vem em último lugar, quase como uma reflexão posterior. Sua função é prover uma oportunidade para a prática na aplicação de teorias e técnicas ensinadas nos cursos que perfazem o currículo central" e defende que um "ensino prático reflexivo traria a aprendizagem através do fazer para dentro desse núcleo" (SCHÖN, 2000, p. 227).

Outro autor a tomar como tema de reflexões a formação reflexiva é Perrenoud (2002). Nele é possível identificar, da mesma forma, a denúncia de que o saber científico que tem lugar na universidade não é adequado à formação do professor reflexivo. Em seu lugar defende que sejam valorizados os conhecimentos "advindos da experiência e da ação dos profissionais" (PERRENOUD, 2002, p. 90). Para tanto, afirma que será preciso abandonar algumas ilusões que têm orientado a formação desde o início do século XX, quais sejam: "a ilusão cientificista; a ilusão disciplinar; a ilusão da objetividade e a ilusão metodológica" (PERRENOUD, 2002, p. 91). A concluir o capítulo que abordou essas ilusões, ele afirma que a instituição universitária

> não pode voltar-se à profissão e aos estágios para garantir a formação de um profissional reflexivo. Isso compete a todos os formadores, com uma intenção firme, pagando seu preço em todos os contextos de formação ou, em outros termos, **abandonando a transmissão de saberes acadêmicos plenos**, por um lado e, por outro, a insistência em interferir na profissão e em imitar os profissionais experientes (grifo nosso) (PERRENOUD, 2002, p. 105).

Nesta mesma linha, ao falar da formação docente no Brasil, Nunes (2001) considera que aquela formação que se voltava para a capacitação docente tendo como núcleo a transmissão de

conhecimentos, para a atuação na sala de aula, estaria sendo substituída "pela abordagem de analisar a prática que este professor vem desenvolvendo, enfatizando a temática do saber docente e a busca de uma base de conhecimento para os professores, considerando os saberes da experiência" (NUNES, 2001, p. 8).

Outro autor que toma esta mesma direção de raciocínio é Moretto (2003). Ele afirma que a sociedade atual requer não mais acumuladores de dados, mas "gerentes da informação" e critica a escola por não ter percebido a mudança de rumos que se exige dela, qual seja, "a necessidade de se deslocar o *foco da aquisição de conteúdos* para a *aquisição de habilidades e competências na gerência de conteúdos*". Assim, o que "a sociedade espera da escola é que ela *ensine a aprender a aprender*, isto é, que ensine a *estabelecer relações significativas no universo simbólico* constituído de nomes, datas, definições, fórmulas, procedimentos" (grifo no original) (MORETTO, 2003, p. 12).

Entretanto, algumas considerações precisam ser feitas a este novo encaminhamento que se pretende dar à formação, identificando a quais correntes teóricas se filiam e quais os desdobramentos que a sua adoção pode acarretar à formação. Neste aspecto, Arce (2001, p. 10) problematiza que as

> teorias que têm focalizado o professor como ser reflexivo, baseadas nos estudos de Nóvoa (1997), Schön (1997), Zeichner (1997) e Perrenoud (1993), alicerçam este movimento, reforçando a valorização do conhecimento produzido no cotidiano do professor, o conhecimento advindo de sua prática. Cabe investigar até que ponto a entrada destas teorias no Brasil e sua utilização não as filiam às produções neoliberais e pós-modernas, o que acabaria por torná-las um modismo, camuflado de progressista, mas que traria para a formação de professores a exacerbação do pragmatismo[1] e do utilitarismo.

Assim, a formação estaria abdicando de uma fundamentação teórica, pelo menos no que se refere ao conhecimento já sistematizado, o que poderia contribuir, segundo Arce (2001, p. 12), para que o profissional, sem reflexão sobre os fundamentos filosóficos e ideológicos que permeiam sua prática, estando apenas imerso naquilo que lhe é imediatamente perceptível, afunde-se em uma "ação-reflexão-ação de um cotidiano alienado e alienante".

[1] O pragmatismo é, conforme Ghiraldelli Jr (2004), uma contribuição tipicamente americana à filosofia. Ele afirma que talvez ela seja uma das filosofias mais vivas na transição do século XX para o século XXI. Tem como idéia básica voltar os olhos para a experiência. Entretanto, não se trata apenas da experiência material, incluindo também aspectos psíquicos ou subjetivos como elementos da experiência.

Duarte (2003), ao referir-se a Perrenoud nesta questão do professor reflexivo, alerta que os pressupostos pedagógicos desse autor apontam para a desvalorização do saber escolar. Ele vincula-se claramente aos princípios escolanovistas filiando-se às "pedagogias ativas".

O autor ainda afirma que, nos trabalhos de Perrenoud, há uma indissociável ligação entre as pedagogias do "aprender a aprender (escola nova, construtivismo) e a formação do professor reflexivo" (DUARTE, 2003, p. 6).

Ainda considera que não foi por acaso que o construtivismo e a pedagogia do professor reflexivo tenham se desenvolvido quase que simultaneamente no Brasil. Para ele estes pressupostos compõem um universo pedagógico que ele tem denominado de "pedagogias do aprender a aprender". Salienta que estes estudos na linha do

> professor reflexivo surgiram na América do Norte e na Europa quase que como uma ramificação natural do tronco comum constituído pelo ideário escolanovista. A diferença reside em que o escolanovismo clássico e o construtivismo concentram seu foco de análise na aprendizagem (ou construção do conhecimento) realizada pelo aluno e que os estudos sobre o professor reflexivo concentram seu foco de análise na aprendizagem (ou construção do conhecimento) realizada pelo professor. [...] A disseminação, no Brasil, dos estudos na linha da "Epistemologia da prática" e do "professor reflexivo", na década de 90, foi impulsionada pela forte difusão da epistemologia pós-moderna e do pragmatismo neoliberal, com os quais a epistemologia da prática guarda inequívocas relações" (DUARTE, 2003, p. 7).

Dadas as filiações destes pressupostos pedagógicos considera o autor que algumas mudanças se processariam como a da:

> 1) concepção de conhecimento, passando da valorização do conhecimento escolar à valorização do conhecimento tácito, cotidiano, não-científico; 2) a pedagogia, passando de uma pedagogia centrada na transmissão do saber escolar para uma pedagogia centrada na atenção aos processos pelos quais os alunos constroem seu conhecimento; 3) a formação de professores, passando de uma formação centrada no saber teórico, científico, acadêmico para uma formação centrada na prática reflexiva, centrada na reflexão-na-ação [...].

Marcondes (2002) avalia que a formação reflexiva na educação de professores é um conceito importante e que tem muitas potencialidades. Entretanto, afirma que é preciso considerar as condições de trabalho e a questão salarial a que se submetem estes profissionais como um dos aspectos a intervir na efetivação da atitude reflexiva. Com várias jornadas de

trabalho, salários aviltantes e pouca valorização social, o espaço para reflexão é praticamente anulado.

Diante disso é preciso questionar o que significa formar em enfermagem, secundarizando o saber científico acessado em outras áreas para a atuação profissional ou aquele que foi construído pela área ao longo de sua história? Cabe à enfermagem uma formação tendo como ponto de partida o que os autores acima chamam de epistemologia da prática? Como seria formar a partir de tantas realidades caóticas e alienantes em que se desenvolve a prática da enfermagem? É possível afirmar que a formação profissional na enfermagem está completamente distante da prática?

Em Rodrigues (2000), salientávamos que há, por certo, um distanciamento entre o que se ensina na universidade e o que o aluno encontra na sua atuação profissional. Contudo, salientávamos que "não basta ensinar somente o que está no mundo prático uma vez que o saber sobre o trabalho que existe na prática pode apresentar-se destituído dos elementos teóricos, nem tampouco construir, longe da prática assistencial, as fórmulas para padronizar a assistência" (RODRIGUES, 2000, p. 113).

Não podemos afirmar que a filiação da formação do enfermeiro reflexivo, quando foram construídas as diretrizes curriculares, era claramente a este referencial teórico. Entretanto, da mesma forma que a inserção da pedagogia das competências e o aprender a aprender, estes foram conceitos que se foram abraçando sem total coincidência com os sentidos ou os significados que coletivamente lhes eram atribuídos. Tais questões nos advertem para o fato de que, apesar do envolvimento da categoria, houve uma adesão a conceitos e concepções sem um efetivo aprofundamento naqueles sentidos e significados.

Em relação à formação *humanista e crítica*, é possível estabelecer relação com o pensamento de Paulo Freire com o qual podemos identificar a filiação de muitos docentes e profissionais da área às suas idéias, podendo ser indicativo da inserção deste princípio pedagógico nas diretrizes curriculares.

A perspectiva pedagógica que tem como foco a pedagogia da problematização, sustentada em Paulo Freire, pode ser exemplificada com a fala de Reibnitz; Prado (2000), quando abordaram novas estratégias para o ensino de enfermagem no Quarto Senaden. Elas afirmavam, fazendo referência à Paulo Freire, que "uma atitude crítica é entendida como uma atitude de contínua

reflexão e curiosidade. Contrapõe-se à atividade mecânica de reprodução rotineira de atos e práticas, na qual não há qualquer reflexão" (REIBNITZ; PRADO, 2000, p. 144)

Também Rodrigues; Henriques; Macedo (2002, p. 81), apresentando a reformulação curricular da Universidade Estadual do Rio de Janeiro no Sexto Senaden, colocaram-se questionamentos sobre a formação que o curso pretendia e, diante delas, preocupadas com uma teoria pedagógica que as sustentasse, afirmavam que a opção deveria ser por "uma concepção essencialmente democrática que resgate o conceito e a prática de cidadania e permita a crítica e a reflexão, se traduz na Teoria Crítica da Educação com sua *Metodologia Problematizadora (*grifo nosso).

No entendimento de Saviani (1997a), Paulo Freire se localiza entre os teóricos que buscaram oferecer alternativas para além dos métodos tradicionais e da Escola Nova. Suas elaborações seriam um esforço de utilizar os métodos novos em direção de uma escola de massas. Assim, a perspectiva de Paulo Freire partiria da "crítica à pedagogia tradicional (pedagogia bancária) caracterizada pela passividade, transmissão de conteúdos, memorização, verbalismo, etc. e advoga-se uma pedagogia ativa, centrada na iniciativa dos alunos, no diálogo (relação dialógica), na troca de conhecimentos" (SAVIANI, 1997a, p. 77).

Freire (1998) afirmava que a concepção bancária é necrófila. Ela se funda em um conceito "mecânico, estático, espacializado da consciência e em que transforma, por isto mesmo, os educandos em recipientes, em quase coisas, não pode esconder sua marca necrófila". Assim propõe a educação libertadora, problematizadora, que não seria mais

> o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir "conhecimentos" e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação "bancária", mas um ato cognoscente. Como situação gnosiológica, em que o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do ato cognoscente de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador, de um lado, educandos, de outro, a educação problematizadora coloca, desde logo, a exigência possível da superação da contradiação educador-educandos. Sem esta, não é possível a relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível (FREIRE, 1998, p. 68).

O autor defende que, na educação problematizadora, é preciso superar o dualismo educador-educando e inserir em seu lugar o contato dialógico entre os dois sendo então educador-educando **com** educador-educando.

Freire (1998) parece buscar um equilíbrio entre uma pedagogia que tende ora para o professor, ora para o aluno. Para ele

> o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os "argumentos de autoridade" já não valem. Em que, para ser-se, funcionalmente, autoridade, se necessita de *estar sendo com* as liberdades e não *contra* elas (FREIRE, 1998, p. 68).

Conforme Silva (2003), a crítica de Paulo Freire ao currículo, embora esta não tenha sido a preocupação central de seus trabalhos, está sintetizada no conceito de educação bancária em que o conhecimento é constituído de fatos que são "transferidos do professor para o aluno" (SILVA, 2003, p. 58), portanto, em uma relação em que o professor atua e o aluno recebe passivamente as informações.

Ele também considera que Freire, aproveitando a crítica da Escola Nova, atacou o caráter "verbalista, narrativo, dissertativo do currículo tradicional" (SILVA, 2003, p. 59).

Silva (2003) e Saviani (1997a) sustentam que, entre outras correntes de pensamento que teriam servido de suporte ao pensamento de Paulo Freire estaria o humanismo. Esta filiação pode ser a gênese da afirmação de que a formação do enfermeiro deve ser humanista, como pudemos explicitar neste princípio pedagógico.

Na "Pedagogia do Oprimido", a questão da existência humana é central em toda a obra. Quando, por exemplo, fala da educação dialógica e do diálogo, isso fica explícito ao afirmar que não "há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens" (FREIRE, 1998, p. 79). Da mesma forma é a sua crença na potencialidade humana para criar e recriar o mundo como um lugar mais "humanizado".

Como vimos, as idéias de Paulo Freire tem sido bastante utilizadas no meio educacional na enfermagem, sustentando, assim, a introdução destes princípios na legislação educacional. Ao mesmo tempo alertamos para os diferentes aportes teóricos que, conjuntamente, passam a compor a construção dos documentos, indicando uma possível mistura de correntes pedagógicas.

4.1.3 A Educação Centrada no Aluno e o Professor como Facilitador

Foi possível identificar estes encaminhamentos pedagógicos para a formação na proposta 2 da segunda comissão de especialistas ao fazer referência ao projeto pedagógico dos cursos de enfermagem, quando afirmava que "O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no *aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitado*r do processo ensino/aprendizagem" (grifo nosso) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2000, p. 4).

Na Resolução nº 03/2001-CNE, no artigo 9º, manteve-se esta indicação de formação da seguinte maneira: "O curso de Graduação em enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, *centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador* do processo ensino-aprendizagem (grifo nosso). (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p. 5).

No Terceiro Senaden identificamos que estas perspectivas já se faziam presentes quando Machado (1998), ao abordar a temática das tendências da formação profissional em saúde e a nova LDB, expunha como metodologia de ensino o ensino centrado no aluno e o papel do docente como tutor do processo e não como mero repetidor de informação**.**

No Sexto Senaden também se pode ler a mesma afirmação quando Sena (2002) considera que é preciso desenvolver metodologias ativas de ensino, que são hoje um grande desafio para a enfermagem e seus processos de mudança. Tais metodologias devem "centrar no processo de ensino-aprendizagem do aluno" (SENA, 2002, p. 59).

Uma das possíveis filiações da *pedagogia centrada no aluno* é o aporte teórico do campo da psicologia que tem em Carl R. Rogers (1985) um dos seus representantes. Este autor desenvolveu na psicologia o que chamou de "Terapia Centrada no Cliente", em contraposição à terapia tradicional que se centrava no terapeuta. A partir de estudos empíricos sobre esta forma de abordar a terapia, introduziu em sua obra "Tornar-se pessoa", um capítulo dedicado às implicações da terapia centrada no cliente para a vida das pessoas. Iniciou esta parte do livro tratando especificamente da educação. Avaliamos que a apresentação de suas propostas para a educação será ilustrativa daquilo que se afirma ao dizer que um processo pedagógico deve estar centrado no aluno.

Iniciamos a apresentação de suas idéias mostrando que o autor apreciava o conhecimento que se alcançasse a partir da pesquisa com os fenômenos e fatos que pudessem ser observados. Assim, para ele, os esforços deveriam ser direcionados para a formulação de conhecimentos "objetivamente verificados"; que deveriam ser evitadas as formulações "puramente teóricas e dogmáticas" (ROGERS, 1985, p. 246). Por afirmações puramente teóricas e dogmáticas, ele estava nomeando as teorias sobre a psicoterapia que até então não encontravam verificação empírica ou que nunca foram submetidas a procedimentos controlados de pesquisa.

O autor, formulando suas percepções sobre a educação, afirmava não ser possível ensinar ninguém a ensinar; que o que se ensina não influencia no comportamento das pessoas; para ele o interesse está em ensinar aquilo que tem influência significativa para a pessoa; que o único conhecimento que teria essa influência significativa seria o autodescoberto e autoapropriado; este tipo de conhecimento não pode ser comunicado à outra pessoa; conclui que os resultados do ensino ou não têm importância ou são perniciosos; sugere que uma das melhores maneiras de aprender seria abandonar as próprias defesas e tentar compreender como a outra pessoa encara e sente a sua própria experiência; outra forma seria assumir as próprias dúvidas, esclarecer os próprios enigmas para compreender melhor o significado real da experiência.

Diante dessas constatações a que chegou, Rogers pontua as suas conseqüências para a educação, afirmando que seria necessário renunciar ao ensino; aos exames que medem apenas um ensino inconseqüente; acabar com os graus de avaliação acadêmica; abandonar os diplomas como títulos de competência; abolir a exposição de conclusões, pois ninguém aprende nada de significativo a partir de conclusões (ROGERS, 1985).

Emite um conceito do que chamou de aprendizagem significativa, dizendo que

> é mais do que uma acumulação de fatos. É uma aprendizagem que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação da ação futura que escolhe ou nas suas atitudes e na sua personalidade. É uma aprendizagem penetrante, que não se limita a um aumento de conhecimentos, mas que penetra profundamente todas as parcelas da sua existência (ROGERS, 1985, p. 258).

Ao estabelecer relação entre a terapia centrada no cliente e a educação, elencava suas implicações para o campo. Em primeiro lugar deveria estar o contato com os problemas. Assim, o ideal seria permitir que o aluno tivesse real contato com os problemas da existência e que pudesse

distinguir os problemas e as questões que pretendesse resolver. Ao professor caberia "criar um clima nas aulas que facilitasse a ocorrência de uma aprendizagem significativa" (ROGERS, 1985, p. 265).

Apresentava a autenticidade do professor como outra implicação importante. Assim, o professor deve ser "conseqüente", ou seja, que seja como é e tenha consciência plena das atitudes que assume. Ele poderá entusiasmar-se com aquilo que gosta, mas também se pode irritar com o que não lhe agrada. "O professor é uma pessoa, não a encarnação abstrata de uma exigência curricular ou canal estéril do qual o saber passa de geração em geração" (ROGERS, 1985, p. 265). E salientava que "talvez importe menos que o professor cumpra todo o programa estabelecido ou utilize os métodos audiovisuais mais apropriados; o que mais importa é que ele seja congruente, autêntico nas suas relações com os alunos" (ROGERS, 1985, p. 266).

Outra implicação seria a aceitação e compreensão. Assim, a aprendizagem significativa se torna possível, se o professor for capaz de aceitar o aluno tal como ele é e de compreender os sentimentos que ele manifesta. Desta forma, ele teria uma consideração positiva incondicional para com o aluno, tal qual o terapeuta, que tem uma aceitação incondicional para com o paciente submetido à terapia.

Considera necessário saber utilizar os recursos do conhecimento, de técnicas, de teorias, mas eles devem ser postos à disposição dos estudantes e não impostos.

Uma pedagogia assim levada a efeito criaria um clima em que os alunos, a partir do contato com problemas reais da sua vida, teriam uma natural disposição para aprender, pois que eles desejam crescer e descobrir. Esperam dominar e querem criar. Diante disso, a função do professor "consistiria no desenvolvimento de uma relação pessoal com os seus alunos e de um clima nas aulas que permitissem a realização natural dessas tendências" (ROGERS, 1985, p. 268).

Abordando o que se espera de uma educação deste tipo, sugere que a educação centrada no estudante "revela aquisições significativamente maiores do que as turmas convencionais, no que diz respeito à adaptação pessoal, à aprendizagem extracurricular auto-iniciada, à capacidade criadora e à responsabilidade pessoal" (ROGERS, 1985, p. 270).

Ele avaliava que, dos estudos que estavam acontecendo sobre a educação centrada no aluno, muitos eram inconclusivos. Tais estudos deveriam ser generalizados tendo como orientação os objetivos que se atribuem à escola. Assim, fala da questão da aquisição de

conhecimentos e afirma que, se ela for o objetivo da educação então se podem tomar como inúteis as condições que ele sustentou pois

> não se torna evidente que elas promovam a um grau elevado ou a uma extensão maior de conhecimento fatual [...]. Se dermos valor à independência, se nos sentirmos incomodados pela crescente conformidade dos conhecimentos, dos valores e das atitudes a que o nosso sistema conduz, então talvez queiramos estabelecer condições de aprendizagem que favoreçam a originalidade, a autonomia e o espírito de auto-iniciativa na aquisição da aprendizagem (ROGERS, 1985, p. 270-71).

Enfim, sintetizando as idéias de Rogers (1985) sobre a educação centrada no aluno, podemos identificar que há uma descentralização da figura do professor dado que como afirma acima, a transmissão de saberes fatuais não se alcançaria com este tipo de educação e não adquiria importância.

Ao centrar no aluno, oferece-lhe todas as prerrogativas do processo pedagógico, sendo que as decisões sobre o que aprender cabem exclusivamente ao aluno. Quando fala da aceitação, compreensão, parece-nos que está muito próximo de uma relação terapêutica de ajuda, o que gera dúvidas se este seria um bom ponto de partida na relação pedagógica que não se trata de uma relação profissional de saúde e paciente, mas entre pessoas saudáveis, ambas com o mesmo potencial de decisão.

Apesar de verificarmos estes pressupostos em autores como Rogers (1985), não podemos deixar de salientar que a idéia da educação centrada no aluno e do *professor como facilitador*, da mesma forma que a do profissional reflexivo, tem vinculação com os postulados construtivistas e escolanovistas. Assim, como afirma Facci (2004), a idéia do professor reflexivo está alicerçada no construtivismo em que o professor é encarado como facilitador da aprendizagem. A autora expressa preocupação com a perspectiva construtivista quanto ao trabalho do professor em que o ato de ensinar não seria enfatizado. Assim, na epistemologia genética de Piaget, a aprendizagem

> ocorre a partir da ação do indivíduo sobre o meio, considerando-se a percepção que ele tem da realidade – o aluno tem que construir o conhecimento, enquanto cabe ao professor, apenas, como o próprio Piaget (1988a) afirma, ser um animador no processo pedagógico. Não cabe a ele transmitir os conceitos científicos, mas sim facilitar ou mesmo somente colaborar com o processo de aprendizagem dos alunos, apresentando situações – problema a serem resolvidas (FACCI, 2004, p. 122).

A escola nova para esta autora, a partir da década de 20 passou a difundir as idéias de Piaget que teriam fornecido as bases psicológicas e científicas para o projeto escolanovista. A discussão em maior profundidade da relação entre construtivismo e escolanovismo pode ser encontrada nesta mesma obra de Facci (2004).

A educação centrada no aluno ainda pode ser identificada no pensamento de John Dewey, filósofo e educador norte americano do início do século XX. Conforme Facci (2004), Dewey se contrapunha ao ensino tradicional e se colocava, portanto, entre os que buscavam a sua superação. Entretanto, na análise desta autora, não é possível afirmar que o autor seja igualmente adepto de qualquer forma de espontaneísmo, nem mesmo da não transmissão de conhecimentos pela educação escolar, o que não nos permite dizer que seja representativo da idéia do professor facilitador. Uma maior elucidação destas questões seria possível em um aprofundamento na produção intelectual deste autor, o que não foi possível neste momento, neste estudo.

Avaliamos que a apresentação destes autores, nos dá uma noção das filiações teóricas que sustentam as afirmações presentes nas diretrizes curriculares quando se enuncia que a educação deve ser centrada no aluno e ter o professor como facilitador. Entretanto, é preciso ressaltar alguns aspectos que foi adquirindo esta pedagogia quando, por exemplo, em Rogers (1985), há a afirmação de que a transmissão de conhecimento não tem nenhuma positividade, que o que importa é aquilo que é significativo a partir das valorizações individuais do aluno. Estas noções, como vimos, estiveram permeando outras perspectivas pedagógicas como já salientado na pedagogia das competências e do aprender a aprender.

A idéia de um professor facilitador – em que pesem as devidas críticas às relações autoritárias que historicamente se estabeleceram nos processos pedagógicos – nos parece que no momento atual guarda relação com o movimento de secundarização do conhecimento na ação pedagógica, devendo, por isso, ser cuidadosamente analisada enquanto princípio pedagógico a ser utilizado na construção dos currículos da área da saúde.

Diante de todas estas questões, pensamos que podemos concluir que os princípios pedagógicos emanados das diretrizes curriculares que aqui sistematizamos na pedagogia das competências e do aprender, nos enunciados de uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, na formação centrada no aluno e o professor como facilitador, embora possam ter diferentes autores de referência, tem em comum a idéia de que, diante das transformações ocorridas no mundo pós-moderno, da velocidade da produção do conhecimento, das necessidades

de existir num mundo de incertezas, o ideal pedagógico é a construção do conhecimento a partir das necessidades colocadas pelo enfrentamento diário de situações imprevisíveis. Portanto, longe de estarem desarticulados, são enunciados coerentes com as "novas" perspectivas pedagógicas.

Gostaríamos de registrar, com Saviani (1997a), ainda outro aspecto dessa questão que nos parece importante, que é o da relação ensino e pesquisa. Em nosso entendimento, este referencial na direção da pesquisa parece ser um enfoque interessante, aproximando a busca de soluções para os problemas que a prática apresenta.

Como salienta Saviani (1997a), os métodos novos (como ele chama as pedagogias ativas, o aprender a aprender), tentaram articular o ensino com o processo de produção do conhecimento, enquanto a pedagogia tradicional o articulava com o produto do conhecimento. Em função disso, os métodos novos se voltam para o processo de obtenção do conhecimento enquanto os tradicionais para a transmissão do conhecimento. Daí também suas características de centralização no professor (pedagogia tradicional) ou no aluno, nos procedimentos e nos aspectos psicológicos (métodos novos).

Mas, adverte o autor, "ensino não é pesquisa" e, ao tentar fazer tal articulação, a pedagogia nova acabou empobrecendo o ensino e inviabilizando também a pesquisa. Para ele isso aconteceu porque se, num primeiro momento, a pesquisa é a imersão no desconhecido, este só o é em relação a algo que seja conhecido previamente, ou seja, não é possível identificar algo como desconhecido se não se parte de alguma coisa já familiar. Para Saviani (1997a) esta é a fraqueza dos métodos novos e a força dos tradicionais. Neste caso, para adentrar na pesquisa há que se dominar, em alguma medida, o conhecimento existente para, a partir dele, colocar questões relevantes de investigação. Caso contrário, as questões postas, não sendo relevantes, contribuem para a banalização da produção do conhecimento, como ele afirma ter acontecido com os métodos novos de ensino.

Com o mesmo autor salientamos que não se trata de tomar os métodos tradicionais como portadores de todas as virtudes. Quando ele trouxe a comparação entre pedagogia tradicional e pedagogia nova, o fez na tentativa de alcançar um ponto de equilíbrio que adverte não estar na pedagogia tradicional. O que o autor buscou foi a valorização dos conteúdos que contribuíssem para uma formação questionadora, ou nas suas palavras "uma pedagogia revolucionária".

É neste sentido que visualizamos a necessidade de, criteriosamente, manter uma formação na área da enfermagem atenta à seleção e transmissão dos saberes, conhecimentos que ao longo de

nossa história foram se consolidando como essenciais. Ao mesmo tempo e por serem conhecimentos históricos, lançar um olhar crítico expondo a que projetos eles se filiaram. Não nos parece que a polarização entre educação ora centrada no aluno ora centrada no professor seja o mais importante. Ambos, como sujeitos da atividade pedagógica, com diferenças entre si estão numa relação e, como tal, sujeitos até mesmo a conflitos. Ao professor cabe ter claro os fins e os meios da atividade pedagógica de forma que ela não se transforme em improvisação, espontaneísmo.

4.2 A FLEXIBILIDADE CURRICULAR

A flexibilidade nos parece que se apresentou como um dos elementos centrais a orientar a elaboração dos documentos para a educação superior e não somente na saúde ou na enfermagem. Os documentos que são gerais para estas orientações expõem, de forma clara, o princípio da flexibilidade. Como pudemos identificar na orientação para a organização das diretrizes curriculares, no Edital nº 4/97-MEC, o objetivo das diretrizes era

> servir de referência para as IES na organização de seus programas de formação, permitindo uma flexibilidade na construção dos currículos plenos e privilegiando a indicação de áreas de conhecimento a serem consideradas, ao invés de estabelecer disciplinas e cargas horárias definidas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997b, p. 1).

No Parecer nº 776/97-CNE, as diretrizes curriculares têm a finalidade de assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação. A falta de flexibilidade é atestada pela fixação detalhada dos currículos mínimos que eram responsáveis pela "diminuição da margem de liberdade que foi concedida às instituições para organizarem suas atividades de ensino" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997a, p. 1).

É assim que, ao se firmarem os princípios que deveriam ser seguidos na formulação das diretrizes curriculares, a questão flexibilidade figurava em muitos deles, como pode ser verificado na citação abaixo:

> 1) Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas.
> 2) Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-apredizagem que comporão os currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos.
> 3) Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação.
> 4) Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa.
> 5) Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno.
> 6) Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referirem à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada.
> 7) Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão.
> 8) Incluir orientações para a condução de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados que sirvam para informar a docentes e discentes acerca do desenvolvimento das atividades didáticas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997a, p. 2-3).

Na internalidade da enfermagem isto acabou sendo seguido, apesar de percebermos um certo movimento de persistência em manter, por exemplo, a definição de disciplinas ou de carga horária, como verificamos na evolução dos documentos específicos da área, e que se foram adequando às recomendações até atingir um nível de flexibilidade bastante acentuado.

Foi possível identificar que, em todos os documentos da enfermagem, se encontrava a descrição das áreas temáticas nas quais aconteceria a formação e a definição das disciplinas que comporiam cada área. No Parecer nº 1133/2001-CNE, as disciplinas são excluídas e o que figura é a denominação genérica das áreas, que nos parece atender ao princípio da autonomia das escolas em compor seus projetos pedagógicos como acharem que devem, bem como na indicação da legislação que orientou as diretrizes curriculares para a não–definição de conteúdos, eximindo-se ao máximo as indicações neste sentido. Assim, há uma descrição genérica do que se entende por cada área temática e, a partir daí, os cursos devem compor seus currículos.

A não–definição de disciplinas está relacionada a um outro elemento que se pretendia com a proposição das diretrizes curriculares, que é a idéia de integração curricular.

Lopes (2001) afirma que, no ensino médio, a organização curricular não disciplinar colocou a possibilidade da integração curricular, mas salienta que não se pode entender a integração curricular como obrigatoriamente positiva se não são consideradas as finalidades educacionais às quais está associada. Ela afirma que a

> integração em pauta no currículo por competências não tem por objetivo o questionamento das concepções de conhecimento dominantes. Ao contrário, a integração contribui para favorecer processos de inserção social e de aceitação do modelo social vigente. Isso porque, o princípio integrador situa-se no mundo produtivo: são integrados os saberes necessários para execução de atividades profissionais segundo as exigências do mercado (LOPES, 2001, p. 7).

Macedo (2002, p. 117) considera que a idéia de competência que norteia as diretrizes curriculares, apesar de não se confrontar com a organização disciplinar, "tem buscado responder às questões sobre como selecionar e organizar conhecimentos sem referência explicita às disciplinas escolares. Apresenta-se, portanto, como uma nova tecnologia de organização curricular, associada às idéias de transversalidade e de interdisciplinaridade".

Perrenoud (1999, p. 40) afirma que é um engano considerar que a formação por competências é incompatível com a organização da formação na sua versão disciplinar. A abordagem por competências não nega as disciplinas, ao mesmo tempo que as "combina ocasionalmente na resolução de problemas complexos".

Na sua avaliação o debate não estaria entre aqueles que defendem o conhecimento disciplinar e os defensores da pluri-, inter- ou transdiciplinaridade. Ele opõe:

> - Por um lado, aqueles que pensam que a escola deve limitar-se a transmitir conhecimentos e desenvolver algumas capacidades intelectuais muito gerais (saber analisar, argumentar, etc.) fora de qualquer referência a situações e práticas sociais.
> - Por outro, aqueles que defendem a construção de competências de alto nível, tanto dentro das disciplinas quanto na sua intersecção, ou seja, trabalhando-se muito além dos exercícios clássicos de consolidação e aplicação (PERRENOUD, 1999, p. 41).

Portanto, para este autor não importa se o currículo é disciplinar ou integrado. Em um ou outro, o que importa é que se abdique da transmissão de conhecimentos ou das atividades intelectuais sem ligação imediata com as situações práticas.

Na enfermagem tem havido fortes tentativas de romper com os currículos disciplinares, com diversas iniciativas em andamento, em especial as financiadas pela Fundação Kellog e aglutinadas em torno da Rede Unida, havendo também um entendimento de que a formação por competências exigiria essa integração. Pelo que já expusemos ao abordar a formação por competências e pelas considerações de Lopes (2001); Macedo (2002), essa possibilidade está despotencializada no contexto da educação em enfermagem atual. Mais que integração curricular, a tendência da formação por competência pode ser o rebaixamento da qualidade da formação.

Outro momento em que identificamos claramente a perspectiva da flexibilidade foi na definição da carga horária dos cursos. Como vimos, todos os documentos do Conselho Nacional de Educação indicavam na direção da não–fixação das cargas horárias e orientavam para a diminuição do tempo da formação. A questão do tempo de formação foi um elemento problemático nas discussões sobre a formação superior. A categoria, em seus fóruns deliberativos e fornecendo elementos para a comissão de especialistas, até tentou garantir que algum número fosse indicado, entretanto, quando da construção do Parecer nº 1133/2001-CNE a questão de carga horária foi excluída, sendo que no documento anterior era de, no mínimo, 3.500 horas.

No documento final em seu artigo 7º, a única referência encontrada a respeito de carga horária foi a fixação de um percentual de 20% do total da carga horária do curso para a realização dos estágios curriculares. Ressalta, em seu parágrafo único, que a carga horária seria proposta com base no "Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p. 4).

Entretanto, não é possível ver apenas em uma direção esta insistência de não–fixação de um tempo para a formação. Se nos atentarmos aos princípios das orientações para as diretrizes curriculares presentes no Parecer nº 776/76-CNE, temos pistas de que mais que conferir liberdade à formulação de currículos que atestadamente eram rígidos, havia uma tendência a direcionar para a diminuição do tempo de formação em todos os cursos de nível superior no Brasil. Ou, nos termos do próprio documento, as diretrizes curriculares deveriam

> 2) Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-apredizagem que comporão os currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos.
> 3) *Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação* (grifo nosso) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997a, p. 2).

As discussões internas da enfermagem ao longo dos anos estavam encaminhando para um maior aporte de carga horária e de anos para a formação, havendo uma convergência em definir um mínimo de 3.500 horas mais 500 horas de estágio curricular, o que indicaria um total de 4.000 horas mínimas. No Terceiro Senaden, elas sinalizavam uma duração "mínima de 4 anos ou 8 semestres letivos e carga horária mínima de 3.500 horas, contemplando os conteúdos essenciais para a formação do enfermeiro, incluindo nesta o estágio curricular, trabalho de conclusão de curso e conteúdos didático-pedagógicos" (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3, 1998, p. 13-14).

No Quarto Senaden houve como encaminhamento, em relação a carga horária, a fixação em 3.500 horas, sendo que ao estágio curricular seriam atribuídas 500 horas, ao final do curso.

Já no Sexto Senaden percebemos uma movimentação nestes números indicando que "a integralização do curso se desse em, no mínimo 4.000 horas, com um tempo de integralização de, no mínimo, 8 semestres ou 4 anos letivos" (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6, 2002, p. 233)

A discussão da carga horária dos cursos teve uma grande repercussão durante os processos de elaboração dos documentos das diversas áreas. Tanto foi assim que, como vimos, ao recuperar a história da construção da legislação, o Parecer nº 583/2001-CNE foi emitido exatamente para excluir da discussão a questão da carga horária que, segundo as informações de E4, travavam a discussão. Como ela salientou, foi excluir a carga horária e a discussão das diretrizes avançou. Caso não fosse feito isso, é provável que não tivéssemos ainda diretrizes aprovadas.

Enfim, chegamos ao ano de 2003 sem uma definição ainda sobre a carga horária dos cursos. As discussões que o Conselho Nacional de Educação desencadeou giraram em torno do Parecer nº 108/2003-CNE, que foi submetido à audiência pública em 16 de dezembro de 2003.

O Parecer nº 108, de 07 de maio de 2003, foi emitido pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação e tinha como tema a "Duração de Cursos Presenciais de Bacharelado". Como a questão da carga horária dos cursos superiores havia ficado em suspenso pelo Parecer nº 583/2001-CNE, este novo documento viria suprir aquela lacuna. Assim, os relatores recuperaram as experiências que estariam sendo efetuadas, por exemplo, na União Européia, na tentativa de unificação, possibilitando o intercâmbio educacional entre os diferentes países. Salientavam a atuação das corporações (Ordens e Conselhos), como figuras impeditivas da flexibilidade exigida pela LDB na educação superior. Assim, após um longo e detalhado

relatório, que retoma e transcreve praticamente toda a legislação referente às diretrizes curriculares da educação superior, o encaminhamento dos conselheiros se direcionou para a preservação da medicina e do direito como áreas que, por terem uma experiência centenária, permaneceriam com suas cargas horárias inalteradas; a sugestão da transferência para as Ordens e Conselhos do papel de regulação da inserção no mercado de trabalho; cursos profissionalizantes e cursos de natureza mais acadêmica; a fixação de 2.400 horas como o mínimo para os cursos de educação superior, ressalva feita às licenciaturas que, com legislação própria, tinham asseguradas 2.800 horas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2003).

Esta questão da carga horária no contexto da educação superior não é secundária. Como vimos, o contexto é de privatização ostensiva, em que a diminuição do tempo e de carga horária é fator fundamental. Na Resolução nº 03/2001-CNE, ao fixar em 20% os estágios, isto tem permitido a leitura de que 20% da carga horária seria destinada às atividades práticas (incluindo atividades de laboratório e de campo), o que, na enfermagem seria um percentual muito reduzido.[10]

A flexibilidade apareceria ainda em outros pontos da Resolução nº 03/2001-CNE como, por exemplo, no artigo 11, ao falar da organização do curso que poderá ser seriada anual, semestral, sistema de créditos ou modular e, no artigo 14 em seu item IV, quando diz que a estrutura do curso de enfermagem deverá assegurar "os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p. 4).

Nas sutilezas da legislação pudemos identificar, na evolução dos documentos por conta da idéia de flexibilidade a inclusão de um *e/ou* ao definir como deve estar articulado o currículo, dizendo que os

> conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica **e/ou** profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b, p. 7).

[10] Em 11 de novembro de 2004 foi aprovado o Parecer 329/2004-CNE que trata da carga horária dos cursos de graduação, bacharelados na modalidade presencial. Conforme Projeto de Resolução anexo ao parecer, o curso de enfermagem terá carga horária mínima de 3.200 horas. A medicina terá uma carga horária de 7.200 horas e o direito, de 3.700 horas.

É possível ver nesta inclusão algum resquício daquilo que se rejeitou quando da apresentação da primeira proposta de diretrizes na qual se poderia proporcionar formação de bacharel, professor, pesquisador ou formação aplicada profissional. Este simples e/ou abre novamente esta possibilidade, pois o currículo pode formar o enfermeiro com capacidade acadêmica **e** profissional ou com capacidade acadêmica *ou* profissional, o que constitui, em nosso entendimento, duas possibilidades distintas. Esta idéia também foi recuperada no Parecer nº 108/2003-CNE quando uma das indicações era que se organizassem cursos profissionalizantes e cursos de natureza mais acadêmica, como vimos anteriormente.

Qual noção de flexibilidade está presente nestes documentos? O que esta flexibilidade pode significar efetivamente na prática da enfermagem considerando os índices de privatização e os limites colocados às escolas? Qual projeto coletivo será possível?

É preciso registrar que o ideário da flexibilização foi uma bandeira defendida pelo movimento docente e estudantil, desde a década de 70, que via como negativa a rigidez que a reforma universitária de 1968 havia imprimido nos currículos. Conforme Catani; Oliveira; Dourado (2001, p. 77), nas discussões que aconteciam naquele momento

> sobre a identidade institucional e sobre os projetos e processos de formação das IES, particularmente das universidades, a questão da flexibilização curricular era vista como possibilidade de "oxigenação" dos componentes curriculares e, conseqüentemente, como expressão do projeto acadêmico de formação de cada IES, não se reduzindo às demandas e parâmetros do mercado.

Podemos averiguar a afirmação dos autores no próprio movimento de discussão e reformulação da legislação da formação em enfermagem quando, já em fins da década de 80, discutia-se a necessidade de possibilitar a formulação de currículos de acordo com as necessidades de cada região que teriam como elemento orientador o perfil epidemiológico e não a necessidade do mercado. Tanto é assim que o Primeiro Seminário Nacional de "Diretrizes" para a Educação em Enfermagem, que aconteceu no ano de 1994, já estava presente a necessidade de flexibilização dos currículos.

Naquele seminário, a flexibilização aparecia quando, ao definir as estratégias de intervenção no nível médio, o documento recomendava que os currículos fossem flexibilizados frente às realidades nacionais. Sugeria que se flexibilizasse "o processo de formação quanto à carga horária, aproveitamento de estudos e metodologias" (SEMINÁRIO NACIONAL DE

DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, 1994, p. 17). Ou ainda quando abordava expecificamente a formação na graduação, ao afirmar que "o currículo pleno deve ser flexível e garantir a atualização de conteúdos e especificidades de cada região, priorizar a integração das ações de saúde nos níveis individual e coletivo" (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, 1994, p. 18). Naquele momento, a flexibilidade era referente aos percentuais por cada área como vimos que havia sido incluído no Parecer nº 314/94-CFE, bem como à possibilidade de regionalização dos currículos ou ainda como uma forma de contemplar os aspectos preventivos e curativos na formação.

A flexibilidade que está em pauta no momento atual parece relacionar-se às transformações no mundo do trabalho. É, portanto, um conceito emanado do setor produtivo em função das mudanças no processo de trabalho que passaram a exigir não mais o trabalhador rígido do período taylorista-fordista, mas o trabalhador flexível e adaptável a um mundo em constantes mudanças.

Conforme Catani; Oliveira; Dourado (2001, p. 75), o ideário da

> flexibilização curricular, assimilado pelos documentos das instâncias executivas responsáveis pela formulação de políticas para a graduação no país, parece decorrer da compreensão de que estão ocorrendo mudanças no mundo do trabalho e, conseqüentemente, nos perfis profissionais, o que ocasiona a necessidade de ajustes curriculares nos diferentes cursos de formação profissional. Tais dinâmicas certamente "naturalizam" o espaço universitário como campo de formação profissional em detrimento de processos mais amplos, reduzindo, sobretudo, o papel das universidades.

A flexibilidade que se foi delineando nos documentos, em um contexto de educação superior amplamente privatizada, abriu imensas possibilidades de precarização das estruturas curriculares e, conseqüentemente, da formação.

Os currículos, em nosso entendimento, podem ser compostos como bem aprouver a cada instituição. Não havendo nenhuma definição de tempo, nem de disciplinas, cabe à tradição institucional conferir materialidade às propostas curriculares. Isso não deixa de ser preocupante em um cenário nacional em que as universidades públicas, tradicionalmente reconhecidas por oferecer um ensino de boa qualidade, aliado à pesquisa e extensão, têm seu financiamento reduzido, obrigando-as ou a abrir-se para o mercado, vivendo em função da captação de verbas ou partir para a luta sindical desencadeando movimentos de paralisação. Em um ou outro caso, a

qualidade da formação e a liberdade na produção e reprodução do conhecimento estão prejudicados. Quanto às instituições privadas, é explícita sua filiação a propostas curriculares menos onerosas e, portanto, a idéia de flexibilidade é como uma luva aos seus propósitos.

Assim, como salienta Kuenzer (2001, p. 22),

> a flexibilidade que, em si – se articulada a uma adequada concepção curricular que contemplasse de forma competente tempos, espaços e atores -, seria positiva, passa a significar aligeiramento e precarização da formação, como parte da estratégia de seletividade que serve à finalidade de escolher os privilegiados que ocuparão os postos de direção e produção de ciência e tecnologia em um país que renunciou sua soberania.

Outro grupo de questões a se considerar em relação à flexibilidade é o da avaliação. A perspectiva de avaliação na evolução dos documentos da enfermagem foi se modificando, sendo que, a princípio, estava relacionada ao contexto institucional a que o curso pertencia, como podemos ver no documento que foi discutido na audiência pública, com a introdução do tópico 6 com a seguinte redação: "a implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares de enfermagem deverão ser acompanhados e permanentemente avaliados, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários à sua contextualização" e que o "Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação definido pela IES a qual pertence" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001a, p. 8).

Entretanto, no artigo 15 da Resolução nº 03/2001-CNE a temática da avaliação toma uma outra conotação, passando a ser realizada tendo como critério as competências, habilidades e conteúdos e como parâmetros as diretrizes curriculares. Assim, no parágrafo 1º daquele artigo encontramos que as "avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p. 6). Neste aspecto podemos dizer que já se delineia uma perspectiva de avaliação que, necessariamente, deverá remeter-se às competências.

Como elaborar currículos por competências a partir dos enunciados aparentemente amplos das competências nas diretrizes curriculares da enfermagem, considerando que a avaliação será pautada naquelas competências? Como avaliar a partir de competências genéricas? Que estratégias poderão ser utilizadas?

Quando da aprovação das diretrizes curriculares já tínhamos, em nível nacional, um sistema de avaliação implantado que propunha a avaliação anual dos alunos graduandos e a avaliação das condições de oferta dos cursos, que ficou rotulado de "provão". Assim, o paradoxo se estabelecia, dado que as diretrizes curriculares propunham flexibilidade curricular e as avaliações nacionais seriam centralizadas.

Lopes (2001, p. 6-7) afirma que, com a avaliação desencadeada a partir da definição das competências e das habilidades requeridas, introduziu-se uma forma de controle dos conteúdos que serão ensinados.

> Assim, ainda que as propostas curriculares afirmem ser importante que as escolas assumam currículos flexíveis, adequados às suas realidades, capazes de permitir a cada escola a constituição de sua própria identidade pedagógica, os processos de avaliação centralizados nos resultados cerceiam tal flexibilidade [...].

Assim é possível questionar se a flexibilidade dada às universidades para a composição dos currículos seria pautada em competências amplas como as da enfermagem ou se haveria, de fato, uma padronização de comportamentos esperados sob os quais todos os cursos e os alunos individualmente seriam avaliados. Neste aspecto, como nos lembra Dias Sobrinho (2002), estas avaliações implicam desencadear processos de mudanças curriculares no sentido de garantir conformidade com os conteúdos contemplados na avaliação, portanto, definindo aquilo que deveria ser considerado fundamental ou não na composição curricular, o que também inviabilizaria as tentativas de integração curricular.

4.3 A PESQUISA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A idéia da pesquisa remonta às discussões das décadas de 80 e 90 quando, no Parecer nº 314/94-CFE se recomendava a "inclusão da metodologia da pesquisa como forma de estimular o aprimoramento e a produção científica" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1994, p. 4). Na enfermagem o envolvimento com a pesquisa se iniciou na década de 70, quando foram organizados os primeiros programas de pós-graduação. Portanto, a pesquisa na área é um fato recente e em processo de consolidação.

Nas discussões atuais a pesquisa na graduação em enfermagem foi um dos aspectos evidenciados na análise da legislação. Neste processo, pudemos observar que a afirmação da pesquisa como uma atividade inerente e obrigatória durante a formação inicial foi se submetendo a um movimento de afirmação e de atenuação. Assim, quando a segunda comissão de especialistas elaborou o documento que tramitaria em paralelo com a primeira proposta já protocolada no Ministério da Educação, identificávamos de forma evidente a defesa da pesquisa como fundamental à formação. O documento dizia, ao referir-se ao projeto pedagógico do curso, que: "Este projeto pedagógico deve garantir a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão. Porém deve ter a pesquisa como eixo integrador da formação acadêmica do Enfermeiro (a)" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2000, p. 4).

E, mais adiante afirmava, no item 4 que tratava dos estágios e atividades complementares, que para a conclusão do curso "o aluno deverá elaborar um trabalho de conclusão de curso (TCC) sob orientação docente" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001a, p. 6), reafirmando a tomada da pesquisa como eixo importante na formação do enfermeiro.

A temática da pesquisa continuou presente no documento que se seguiu a este e que foi discutido na audiência pública do dia 26 de junho de 2001. Nela se manteve a referência de que o projeto pedagógico do curso busque a

> possibilidade da indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão. Porém, deverá ter a pesquisa como eixo integrador da formação acadêmica do Enfermeiro. Deverá utilizar a implementação de programas de iniciação científica, propiciando ao aluno o desenvolvimento da sua criatividade e análise crítica (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001a, p. 7).

Além disto e em concordância com a idéia de se assegurar que a pesquisa estivesse contemplada como inerente ao perfil do enfermeiro, neste documento foi acrescido que o profissional enfermeiro deveria ser "qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001a, p. 1), o que, em nosso entendimento, só poderia ser alcançado com o estudo intenso e o uso e produção do conhecimento.

No Parecer nº 1133/2001-CNE, avaliamos que há uma supressão importante, quando altera a redação do documento anterior que indicava que o aluno faria um trabalho de conclusão de curso sob orientação docente, para a de que "o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação

docente" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b, p. 8). Parece-nos fácil enxergar nesta alteração que o teor de um trabalho de conclusão de curso é diferente de um trabalho sob orientação docente. O chamado TCC, em nosso entendimento referia-se a um trabalho de iniciação à pesquisa, em consonância com a perspectiva de que o enfermeiro, já na graduação, deveria ensaiar o manuseio dos instrumentos da pesquisa. Já um trabalho sob orientação docente não necessariamente deverá ser uma pesquisa ou algo neste gênero. Esta afirmação se sustenta ao lermos o relatório da audiência pública que discutiu as diretrizes curriculares para a área da saúde, no qual, ao referir-se aos trabalhos de conclusão de curso, dizia que: "Quanto à monografia no final do curso, ou trabalho, poderia ser uma publicação, deve-se no entanto, evitar preciosismos como exigir trabalho inédito e publicado". Ainda pode ser reforçada na versão definitiva das diretrizes aprovada pela Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001, sendo uma das poucas alterações identificadas neste documento. No artigo 9º do Parecer nº 1133/2001-CNE, havia a seguinte redação:

> O Curso de Graduação em enfermagem deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.
> A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar o seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta a resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas.
> Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. **Porém, deverá ter a investigação como eixo integrador que retroalimenta a formação acadêmica e a prática do Enfermeiro** (grifo nosso) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001a, p. 8).

Esta questão aparece na resolução nº 03/2001-CNE, no artigo 9, da seguinte forma:

> O curso de Graduação em enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p. 5).

Não havendo, portanto, referência à pesquisa como eixo integrador da assistência.

No Quarto Senaden também havia a proposição de que a pesquisa fosse "o eixo integrador para o projeto político pedagógico, articulando a extensão e a assistência" (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 4, 2000, p. 160). Uma das recomendações deste seminário era a de manter

> a exigência da elaboração de monografia sob orientação docente para a conclusão em enfermagem defendendo-se que esta seja parte inerente do projeto político-pedagógico do curso e que o enfermeiro deva sair bacharel, com formação geral, entendendo-se que o trabalho de pesquisar é um dos processos de trabalho do enfermeiro e, portanto, deve haver um preparo para isso durante a graduação. E, ainda, que a monografia represente a consolidação desse processo de trabalho, ao mesmo tempo que possibilite o incremento da produção científica em enfermagem conforme o ato de produzir, como também de consumir pesquisas. Assim, a monografia deve resultar de um processo de construção ao longo de toda graduação, como atividade própria e compatível com este nível de formação. Deve servir como base para a prática profissional e, portanto, deve estar vinculada à realidade local e ao projeto-político-pedagógico do curso, assegurando ao aluno as condições mínimas para a sua realização (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 4, 2000, p. 163).

Conforme a fala de uma de nossas entrevistadas, foi necessário revisar estas afirmações a respeito de ser a pesquisa um eixo articulador da formação, em função das orientações jurídicas do Conselho Nacional de Educação afirmando que exigir a pesquisa na graduação seria uma exigência ilegal, ferindo uma lei maior que era a Lei de Diretrizes e Bases, como podemos ver na fala de E4 abaixo:

> Havia uma preocupação do Conselho, não só para enfermagem, para todas as diretrizes em relação ao seguinte: a se deixar muito claro no texto das diretrizes a exigência com pesquisa porque feria a LDB. Porquê que fere a LDB? Porque a LDB diz que só tem obrigação com pesquisa quem é universidade. Se eu boto num texto de diretrizes curriculares: as diretrizes curriculares que tem que ter a pesquisa, eu estou indo contra uma Lei maior que diz que faculdade não precisa ter pesquisa. Claramente, essa era a preocupação [...] como as pessoas vêem a questão pontual, quer dizer qual era a preocupação do Conselho? O Conselho é um órgão do Ministério. Um órgão do MEC, ligado ao Ministro. O Conselho não pode ferir a legislação de jeito algum. Então a preocupação era o seguinte: nós tínhamos vários textos lá que diziam que a pesquisa, a pesquisa, a pesquisa. Se você aprova as diretrizes curriculares de uma área dizendo que é a pesquisa, a pesquisa, a pesquisa, eu to dizendo que, independentemente da localização daquele curso, seja Faculdade, Centro Universitário ou Universidade tem que ter pesquisa. Isso cria

> um conflito legal, não é? Ou banaliza e o Reitor, a pessoa, o dirigente máximo não se sente obrigado a fazer, porque a Lei maior diz que não precisa. O quê que a Lei maior, o que a LDB diz em relação às instituições? Que só as universidades fazem pesquisa, nem os Centro Universitários, com toda a autonomia que ele ganhou, que ele conquistou, não precisa fazer pesquisa. O Centro Universitário tem que ter práticas de investigação, mas o Centro Universitário ele é eminentemente de ensino e as Faculdades também. Então isso criou, isso levava a um conflito. Que conflito? Só pode ter, área da saúde, Universidade, não é? Ou então nós vamos colocar no texto e, chega na hora os conselheiros não aprovam porque isso vai de encontro ao que diz a LDB. Então, os conselheiros eles têm em tudo o que é aprovado no Conselho, passa pelo jurídico do Conselho e o Parecer jurídico foi isso, que tivesse muito cuidado porque ali nós não estávamos definindo diretrizes curriculares, e aí não foi só da saúde, todas, exclusivamente para as universidades. Estava na Constituição Federal e estava na LDB.

Estes movimentos da formatação da proposta, na especificidade da pesquisa na graduação, introduziram uma nova possibilidade. Como vimos, no texto final das diretrizes curriculares, a organização disciplinar, por conta do princípio da flexibilidade, foi suprimida. Assim, avaliamos que poderemos conviver com uma tendência à não–contemplação da pesquisa como eixo importante na formação.

A idéia de pesquisa, no texto final, ficou articulada nas competências e habilidades específicas que, como já salientamos, foram genericamente enunciadas, o que nos alerta que ficará a critério dos organizadores dos cursos, podendo ou não ser inseridas nos currículos. Assim, apesar dos esforços de garantir a formação geral na qual a pesquisa fosse o eixo integrador, este detalhe abre a possibilidade de que alguns cursos a contemplem e outros não, como previa a LDB, na afirmação de uma de nossas entrevistadas citada acima.

Parece-nos claro que esta relutância em se pensar ou admitir a pesquisa como eixo essencial na formação tem uma razão objetiva. Não é desconhecido que os espaços em que acontece a produção de conhecimentos em enfermagem são as universidades públicas. Em pesquisa realizada no ano de 2003, identificamos que 87,1% dos autores de 811 trabalhos publicados tinham seu vínculo de estudo ou trabalho com instituições públicas e o restante dividia-se entre intuições privadas, hospitais públicos e privados e outras instituições (RODRIGUES; BAGNATO, 2003). Neste sentido, esta relutância parece guardar um certo compromisso com os componentes do sistema de educação superior que não tem como foco a pesquisa, mas apenas a reprodução de conhecimentos, mais especificamente as instituições privadas de ensino que, na enfermagem, têm proliferado desordenadamente, chegando a um número de 334 escolas no ano de 2003.

Esta análise da atenuação da pesquisa como eixo integrador da formação sendo uma contingência legal, dado que feriria a LDB, apesar de sustentada do ponto de vista legal, carece de conotação política. Se é possível resguardar os direitos adquiridos pelas instituições privadas de não se dedicarem à pesquisa, também seria possível forçar de outro lado que estas instituições, ao longo do tempo, tivessem esta preocupação. Talvez os argumentos que saíram vencedores estivessem alicerçados nas características que assumiu o então Conselho Nacional de Educação, que, como o antigo Conselho Federal de Educação, também fora colonizado pelo setor privatista da educação superior.

Tomando como suporte as análises de Cunha (2003) a respeito da composição do Conselho Nacional de Educação, poderíamos indicar algumas pistas das inspirações destas alterações. Segundo ele, a composição do Conselho Nacional de Educação, que é de 24 membros, tem um limite de escolha de até a metade que é feita livremente pelo Presidente da República, estando aí incluídos os dois membros natos que são os Secretários do Ensino Fundamental e do Ensino Superior. "Pelo menos metade dos membros é escolhida pelo presidente em listas apresentadas por entidades da sociedade civil, relacionada às áreas de atuação da Câmara de Educação Básica e da Câmara de Educação Superior" (CUNHA, 2003, p. 48). Salienta o autor que, na primeira composição do CNE, seus membros foram escolhidos em dois turnos a partir de indicações de entidades de finalidade científica, cultural e sindical. Este primeiro grupo tinha um número significativo de conselheiros, embora não fosse majoritário, com forte convicção na defesa do ensino público.

Entretanto, a escolha dos conselheiros, que deveria se constituir em uma forma de ir aperfeiçoando a formulação de políticas e a administração do sistema de ensino, acabou sendo permeável ao privatismo como acontecera com o antigo Conselho Federal de Educação. Assim, para CUNHA (2003, p. 48), a "Câmara de Educação Superior do CNE, na qual se debatem hoje os grandes interesses privados, acabou virando arena de disputa entre os próprios grupos privados, na luta pelo controle do mercado".

Ele explicou esta virada privatista da Câmara de Educação Superior pela necessidade que teve o Governo Federal "de manter uma base parlamentar garantidora dos votos capazes de aprovar os projetos do governo", o que teria levado o "presidente a trocar votos no Congresso por nomeações para postos no Poder Executivo, inclusive no CNE – e foram os grupos privatistas que se beneficiaram nessa barganha" (CUNHA, 2003, p. 48). Assim, a Câmara de

Educação Superior desmoralizou-se tanto quanto o Conselho Federal de Educação que foi extinto no final do Governo de Itamar Franco (CUNHA, 2003).

Diante disto, pensamos que algumas explicações para esta questão específica da pesquisa se sustentam na posição privatista que adquiriu a Câmara de Educação Superior, pois entendemos que muitas destas inclusões e cortes foram no sentido de resguardar os direitos adquiridos pelos empresários do ensino superior na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

Além desse aspecto é importante relembrar um elemento do contexto no que se refere à relação entre os países produtores e consumidores de conhecimentos, não cabendo à educação superior nos países periféricos a produção e sim o consumo de ciência produzida nos países centrais.

Este encaminhamento faz parte ainda das orientações emanadas das instituições financeiras internacionais, as quais afirmam textualmente que a educação superior nos países pobres e em desenvolvimento não deve ser prioridade dos Estados. Conforme nos informou Leher (2001), para o Banco Mundial, o modelo de universidade europeu, aquele que associa ensino, pesquisa e extensão, não é compatível com os países latino-americanos. As orientações destes organismos são de que os países invistam na educação básica, que daria mais retorno econômico, e desloquem o fornecimento da educação superior a outros setores. Nesta mesma direção, Dias Sobrinho (2000, p. 63) reafirma que como

> suporte dessa política está outro conceito que apresenta graves conseqüências às sociedades de nossos países: a idéia que a pesquisa é coisa para os países ricos, que já teriam os recursos materiais e humanos instalados para desenvolvê-la. Aos países pobres cumpriria a tarefa de ampliar mais qualificadamente a massa de consumidores.

Entretanto, um cuidado é preciso ter ao se defender que a pesquisa seja integrante da formação. No contexto da educação superior, tem sido exigido cada vez mais que os docentes apresentem resultados quantitativos de seu desempenho nas instituições. Para esta quantificação tem se utilizado o número de publicações, as participações em eventos com apresentação de trabalhos, o que, em muitos casos são o resultado de sua atuação com alunos de graduação e pós-graduação. O cuidado nos parece que deve ser no sentido de que a pesquisa na graduação não fomente a "neurose da produção científica" que tomou conta das universidades, principalmente as públicas. À pesquisa na graduação compete o despertar do aluno para a necessidade da postura

investigativa, instrumentalizando-o para isso. Não deve ser, portanto, um campo de pressão acadêmica para dar conta daquelas exigências, o que, em nosso entendimento, desvirtuaria completamente sua finalidade pedagógica.

4.4 A LICENCIATURA NA ENFERMAGEM

Como já apontamos quando recuperamos o processo histórico de elaboração das diretrizes curriculares para a enfermagem, a questão da licenciatura ou da formação pedagógica do enfermeiro era uma discussão que tinha forte repercussão e havia uma defesa de que ela integrasse a formação. Entretanto, na formatação do Parecer nº 314/94-CFE e da Portaria nº 1721/94-MEC, a licenciatura foi excluída dos documentos, gerando polêmica na categoria.

No Primeiro Senaden, ao estabelecerem-se as diretrizes para a formação no nível médio, o relatório final afirmava que a formação do enfermeiro é condição para qualificação da força de trabalho em saúde e recomendava a "implantação do Parecer 314/94 (revendo a alínea E, que foi excluída), resgatando assim a dimensão pedagógica dessa formação" (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, 1994, p. 16).

Em outro momento neste mesmo seminário, Oliveira (1994, p. 42), ao referir-se à questão da não–inclusão da licenciatura no documento final, dizia que a

> capacitação em conteúdos didático-pedagógicos da área temática Ensino de Enfermagem, de acordo com a nova referência legal do currículo mínimo, ficou fora da formação básica do enfermeiro e se regerá por legislação específica. No entanto, não existe qualquer impedimento legal quanto à inclusão destes conteúdos no nível do currículo pleno de cada universidade.

Conforme a mesma autora, a legislação anterior ao Parecer nº 314/94-CFE oferecia a possibilidade da oferta do curso tendo em conta que na

> forma do ensino atual, estes conteúdos são ministrados como Licenciatura em Enfermagem com base na Portaria MEC nº 13/69 e na Resolução 4/72-CFE identificado como uma "habilitação", mesmo não se enquadrando nesta característica. Na proposta de currículo mínimo apresentada pela enfermagem brasileira, a licenciatura, de fato, deveria ser incorporada como parte da formação

> do enfermeiro e não simplesmente como uma habilidade a ser agregada por opção de escolas e alunos (OLIVEIRA, 1994, p. 42).

A questão da licenciatura persistiu nas discussões da formação na graduação em enfermagem e no Segundo Senaden encontramos que, apesar "das mudanças curriculares realizadas no ensino de graduação em enfermagem, as disciplinas de caráter pedagógico não foram contempladas no currículo mínimo, deixando uma lacuna na formação do enfermeiro e dificultando o desenvolvimento de atividades educativas" (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, 1997, p. 188).

Ou, ainda no mesmo seminário, quando recomendava às escolas de enfermagem que implementassem a

> Licenciatura em Enfermagem, tendo em vista a necessidade de professores responsáveis pela formação de recursos humanos em saúde, ao nível de ensino médio, atentando para as Diretrizes do 1º SENADEn quanto a "implementação do Parecer 314/94 do CFE, resgatando assim a dimensão pedagógica da formação do enfermeiro" (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, 1997, p. 7).

As recomendações do Terceiro Senaden, em 1998, ainda eram que as escolas de enfermagem oferecessem cursos de licenciatura, o que indica que, até aquele momento, a necessidade da licenciatura era discurso corrente na enfermagem.

Assim, havia referência, no documento que saiu do Terceiro Senaden, para ser encaminhado à comissão de especialistas que formataria as diretrizes curriculares, à inclusão da licenciatura no processo de formação do enfermeiro e que foi excluída com a evolução das discussões e reelaboração dos documentos. Isto se explica pela existência de uma normatização em tramitação naquele momento sobre a formação de professores, o que impediria a existência da licenciatura incorporada aos cursos de enfermagem, passando a ser um curso à parte, com projeto político pedagógico próprio.

Entretanto, como as discussões e diretrizes para esta nova composição na formação de professores ainda não eram claras e não havia entendimento acumulado sobre o tema, foi possível identificar algumas inclusões na legislação sobre a questão da licenciatura em enfermagem.

Uma delas apareceu no Parecer nº 1133/2001-CNE, no perfil do enfermeiro, afirmando que o perfil inclui o "Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na

Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b, p .4). Esta inclusão, aliada à outra ao final do documento, fazia parte do cuidado da comissão de especialistas em garantir de alguma forma que a licenciatura em enfermagem não pudesse ser atributo de outros profissionais, possibilidade que poderia ser concretizada a partir das licenciaturas desarticuladas dos cursos de graduação, como vinha sendo discutido para a formação de professores. No final do documento, ela apareceu novamente ao afirmar que a "formação de professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b, p. 8). Entretanto, esta referência, dado que havia um impasse na questão da formação de professores que se faria com cursos à parte, gerou a inclusão de mais um item buscando assegurar que a formação do enfermeiro professor fosse pensada em articulação com a graduação em enfermagem, ou seja, "a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b, p. 8). Este cuidado se justificava no temor de que, havendo cursos de licenciatura independentes dos cursos de graduação, conforme era/é a proposta do Ministério da Educação, haveria também a possibilidade de que uma pessoa pudesse ser licenciada, dar aulas na enfermagem e não necessariamente ser enfermeiro.

Isto pode ser atestado na fala de E4, quando afirmava que havia

> essa preocupação de que por ser um processo seletivo separado, tudo separado, você pode pegar qualquer pessoa que nunca fez enfermagem, oferecer 2800 horas e ele sai ensinando enfermagem. Então aí foi uma tentativa de dizer saiu em três lugares. Saiu na enfermagem, na nutrição e na biomedicina, igualzinho, porque são três que tem pela Lei do Exercício Profissional o licenciado. Então foi dizer assim: pra ser licenciado, primeiro tem que ser bacharel. Imagina você pegar uma pessoa com 20 anos, vai lá faz o processo seletivo discente e entra para licenciatura em enfermagem e nunca foi enfermeiro, como é que ele vai ensinar?

Nas discussões sobre a formação pedagógica no Sexto Senaden, em 2002, estas indicações também eram perceptíveis, sendo que, no documento final do Seminário (Carta de Teresina), as discussões e encaminhamentos davam conta de que a formação do enfermeiro

> que irá atuar como docente em Educação Profissional de nível técnico, reconhece-se que as diretrizes curriculares para a formação de professoras(as) para a educação básica não atendem às necessidades do ensino de Enfermagem. Tais diretrizes propõem que os cursos tenham uma carga horária mínima de 2.800 horas e tempo

> de integralização de 3 anos e impedem que a formação pedagógica se dê integralmente, em cursos de licenciatura. Assim, considerando que na formação de profissionais de enfermagem, em qualquer nível, a ação de ensinar não pode ser dissociada do ato de saber-fazer, saber, ser, é necessário que o(a) licenciado(a) em Enfermagem seja também bacharel (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6, 2002, p. 234-235)

Na verdade, a formação pedagógica do enfermeiro ainda é muito controversa. Nos espaços coletivos têm se tentado desencadear discussões através da apresentação de experiências em curso após as diretrizes curriculares, mas ainda não há um consenso em como encaminhar a questão.

Cursos estão organizando a licenciatura articulada à graduação, mas em currículos à parte, com outros projetos pedagógicos, como é a experiência da Universidade Federal de Porto Alegre (MOTTA; ALMEIDA, 2003). Outra proposta é a que tem como referência a formação pedagógica em nível de pós-graduação *lato sensu*, como foi a do Programa de Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem – Profae, que tinha em um dos componentes a formação de enfermeiros especialistas, mas ainda são "ensaios de possibilidades". Outros cursos aguardam sem alterar sua forma de condução, esperando que novas orientações possam ser veiculadas.

Numa perspectiva de contexto, arriscaríamos afirmar que a formação do enfermeiro docente, para atuar na educação profissional, tem forte tendência a ser negligenciada. Num momento em que a maioria da formação na graduação foi privatizada, haveria preferência por focalizar a formação em processos aligeirados, com menos custos e com maior ligação às demandas dos locais em que se encontram situadas as escolas. A criação de licenciaturas desvinculadas da formação inicial parece que não produziu resultados até o momento. Uma possível explicação para isso pode ser a não–exigência, por parte das escolas profissionais, da capacitação pedagógica o que pode contribuir para diminuir a pressão pela busca desta capacitação, tornando-se um mercado pouco atrativo para a proposição desta modalidade de formação. Além disso, o mercado de trabalho para enfermeiros ainda apresenta-se em expansão, como vimos ao abordar o trabalho no setor saúde, o que tem impelido os recém-formados a deixarem o mais rápido possível os espaços de formação para se inserirem no campo de trabalho. Portanto, haveria uma tendência à não permanência em cursos de licenciatura que continuassem após a formação inicial.

4.5 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO FOCO DA FORMAÇÃO

A referência ao Sistema Único de Saúde como espaço a ser privilegiado pela formação apareceu explicitamente a partir do documento elaborado pela segunda comissão de especialistas e de forma mais ampliada a partir do Parecer nº 1133/2001-CNE.

Podemos identificá-la já no perfil quando o documento elaborado pela segunda comissão de especialistas afirmava que o perfil deve atentar para "responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2000, p. 2), inclusão que se repetirá ao descrever as competências, indicando, portanto, que é da competência do enfermeiro atender ao sistema público de saúde.

Ainda, no mesmo documento elaborado pela segunda comissão, observamos esta tendência de formação quando chama a atenção para que os

> conteúdos essenciais para o curso de graduação em Enfermagem deverão estar relacionados com todo o processo saúde/doença do cidadão e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2000, p. 4).

Também no documento discutido na audiência pública é possível averiguar a preocupação com a formação a partir dos pricipios do Sistema Único de Saúde, quando, ao definir as competências específicas, identificamos, no item 6, que o enfermeiro deve ter a competência para "reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001a, p. 2). Da mesma maneira foi incluído, ao final do item 10, que abordava a promoção, prevenção e reabilitação, a questão de que o enfermeiro deve dar "atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades".

Também nas capacidades e atitudes do enfermeiro, o texto acrescentava que "a formação do enfermeiro deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe" (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001a, p. 3).

No Parecer nº 1133/2001-CNE, esta intencionalidade se tornou mais explícita quando se recuperou, além da legislação específica de diretrizes curriculares, aquela referente ao sistema de saúde como fundamentos da reformulação para os cursos, sendo que o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde seriam fundamentais para a articulação da educação superior com a saúde. Assim, é uma legislação que pretende reforçar e auxiliar na implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Ao definir o objeto das diretrizes, diz ser o de permitir

> que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b, p. 4).

Conforme identificamos em uma de nossas entrevistas, havia uma preocupação efetiva com a formação que se orientasse para o Sistema Único de Saúde, quando ela afirma que os referenciais básicos para a formulação do documento foram as orientações da Unesco e o arcabouço teórico-metodológico do SUS. Como vemos na fala de E4, a

> Declaração da Unesco e o arcabouço teórico do Sistema Único de Saúde. Os dois referenciais por mais que eu tenha listado ali nos Pareceres, os referenciais todos, eu citei toda a legislação, mas o que foi assim dito pelo Relator que é ele quem relata, que é ele quem leva pro Conselho, pra Câmara, vamos [...] incorporar a Declaração da Unesco de 98, já que o Brasil é signatário e o arcabouço teórico metodológico do SUS.

A formação dos profissionais de saúde a partir das orientações do Sistema Único de Saúde tornou-se uma afirmação corrente a partir das diretrizes curriculares e, na enfermagem, nos fóruns coletivos, ela tem se feito sempre presente, tanto que no Oitavo Senaden essa idéia foi bastante central em todas as discussões.

Avaliamos que este foi um dos aspectos potencialmente positivos que a nova legislação reforçou e buscou consolidar, se tomarmos o sistema de saúde como aquele que se volta e se responsabiliza pela integralidade das ações de saúde tendo como substrato o texto constitucional que afirma ser a saúde direito de todos e dever do Estado.

Assim, pareceu-nos decisiva a intenção de formar profissionais orientados para o sistema público de saúde e isto, sem dúvida, constitui, além de uma perspectiva positiva, uma atitude divergente daquelas que se direcionam para a formação tendo como foco apenas o mercado de trabalho que, ainda hoje, tem forte predominância na instituição hospitalar curativa.

Apesar disso, e na perspectiva de problematização do que, em nossa avaliação, se traduz em possíveis incoerências do texto legal, introduziremos a discussão de alguns aspectos/elementos que estariam em contradição com a intenção de formação para o Sistema Único de Saúde como foi pensado na sua concepção.

Um primeiro deles evidenciou-se ao analisarmos as competências gerais na competência de tomada de decisões, em que era indicada, como necessária, a capacidade de avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em *evidências científicas* (grifo nosso).

Sobre este aspecto procuramos saber se esta inclusão tinha alguma relação com a *medicina baseada em evidências*. E3 afirmou que este é um dos elementos que entram naquela perspectiva de dar um caráter de generalidade à proposta. E1 afirmava que a introdução foi para

> [...] terminar com o achismo. Isto eu me lembro muito bem que tinham pedido para a gente fazer algumas reformulações, uma vez que nós estávamos em Brasília e uma das coisas que eles colocaram, alguns pontos que a gente não tinha obrigação, era sugestão de alteração e uma das coisas é que a gente acha que a enfermagem trabalha muito em cima de achismos e que a gente precisa trabalhar mais em cima de evidências, porque nós precisamos ir atrás dos fatos e a gente não vai atrás dos fatos. Seja na visão filosófica que seja. A gente vai no fulano falou, no fulano falou, mas não necessariamente na medicina de evidências, não, absolutamente. É evidência, é acurácia. Como tem algumas enfermeiras americanas falando muito. A acurácia através de evidências. Porque nós precisamos melhorar um pouco. Porque é impressionante. A gente não vai atrás do fato. A gente não registra o fato. Então nós trabalhamos em cima de bases falsas. Mas não foi, não tem, a ver com a medicina através de evidências.

Outra de nossas entrevistadas, apesar de ter o cuidado em afirmar que é uma interpretação dela e não da comissão ofereceu-nos uma resposta bastante próxima ao que seja a perspectiva da Medicina Baseada em Evidências, embora dissesse que, para ela, a intenção presente no documento não iria nesta direção. Assim, E2 pensa que

> [...] tem a ver com racionalização. Tem a ver com racionalização. Nós hoje trabalhamos com uma necessidade muito grande. São necessidades de consumo,

> tecnologias de ponta caríssimas que governo que tem (isso é interpretação minha, olha lá). Não penso em, que é em racionalização. Tomada de decisão, ela tem que ser baseada em conceitos lógicos e racionais e que vem da administração, em teorias de administração. Por conta disso, nós temos recursos parcos. Você não tem recursos para tudo então tem que estar muito bem embasado.

A fala de E4 também se pautou pela negativa de que a introdução dessa idéia de evidência científica estivesse associada à medicina baseada em evidência. Ela afirmou que era apenas uma semelhança de terminologia, que foi um dos aspectos introduzidos com o texto que veio da Rede Unida e que queria significar que

> cuidar é um ato científico que tem evidências científicas, que tem um estudo, quer dizer, não é tratar somente com, pelo senso comum. Quer dizer mesmo que não seja uma universidade, seja um curso localizado dentro de uma faculdade, é fundamental entender que, ao pensar a formação, essa formação tem que ter como eixo orientador a investigação científica. A prática da investigação.

A medicina baseada em evidência tem, em sua base, a utilização sistemática do conhecimento científico sobre determinadas patologias seja individualmente ou em populações. A partir de um evento ela busca na literatura médica as evidências da adequação de determinada conduta que o médico deverá tomar. Caso não haja consenso na literatura, experimentos científicos rigorosamente controlados devem ser desenvolvidos para que se estabeleçam as evidências. Portanto, é um referencial que tem em seu cerne a primazia do conhecimento científico e de um dado tipo de conhecimento científico – aquele alcançado pela "ciência exata" da saúde.

Para Atallah (2002, p. 325), este enfoque de uma certa maneira retiraria a "ênfase da prática com base apenas na intuição, na experiência clínica não sistematizada e nas teorias fisiopatológicas, para se concentrar na análise apurada dos métodos por meio dos quais as informações médicas foram ou serão obtidas".

Conforme Kloetzel (1999, p. 211), em 1992, quando foi criada a medicina baseada em evidências, virou lugar comum.

> Seu objetivo expresso era o de substituir as decisões baseadas na evidência clínica – logo, em boa parte subjetivas – por conclusões obtidas através da Estatística e da Epidemiologia [...]. Além do rótulo pomposo, a proposição pouco oferece de novo. A popularidade do método deveu-se, em grande parte, aos recentes esforços, especialmente no primeiro mundo, de racionalizar – isso é,

> baratear – o atendimento médico, objetivo que pode ser expresso em poucas palavras: só se deve empregar aqueles tratamentos que efetivamente possam alterar o desfecho da doença.

A inserção e a utilização da medicina baseada em evidências, na enfermagem brasileira, é um movimento novo, que não se apresenta ainda como tema de trabalhos de reflexão, ensaios, revisões bibliográficas ou pesquisas. Afirmamos isso a partir de pesquisa concluída no ano de 2003, em que analisamos três dos periódicos de maior circulação no país, compreendendo os anos de 1997 a 2001, e esta temática não se fez presente em nenhum dos textos analisados até aquele ano (RODRIGUES; BAGNATO, 2003).

Ela apareceu no espaço denominado notas e informações da Revista Latino-Americana de Enfermagem, no ano de 2000 em que Caliri; Marziale (2000) se propuseram mostrar conceitos e informações disponíveis on-line sobre a prática da enfermagem baseada em evidências, empreendendo, em nosso entendimento, um esforço pela divulgação do referencial no país. Da mesma forma, no volume 11, número 3, de 2003, da Revista Latino-Americana de Enfermagem encontramos, agora um artigo publicado em idioma inglês, em que a autora trata das "contribuições da pesquisa qualitativa para a prática da enfermagem baseada em evidências" (AILINGER, 2003). Este dado nos permite afirmar que, embora não seja uma temática evidente na enfermagem brasileira, ela vem abrindo o seu espaço, se não pelas nossas pesquisas, pelo trabalho de enfermeiros de outros países que ganham lugar em periódicos nacionais que não tem tradição em publicar textos em outros idiomas.

García (1999) apresenta importante discussão sobre a enfermagem baseada em evidências, entendendo que é preciso, ao tratar do tema, ter em conta a utilização da investigação pela área. O autor trata a temática a partir da realidade espanhola, utilizando-se de amplo referencial internacional para apresentar as potencialidades e os problemas do referencial. A prática da enfermagem baseada em evidências é, para o autor, a articulação interna do movimento da medicina baseada em evidências.

Segundo García (1999), a cultura da medicina baseada em evidências está imersa nos pressupostos que têm orientado os sistemas de saúde na atualidade como as idéias de custo/benefício, responsabilização (accountability), eficiência entre outras que conduziriam a ações de saúde baseada em evidências empíricas rigorosas e avaliadas cientificamente.

Fundamentando estas noções estão as constatações de que houve um aumento na demanda por assistência em um ritmo maior do que os recursos disponíveis podem abarcar, daí a necessidade da racionalização dos recursos, o que pode ser alcançado com o uso criterioso, a partir daquilo que se tenha provado por meios estatísticos e epidemiológicos como eficientes.

Investigando como a medicina baseada em evidências poderia ser utilizada pela enfermagem, o que caracterizaria a enfermagem baseada em evidências, García (1999) aponta como um primeiro problema o fato de que a enfermagem ao longo de sua prática não se tem pautado na investigação, ou seja, não está baseada em evidências. Para ele, existe uma separação entre o que se conhece e o que se pratica. Referencia um trabalho realizado no Reino Unido atestando que as atividades mais rotineiras da enfermagem, como alimentação, administração de medicamentos, planos de cuidados, cuidados com locais de pressão pela permanência em um mesmo decúbito, registro de dados vitais, higiene, entre outras, não são baseados em evidências científicas. Assim, os dados mostravam que a rotina e a prática orientada à tarefa era o que prevalecia na enfermagem. Da mesma forma, não são numerosos os ensaios clínicos feitos pela área que pudessem subsidiar a prática da enfermagem baseada em evidências.

Esta questão estaria relacionada às características da produção científica na área em que há um predomínio de estudos exploratórios e descritivos com forte ênfase em pesquisas qualitativas que não são consideradas nas sistematizações para definição da evidência científica, pois nelas se consideram apenas dados epidemiológicos e estatísticos. Assim, conclui García (1999), que a transposição do referencial da medicina baseada em evidências para a enfermagem baseada em evidências ainda é bastante difícil, dadas as características contextuais da enfermagem, seja em suas limitações epistemológicas ou profissionais.

Diante disso, fica difícil não correlacionar a inserção da terminologia “baseada em evidências científicas” com a medicina baseada em evidências, ainda mais a partir de sua aplicação como observamos explícita na citação de Kloetzel (1999), bem como das inspirações que deram a popularidade a este modelo no Primeiro Mundo, ou seja, a racionalização ou o barateamento dos tratamentos. Correlacionando esta informação com o contexto, lembremos que a década de 90, no Brasil, depois dos países desenvolvidos, a questão dos gastos com a saúde se tornou um problema, comprometendo até a implementação do Sistema Único de Saúde.

Assim, se é preciso considerar que em muitos momentos nas diretrizes curriculares é clara a intenção de formação para o Sistema Único de Saúde, como ao descrever a competência geral de atenção à saúde salientando que o profissional deve desenvolver

> ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p. 1-2).

Em outros momentos mesclam-se perspectivas se não contraditórias, pelo menos questionáveis dessa vinculação, como vemos na competência geral de tomada de decisão afirmando que a atuação desses profissionais deve ser fundamentada na

> capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b, p. 2).

Como já demonstramos, este discurso do custo/benefício, eficácia e evidências científicas compõe uma retórica que tem fundamentado a reorientação da relação entre Estado e sociedade. Nos países centrais, é contemporânea do arrefecimento do Estado de bem-estar social com a atenuação no oferecimento de políticas sociais com a de atenção à saúde.

No Brasil, em especial, tem significado uma releitura do papel de um Estado que, de fato, não chegou a cobrir amplamente as ações de saúde por meio de suas políticas sociais. Pelo contrário, quando elas deram mostras de serem implementadas, desencadearam-se os avanços do receituário neoliberal desmontando as iniciativas de extensão de direitos, como o direito à saúde.

Diante dessas questões, poderíamos afirmar que a legislação para a formação em saúde explicita estas ambigüidades, por ser fruto de um contexto de mudanças, de novos direcionamentos, de outras perspectivas. Ela caminhou entre a perspectiva de consolidação do

Sistema Único de Saúde, conforme pensado inicialmente, e as novas orientações de racionalização, eficácia e custo/benefício.

Outro elemento que pode ser problematizado nesta focalização da formação para o Sistema Único de Saúde é o que se refere à formulação de currículos por competências. Como já discutimos anteriormente, a proposição de currículos por competências é portadora de alguns perigos, como a vinculação estreita a uma listagem de tarefas que seriam tomadas como atividades que o profissional iria desenvolver. No âmbito do trabalho, a noção de competência, para além das suas supostas virtudes (cooperação, trabalho em equipe, maior qualificação do trabalhador, etc.) que tivemos oportunidade de explicitar como falaciosas num contexto de desemprego, de precarização do trabalho e de suas relações, tem significado uma maior possibilidade de exploração do trabalhador, de individualização das relações de trabalho e de culpabilização pelos seus fracassos que, por não ser "competente" ou não ter sido capaz de desenvolver as competências exigidas, não consegue se manter empregado ou não encontra trabalho. Assim, a noção de competência, individualizando as relações de trabalho, os processos de formação, pois cada curso é um percurso, como salienta Kuenzer (2001), despotencializa a construção de solidariedade e, por conseguinte, de trabalho coletivo, que é um dos encaminhamentos necessários à atuação dos trabalhadores na direção de um sistema de saúde público e que desenvolva ações integrais de saúde.

Se tomada a noção de competência conforme o referencial de Perrenoud, como identificamos ser o referencial que daria suporte para as diretrizes curriculares da área da saúde, parece-nos que o problema se agrava. Como já salientamos, a perspectiva deste autor é condizente com as pedagogias do aprender a aprender e, portanto, tem em seu seio a crítica ostensiva à transmissão de conhecimentos.

Em que pese a crítica à forma tradicional de tratamento da questão da transmissão de conhecimento, que precisa ser enfrentada pela área, não é possível admitir que, na formação dos profissionais de saúde, se negligencie a transmissão do saber historicamente acumulado. Se, em muitos casos, ele não tem sido capaz de apresentar respostas para os grandes problemas de saúde de nossa época, ou que, nem sempre o uso que é feito tem propósitos éticos, não é possível ignorar que os avanços coletivos são significativos. Como, por exemplo, a erradicação da varíola ou a ausência de poliomielite no Brasil por tantos anos consecutivos.

Como vimos, a enfermagem como espaço de conhecimento, até o momento nem chegou a ter como resultado histórico, um acúmulo de pesquisas com base nesse conhecimento que tem sido criticado como incapaz de resolver os problemas práticos. Na verdade, a área ainda tem, como afirmou García (1999), grande parte de suas ações alicerçadas em conhecimentos práticos, em rotinas consagradas pelo uso.

Não queremos com isso fazer apologia da prática assistemática, sem fundamentação teórica. Já tivemos oportunidade de frisar que esta prática precisa ser suspensa em processos de análise para poder vislumbrar possibilidades de transformação. Ao mesmo tempo, não estamos defendendo que o conhecimento científico, como historicamente foi desenvolvido na área da saúde, na medicina em especial, seja o único adequado para investigar a realidade da enfermagem. Ele é fundamental para algumas questões de pesquisa e deve ser utilizado sem maiores restrições. Entretanto, outras perspectivas devem sustentar a produção do conhecimento que possa ser objeto de ensino e de transmissão em nossa prática pedagógica. Não se trata de simplesmente abominar o conhecimento como potencialmente nocivo.

4.6 A ATUAÇÃO DA REDE UNIDA NA ELABORAÇÃO DE DIRETRIZES CURRICULARES

A inserção da discussão do papel desempenhado pela Rede Unida na formatação da proposta de diretrizes curriculares para a enfermagem deveu-se às várias referências a esta instituição em todo o processo. Em nossa análise documental, a atuação da Rede Unida aparecia apenas na participação de pessoas ligadas a ela nos eventos divulgando as propostas em plenárias. A sua atuação no sentido de oferecer idéias à reformulação curricular foi se explicitando com o contato com a comissão de especialistas ao fornecer as particularidades do processo. Antes, porém, de apresentarmos os momentos em que claramente a Rede Unida interveio na elaboração da proposta cabe apresentar o que é esta instituição.

Conforme dados da página eletrônica da Rede Unida, ela

> reúne pessoas, projetos e instituições comprometidas com a mudança da formação de profissionais de saúde. Atualmente é conformada por aproximadamente 70 instituições com experiência acumulada na articulação entre

> serviços, universidade e organizações comunitárias. Estes projetos e instituições apresentam uma grande diversidade no que se refere ao peso institucional, áreas de atuação e atividades desenvolvidas. Alguns são projetos localizados e limitados, enquanto outros abrangem grandes áreas, envolvendo vários departamentos, escolas e instituições públicas e comunitárias. A Rede, que existe desde 1985, articulando originalmente projetos de integração docente-assistencial, tinha como característica principal promover o intercâmbio de experiências entre seus membros. Personagens fundamentais da reforma sanitária brasileira estiveram participando desses processos de integração docente-assistencial e dessa articulação em rede que, naquele momento, cumpria o papel fundamental de romper o isolamento daqueles que eram ainda projetos esparsos no cenário nacional, ainda no contexto da ditadura militar. Existiram projetos de integração universidade-serviços em praticamente todas as universidades públicas brasileiras e também em algumas privadas. Do ponto de vista do fortalecimento do pensamento e das propostas para o sistema de saúde esses projetos iniciais tiveram impacto importante, pois serviram de ensaio geral para um grande contingente de profissionais das universidades que terminou se deslocando para o cenário de construção geral do SUS. Na segunda metade da década de 90, os projetos UNI se integraram à Rede IDA, havendo um processo de reconstrução da identidade da rede, redefinindo e atualizando a temática central em torno da qual se articulavam os projetos, pessoas e instituições. Nos últimos anos, a Rede vem desenvolvendo a experiência de constituir-se num ator social que interfere ativamente no cenário nacional de saúde e educação, procurando contribuir para a construção de um contexto mais favorável às mudanças pretendidas (REDE UNIDA, 2002).[11]

A fala de Sena (2002), no Sexto Senaden, também nos informou sobre a organização da Rede Unida. Ela dizia que

> a Rede UNIDA é uma organização social que nasceu em 1985, nas montanhas de Minas, trazendo a marca da luta pela liberdade, própria de nossa Minas Gerais. Nasceu sob os auspícios de diferentes universidades, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais como sede e apoio da Organização Pan-americana de Saúde e da Fundação Kellog e de diferentes profissionais que participavam de projetos da área materno-infantil. A UFMG tinha, naquela época, um currículo de medicina que era considerado inovador na área da medicina. Fomos convidados a discutir o trabalho em rede, junto com muitas outras universidades e com projetos de integração docente-assistencial, quando foi criada a Rede IDA. Na década de 90, foi realizada a análise de conjunto, que apontava novas demandas e necessidades no campo da educação e saúde. A Rede IDA foi re-significada, adquirindo uma força como movimento social e configurou-se na Rede UNIDA. Ampliou sua concepção e participação em outros projetos, não só os de base comunitária, como os de integração docente-assistencial, e os projetos UNI. Hoje, as pessoas sempre perguntam: a Rede UNIDA é constituída pelos Projetos UNI? Não. A Rede UNIDA integra os Projetos UNI, representando a dinâmica do movimento de

[11] Dados disponíveis no site de Rede Unida: <http://www.redeunida.org.br/rede/rede.ASP>. Acesso em: 31 out. 2002.

> mudanças na formação dos profissionais de saúde no nosso País. A Rede UNIDA tem, como uma de suas preocupações, a análise de conjuntura de forma contínua, para adequar-se às realidades que são dinâmicas e transformadas com as nossas ações. A análise de contexto e a construção de cenários possíveis são consideradas importantes para iluminar a conduta de uma organização civil como a Rede, estabelecer parcerias, estabelecer as estratégias de ação, aumentar e potencializar as alternativas de trabalho (SENA, 2002, p. 54-55).

Os projetos UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais da Saúde), de que fala a autora, foram implantados em seis locais do Brasil (Londrina, Marília, Botucatu, Brasília, Salvador e Natal). Eles materializam os investimentos que a Fundação *Kellog* tem direcionado para a América Latina. Parte-se da constatação de que há problemas nos serviços de saúde que, na perspectiva do projeto, foi progressivamente perdendo ao longo dos anos a capacidade de atender minimamente as necessidades de uma sociedade em transformação (CHAVES; KISIL, 1999).

Além de buscar interferir diretamente nas condições de oferta dos serviços de saúde, a proposta se fundamenta na reformulação das práticas pedagógicas dos cursos de graduação da área da saúde, cabendo à universidade um papel central nesta reformulação.

Embora fosse, em seu princípio, um projeto direcionado a provocar mudanças, principalmente na formação médica, os demais cursos têm se inserido gradativamente na proposta. Exemplo disso é a enfermagem brasileira, que tem vivenciado experiências de formação, a partir de currículos integrados e focalizados na metodologia da problematização.

A proposta tem sido articulada tendo como eixo o envolvimento de três elementos da sociedade: as universidades, os serviços de saúde e a comunidade.

As universidades são os espaços que articulam as idéias e que recebem os recursos para gerenciamento das propostas; neste sentido, o aporte de recurso é um aspecto também importante, pois sabemos que foram feitos consideráveis investimentos no desenvolvimento das propostas, o que parece ser fator importante na sua viabilização, seja despertando o interesse, seja garantindo que se desenvolvam completamente os projetos. No momento em que estas propostas foram lançadas a questão financeira não foi de menor importância. Elas foram desencadeadas no início da década de 90 e, como vimos, os anos 90 foram anos obscuros para a educação superior brasileira, sendo a carência de financiamento a sua característica mais contundente, o que, em certa medida, estimula a inserção em propostas que o viabilizem.

Outro elemento relevante se refere à organização do trabalho coletivo. Pelo que podemos observar em relatos parciais da implementação dos projetos, houve uma forte tendência a firmar parcerias tanto entre os agentes obrigatoriamente envolvidos, como, por exemplo, entre o corpo docente e discente das instituições de educação superior.

Um momento em que a questão do trabalho em rede veio à tona na busca documental foi no Parecer nº 1133/2001-CNE, ao tratar da competência geral da educação permanente, quando afirmava que os profissionais de saúde deviam ter "responsabilidade com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, *a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais"* (grifo nosso) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001b, p. 5).

Lembramos que esta parte final que passa a constar no parecer não compunha o texto que foi discutido na Audiência Pública, o que indica um acréscimo direcionado à lembrança da necessidade de formação em redes.

Na área da saúde no Brasil, a constituição de redes tem sido uma prática freqüente, inclusive organizando e coordenando as chamadas experiências inovadoras na formação. Assim, o reforço ao trabalho em rede parece privilegiar este espaço em expansão como uma alternativa desejável para a área. Esta afirmação se sustenta ao relacionar os documentos que subsidiaram a formulação do Parecer nº 1133/2001-CNE, em que há o registro de que ele se baseou entre outros, nos documentos da Rede Unida.

Além disso, em nossas entrevistas há a afirmação de que a definição das competências gerais para todos os profissionais da área da saúde foi uma solicitação do então coordenador na Rede Unida no Brasil, professor Márcio Almeida. Sobre isso, E4 esclareceu que o documento contendo as competências gerais foi fornecido pela Rede Unida:

> O Márcio que levou pro Éfrem Maranhão numa reunião que eu estava, defendendo em nome da Rede Unida que todas as diretrizes curriculares da área da saúde tivessem aquelas competências gerais.

Também E2 informou a respeito, dizendo que estas idéias foram uniformizadas para a área da saúde. Ela diz:

> esta aí é uma visão daquele pessoal que estava no Conselho Nacional de Educação, na época representando. Era um pessoal que queria que os profissionais da área da saúde tivessem mais ou menos essas competências gerais.

E3 afirmou não saber a origem da terminologia competências gerais, mas suspeitava que tivesse sido sugestão da Rede Unida. Ela diz que não tem

> certeza que deve ter sido alguma proposta vinda de uma dessas organizações que vinham discutindo currículo, talvez a proposta da Rede Unida, eu não tenho certeza, viu? Eu não sei lhe dizer. Eu só sei que na proposta que a gente encaminhou para o Conselho Nacional de Educação, através da SESu, não tinha a questão das competências gerais e se você for ver elas são iguais para Medicina, Enfermagem, Nutrição e todas são iguais.

Da mesma forma, a fala de Sena (2002, p. 56), que já trouxemos anteriormente, explicitava a disposição que tinha a Rede Unida em intervir no processo de reformulação da formação na área da saúde. Ela afirmava que a

> Rede tem buscado priorizar as ações que permitam interferir na formulação das políticas públicas de educação e saúde. A agenda estratégica da Rede Unida busca aglutinar as forças vivas dos movimentos sociais no campo da educação dos profissionais da saúde tendo, como objetivo final, a qualidade da assistência à saúde e a reversão do quadro sanitário brasileiro.

Introduzir esta questão da atuação da Rede Unida se sustenta em pelo menos dois sentidos. O primeiro deles confere com o caráter dessa pesquisa, que é registrar o processo de reformulação curricular da enfermagem que resultou na elaboração das diretrizes curriculares para a área. Neste aspecto, se a atuação da rede interferiu no processo, ela merece ser registrada.

Um segundo sentido é que a atuação da Rede Unida explicita, em muitos aspectos, marcas históricas da enfermagem enquanto prática institucionalizada no Brasil. Como vimos na atuação da Rede Unida, um sujeito bastante ativo foi a Fundação *Kellog*. Da mesma forma, quando da introdução da enfermagem no Brasil, foi uma Fundação internacional – a Fundação *Rockefeller*[12]

[12] Na implantação da enfermagem moderna no Brasil, Carlos Chagas, então Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, solicitou auxílio à Internacional Health Board, que financiou a implantação do serviço de enfermeiras do Departamento e a criação de uma escola como as que existiam nos Estados Unidos da América. Auxilou nesta tarefa a Fundação *Rockefeller*, que enviou a Enfermeira Ethel Parsons para avaliar a situação e apresentar propostas de solução dos problemas identificados. A solução sugerida foi a criação da Escola que, novamente foi posibilitada pelo auxílio da Fundação *Rockefeller*, enviando um grupo de enfermeiras que atuaram tanto na Escola como na chefia do serviço de enfermagem sanitária até a possível substituição por enfermeiras brasileiras (PIRES, 1989).

– o sujeito potenciador da iniciativa de Carlos Chagas de criar a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. O que estas coincidências significam? Num primeiro momento, poderíamos dizer que elas explicitam traços da relação centro/periferia com as nações centrais ofertando não só idéias, mas também aportes financeiros para sua efetivação.

Não nos cabe nos limites dessa pesquisa aprofundar as intencionalidades destas relações, apenas apontamos que esta questão está por merecer uma análise criteriosa desvendando os limites e as possibilidades destas iniciativas que, como vimos, têm sido eficazes na proposição dos rumos da educação na área da saúde. Não é possível simplesmente aceitar o fato em suas enunciadas positividades. É necessário problematizá-lo.

Finalizamos, assim, a apresentação dos dados analisados neste estudo e passamos às considerações finais nas quais pretendemos sintetizar nossos achados e nossas elaborações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa que realizamos tinha como questão central recuperar a história da elaboração das diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem no Brasil. Objetivava contextualizar e resgatar este processo histórico, discutir o conteúdo final que foi aprovado e fornecer elementos para orientar a construção de projetos político-pedagógicos nas escolas de enfermagem.

Iniciamos o estudo explicitando o contexto em que se deram as mudanças na educação superior brasileira na década de 90, com a reformulação curricular dos cursos de graduação e, dentre eles, da enfermagem. Contextualizar o movimento foi necessário, para delimitar nossos pontos de partida, entendendo que aqueles elementos de contexto, se não são os únicos determinantes, têm condicionado, em muitos aspectos, a reformulação da educação superior que vivenciamos naquele final de século.

Diante deste cenário, evidenciamos o que chamaremos de "inspiração" da reforma curricular. Nas décadas de 80 e 90, antes da construção das diretrizes curriculares, parece-nos que a inspiração para mudar a formação na enfermagem estava mais direcionada para necessidades sociais oriundas de processos internos, relativos às condições de saúde do país. Assim, a formação geral com base no perfil epidemiológico do país ou da região, como alguns dos princípios daquela reformulação, atendia ao nosso movimento interno que indicava a necessidade de romper com a formação baseada apenas no modelo clínico e impunha a necessidade de formar para atender a saúde de forma integral. Embora, também naquele momento, já fosse possível identificar a penetração das idéias que circulavam mundialmente, como a de extensão da cobertura da atenção primária, o que pode ter desencadeado as formulações internas defendendo medidas de cunho preventivo tanto na assistência quanto na formação. Apesar disso, no cenário interno de abertura política estas questões desencadearam a luta pelo atendimento integral que efetivamente foi garantido na Constituição e na posterior organização do Sistema Único de Saúde, para cujos princípios seria necessário mudar a formação até então centrada nos ambientes hospitalares, contemplando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

No novo discurso parece que estas questões, embora continuem a compor a versão final das diretrizes curriculares, são secundarizadas e o que ganhou relevância foi a necessidade de reformular, a partir das alegações de que o mundo mudou e exige outro profissional flexível,

adaptável. Os suportes teóricos nos parecem muito mais distantes, partindo de deliberações de instituições internacionais e não mais a partir das questões internas. Os elementos do contexto nacional se secundarizaram diante dos elementos do contexto mundial.

Foi possível identificar uma forte oferta de propostas tendo como origem as agências financeiras internacionais como o Banco Mundial que, em seus documentos sobre o tema, afirmou, durante todo o período, o equívoco em se manter o Estado próximo do fornecimento da educação superior. O seguimento desta orientação desencadeou a extensão da oferta por instituições privadas com um crescimento deste setor até então nunca evidenciado. Esta particularidade implicou, em nosso entendimento, um movimento de tensão nas deliberações sobre a reforma curricular, garantindo que o setor privado, predominante, tivesse seus interesses assegurados.

Neste contexto ganhou centralidade a idéia de um Estado regulador para mediar as relações tentando algum controle sobre o mercado que passou a atuar livremente. A educação e a saúde que, na Constituição de 1988, foram defendidas como direito, passaram a ser tratadas como mercadoria.

A questão da oferta externa de propostas para a educação superior ainda pode ser identificada nos documentos da Unesco e da Organização Mundial de Saúde que foram as principais fontes inspiradoras para a inserção de muitos dos princípios pedagógicos, como a pedagogia do aprender a aprender, que foi incorporada em todas as diretrizes da área da saúde.

Entretanto, este não é um movimento de via única. Da mesma forma que as idéias são ofertadas externamente, no espaço interno, também foram oferecidos encaminhamentos, como o que sustenta que a formação deve ser orientada para o Sistema Único de Saúde. Assim, a legislação foi construída no embate entre o cenário interno e o externo com uma certa tendência a seguir os encaminhamentos emanados daquele cenário. Neste sentido, ganhou importância o discurso da globalização como fator incontestável para seguimento de princípios tidos como universais que garantissem a inserção de todos no mundo global. Como já tivemos a oportunidade de mostrar ao pensar o contexto, a globalização, muito mais que incluir as nações em uma grande aldeia global, tem aumentado as diferenças entre nações ricas e centrais e nações pobres e periféricas. Assim, cumpre registrar o caráter ideológico desta justificação, tomada como conseqüência inquestionável para a aceitação das mudanças.

Mesmo o discurso de formação para o Sistema Único de Saúde, como vimos, foi atravessado pelos embates em um contexto de exclusão do acesso, de limitação de direitos, de reformulação da atuação estatal tanto interna quanto externamente. Assim, embora aceitando organizar a legislação educacional orientada para o Sistema Único de Saúde, alguns enfoques reconfiguram o que se está entendendo por este Sistema. Ou seja, é atenção à saúde num contexto de *racionalização* de consideração do *custo/benefício* das ações que atinjam grandes grupos populacionais, o que pode indicar que não se pensa mais a atenção integral e gratuita, mas apenas as ações de saúde primária.

Neste aspecto gostaríamos de lançar uma hipótese que, por certo, carecerá de investigação. Em nossas análises sobre o discurso da formação nas décadas de 80 e 90, quando se formularam o Parecer nº 314/94-CFE e a Portaria nº 1721/94-MEC, antecedentes às diretrizes, sempre tivemos a preocupação de olhar para além das reflexões que apontavam apenas pontos positivos orientando a reformulação daquele momento.

Hoje, olhando já com um certo distanciamento, poderíamos afirmar que a semente da formação para a atenção primária que estava colocada naquele momento já fazia parte do conjunto de redirecionamentos que tiveram lugar a partir da Declaração de Alma Ata, que pretendia estender a cobertura da atenção primária em todos os lugares do planeta. Naquele momento significava pleitear a inserção na formação de conteúdos sobre a saúde pública que até então não tinham espaço garantido na formação, contrapondo-se à formação centrada no ambiente hospitalar. E, de fato, isto foi alcançado. Hoje este discurso nos parece mais afeto à justificação do distanciamento estatal do oferecimento integral das ações de saúde. É interessante observar como as idéias e os conceitos se movimentam. Na década de 80, pensar a inclusão da saúde pública na formação era a atitude mais progressista possível, neste momento, pensar o privilegiamento da saúde pública, não tomando os devidos cuidados, pode constituir-se em uma formação focalizada em atendimento aos pobres, dado que eles só terão acesso assegurado a medidas de proteção coletiva proporcionadas pela atenção primária.

Não há com isso uma defesa de que se retorne à concentrar a formação apenas no ambiente hospitalar, mas, ao pensar em saúde pública, o conceito deve contemplar/cobrir tanto ações primárias como as de tratamento e reabilitação e aí parece residir o grande desafio na construção dos currículos. Entretanto, estas são questões que carecem maior aprofundamento, os quais não foram feitos neste estudo.

A inspiração externa da reforma ainda pode ser atestada no fato de que, por exemplo, na enfermagem, não se identificava a necessidade de reformulação curricular, pois aprovara um novo currículo em 1994 que seria implantado a partir de 1995 e, em 1997, quando o Ministério da Educação convocou à reformulação, o currículo anterior ainda estava sendo implantado e nem fora avaliado. Tanto a enfermagem não sentia urgência em mudar o currículo que o documento que saiu como síntese do Terceiro Senaden e que serviria de subsídio para a elaboração das diretrizes curriculares resgatou, quase integralmente, o Parecer nº 314/94-CFE e a Portaria nº 1721/94-MEC, em fase de implantação.

Neste aspecto em particular, o Ministério da Educação teve uma postura contraditória, pois, em 1996, o ministro Paulo Renato de Souza – então ministro da educação – emitiu a Portaria nº 01/96, que prorrogava o prazo para que as escolas de enfermagem se adequassem à legislação de 1994 em mais dois anos, a partir de 1996 e, em 1997, chamava todas as áreas para a reformulação de seus currículos.

Apesar de a reforma não ter centralidade naquele momento, a categoria atendeu à convocação do Ministério da Educação e elaborou uma possível proposta no ano de 1998, no Terceiro Senaden. No âmbito da primeira comissão de especialistas de enfermagem, a confecção do documento, partindo da solicitação da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, guardou muita semelhança com a proposta do modelo de enquadramento, distanciando-se, em muitos aspectos, do que minimamente havia sido acordado no Terceiro Senaden, gerando, a partir daí, um processo de resistência que conseguiu reverter em grande parte aqueles encaminhamentos após a recomposição da comissão de especialistas, pelo Ministério da Educação e da tramitação, em paralelo àquela primeira proposta, de uma segunda versão de diretrizes curriculares.

Quando questionamos os motivos de termos logo nos debruçado sobre a confecção de uma outra legislação, podemos identificar o que poderíamos chamar de uma postura política da entidade representativa da enfermagem no processo, a ABEn, que tomou para si a responsabilidade de pensar as diretrizes sob pena de, caso se eximisse do processo, correr o risco de perder a centralidade histórica que a entidade teve na formulação de propostas para a educação em enfermagem. Ao garantir sua presença/participação, como centro do processo, a associação evitaria que outras entidades viessem a ocupar este espaço. No momento, na especificidade da área vivenciamos uma luta pela hegemonia da organização da categoria que se tem travado entre a

Associação de Classe – ABEn e o órgão fiscalizador do exercício profissional – Cofen (Conselho Federal de Enfermagem). Embora este último tenha sido organizado com esforços da ABEn, na década de 70, no processo, houve um distanciamento efetivo das duas entidades que têm apresentado atuação política muito divergentes.

Ao fazer parte do processo, tornou-se impossível não se contagiar com os fundamentos que condicionavam a urgência ministerial em propor e implementar as reformas.

Assim é que foram se incorporando ao discurso e à letra da lei terminologias até então não veiculadas na internalidade desta prática, como a noção de competências e habilidades, a pedagogia do aprender a aprender, a justificativa da mudança a partir da constatação das transformações no trabalho, dos avanços tecnológicos, do uso e da velocidade da informação e, o que estava ainda implícito na reformulação que era a adequação da educação superior ao novo formato que ela deveria ter. Ou seja, privatizada, aligeirada, diferenciada conforme seu lugar no cenário nacional. Este bloco de novos discursos nos parece outro aspecto que foi adquirindo centralidade a partir de 1999.

Com referência aos princípios pedagógicos que foram se incorporando e mesmo aqueles que a área já havia tomado como norte da formação que pudemos identificar nesta pesquisa, num primeiro momento eles se apresentam desarticulados, mas na análise eles se mostraram profundamente coerentes. Assim, a pedagogia das competências e o aprender a aprender, a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, a formação centrada no aluno e o professor facilitador, em síntese, estão vinculadas aos mesmos princípios teóricos e filosóficos e, portanto, articulados.

Como vimos, estes princípios estão alicerçados na filosofia pragmatista que foi o eixo das reflexões no final do século passado e início deste século, assim como no construtivismo e no escolanovismo, que estiveram influenciando a educação brasileira ao longo do século XX e adentraram o século XXI. Nesta direção, avaliamos que há efetivamente na área uma carência de leituras do ponto de vista filosófico e pedagógico que nos orientasse na discussão destes fundamentos, pois houve uma aceitação e disseminação pura e simples de discursos carregados de significação. Quando se toma uma atitude de suspeita, ela vem acompanhada da visão de que é possível, a partir de uma releitura, tomar tais princípios em outra direção e ressignificá-los, tornando-os potencialmente positivos. Ainda avaliamos que, nesta pesquisa ficou pouco

aprofundada a discussão destes aportes teóricos, sendo esta uma importante fonte de continuidade de estudos.

Assim, ao adotar a pedagogia das competências e do aprender a aprender, a pedagogia centrada no aluno, a formação reflexiva há uma aceitação pela área da secundarização da transmissão dos saberes que historicamente foram construídos na sua internalidade e daqueles de que ela lança mão para compor o seu corpo de conhecimentos. Como já fomos pontuando na discussão de cada um destes princípios pedagógicos, não concordamos com a idéia de que a área da saúde possa tomar como secundária a aquisição destes conhecimentos, embora seja urgente uma discussão do como eles têm sido trabalhados. Não estamos afirmando que a área não se caracterize, como outros espaços de formação, pela transmissão de conhecimentos fragmentados e desconectados da realidade empírica que enfrentarão os futuros profissionais. O que estamos alertando é que não se negligencie a importância do saber sistematizado, científico e até tecnológico, pois eles são nucleares. Da mesma forma, não se pode abrir mão de saberes oriundos das outras áreas do conhecimento que são importantes para fazer avançar a atenção e o entendimento humano que é o centro da atenção à saúde. O balanço entre formação técnica e humana é o ponto que devemos fazer o esforço por alcançar.

Ao negligenciar a transmissão inclusive dos conhecimentos tecnológicos de ponta, estaremos na verdade formando na direção de um sistema de saúde simplificado, com profissionais pouco consistentes, para atender uma grande maioria que só terá acesso a saúde simplificada, portanto, em concordância com os encaminhamentos das políticas sociais num contexto de Estado que tem se distanciado progressivamente do oferecimento dos serviços.

Não entendemos que este seja o projeto que a enfermagem se propôs desde suas discussões na década de 80. Também não entendemos que este fosse o direcionamento que a área pensava quando optou por formular currículos centrados no aluno, na reflexividade, na pedagogia das competências e no aprender a aprender. Havia um certo entendimento que estas eram as opções mais progressistas possíveis.

Por outro lado, é preciso considerar que temos uma certa tendência a acompanhar modismos e isto também pode explicar a aceitação imediata destes princípios. Entretanto, isto não é exclusividade da enfermagem. Rossler (2000) afirma que, na educação de forma geral, assistiu-se ao fenômeno de adesão aos modismos em todo o século XX. Na sua perspectiva, a adesão ao construtivismo foi um dos modismos prevalentes que ele analisa como processos de sedução e,

portanto, de alienação, na difusão daquele ideário. Portanto, a adesão a modismos está muito próxima da capacidade ou não de crítica de uma determinada área.

Assim, é preciso estar atentos ao fato de que há um potencial efetivo de que a formação, ao partir de uma prática assistemática, ao privilegiar, principalmente, o que é valorizado pelo aluno, ao valorizar a não transmissão de conhecimentos, fomente uma formação inconsistente, com profissionais na verdade incapazes de fazer efetivamente o ato da reflexão. Como vimos com Saviani (1997a), não se parte do nada para acessar o conhecimento. As dúvidas e a reflexão só acontecem a partir de alguma coisa já conhecida.

Outra vez ressaltamos que esta reflexão não é uma defesa da Escola Tradicional que, sabidamente tem suas limitações e que já esteve subsidiando, ao longo do século passado, a prática pedagógica da enfermagem caracterizando uma transmissão de conteúdos fragmentados e sustentada no autoritarismo do professor. Entretanto, é um alerta para a adoção de pedagogias tão abertas que não assegurem uma formação consistente do ponto de vista do conhecimento historicamente construído e sistematizado por esta área de formação e prática profissional. Ainda é preciso registrar que os princípios pedagógicos identificados para análise, não foram explorados em todas as suas dimensões e possibilidades exigindo aprofundamento continuado na busca de orientação para a formação.

Além destas questões que organizamos na denominação de princípios pedagógicos, foi se explicitando, durante a análise documental, a dificuldade em consolidar a pesquisa como inerente ao processo de formação. Como pudemos identificar, havia uma condicionalidade legal de que os documentos orientando as diretrizes curriculares não saíssem com a exigência da pesquisa na graduação em virtude de que só têm obrigatoriedade com a realização da pesquisa as instituições de caráter universitário e as diretrizes eram orientações para todos os cursos de enfermagem. Na enfermagem, em particular, a orientação para a pesquisa ficou nas competências e habilidades gerais, visto que as diretrizes eliminaram a figura das disciplinas. Este é um ponto que não foi ainda debatido em nossos espaços de discussão e que nos parece um retrocesso em relação ao que já havia sido alcançado. Por outro lado, há, em conseqüência da exigência de titulação docente, nas instituições de educação superior, uma certa pressão pelo desenvolvimento de trabalhos de pesquisa na pós-graduação e, posteriormente, na graduação, o que pode assegurar, a longo prazo, que a pesquisa esteja compondo a graduação.

Entretanto, no curto prazo é de se esperar que as escolas de enfermagem ofereçam diferentes tipos de formação e que aquelas que já estão com a noção de iniciação à pesquisa na graduação consolidada, tendam a manter este mesmo direcionamento, enquanto aquelas que não estão vinculadas a universidades e, portanto, não se sustentam na tríade ensino/pesquisa/extensão, tendam a desconsiderar o processo investigativo como um dos eixos da formação. De resto, esta foi a preocupação legal ao se atenuar a afirmação da pesquisa como constituinte essencial da formação, como a enfermagem defendia em seus fóruns de discussão. Estas particularidades não deixam de ser a continuidade das idéias de organização de instituições de ensino e de pesquisa.

Registramos, entretanto, que a inclusão da pesquisa na graduação não se constitua em elemento de pressão docente sobre os acadêmicos para que entrem na "neurose da publicação", em função da exigência de produção científica que tem sido imposta aos docentes como forma de manter alguns benefícios ou de sustentar programas de pós-graduação. Caso isso se torne o norte da pesquisa na graduação, avaliamos que ela deva perder seu potencial pedagógico que consiste na atitude do aluno de inquisição da realidade tendo a pesquisa como instrumento que faça a sistematização destes questionamentos, da mesma forma despertando para a busca e utilização da produção científica que, como evidenciado por García (1999), ainda é pouco freqüente na enfermagem.

Identificamos, ainda, na busca documental, as discussões sobre a formação pedagógica do enfermeiro para atuar na formação dos profissionais de saúde. Assim, foi possível verificar um movimento de acentuação desta defesa na década de 80 com a inclusão da formação pedagógica integralmente no currículo mínimo, embora ela tenha sido excluída quando da aprovação final da legislação. Nas discussões sobre diretrizes esta questão foi perdendo força diante das novas orientações para formação de professores que definiram que a formação na licenciatura deveria acontecer em cursos com projetos político-pedagógicos próprios. Na enfermagem é uma questão não resolvida, com diferentes encaminhamentos, mas que têm buscado garantir que a licenciatura da área não se dê desarticulada da formação inicial, sendo que esta foi a principal preocupação durante todo o processo de discussão desta temática.

Foi possível identificar ainda a atuação de instituições dando direção às reformas na área da saúde e não só da enfermagem, como a intervenção da Rede Unida, que garantiu que todos os profissionais de saúde tivessem as mesmas competências gerais definidas como as de assistência à saúde, tomada de decisões, liderança, comunicação e formação permanente. Em que pese toda a

positividade desta elaboração, avaliamos que, ao introduzir esta uniformização de competências, atribuiu-se generalizações que não cabem a algumas áreas, como a idéia do profissional empregador e empreendedor. Além disso, a uniformização na área da saúde extrapolou esta idéia de competências gerais, pois, no perfil profissional, além delas, foi incorporada, uniformemente, outros princípios como, por exemplo, a idéia do profissional crítico-reflexivo.

O conceito de flexibilidade foi outro aspecto que orientou a formulação das diretrizes curriculares e que se apresentou em todos os documentos que foram produzidos no período. Era uma idéia que vinha desde as discussões da década de 80 e que foi assumida no novo contexto adquirindo um significado, em nosso entendimento, reorientado. Na enfermagem, a flexibilidade significava ter a possibilidade de formar de acordo com as especificidades regionais que seriam definidas pelo perfil epidemiológico da região em que o curso se situava. Entretanto, havia um cuidado em manter um mínimo de tempo considerado ideal para a formação, tempo que oscilou entre 3.500 e 4.000 horas, bem como a definição de áreas intercomunicantes e, dentro delas, as diversas disciplinas.

No novo contexto, com a abolição da fixação do tempo e da figura das disciplinas, aliado ao fato de que há uma tendência concreta de diminuição do tempo das graduações de maneira geral, como pode ser atestado no Parecer nº 108/2003-CNE e nas demais orientações oficiais, a flexibilidade tornou-se um conceito perigoso do ponto de vista da qualidade da formação. Admitindo que os cursos de graduação tenham 2.400 horas, é possível imaginar que tipo de formação será privilegiada. Ou seja, cursos específicos, para atender demandas emanadas do mercado, sem um projeto coletivo de formação.

Ao iniciar a pesquisa ainda afirmávamos que houve um efetivo envolvimento da categoria em todo o processo, o que foi possível confirmar quando mostramos a atuação da ABEn como entidade representante. Esta questão teve aspectos positivos, como o da aprovação da segunda proposta de diretrizes curriculares, que era significativamente diferenciada da primeira proposta ao excluir as habilitações e ênfases e a possibilidade de oferta de cursos seqüenciais. Teve, entretanto, um outro lado que foi a legitimação de todo processo que, como vimos, na sua concretização sofreu ajustes finais formatando a legislação a partir de textos que não eram do conhecimento da categoria, como a noção de competências gerais. Três de nossas entrevistadas, que eram da comissão de especialistas, não sabiam informar a origem desta proposta. Da mesma

forma, a inclusão de conceitos como exigência do relator como o aprender a aprender orientado pela Unesco.

Percebemos que nestes processos existe, apesar de um grande envolvimento, uma certa dificuldade de acesso ao processo como um todo, o que se constitui uma questão preocupante e deve nos alertar para o fato de que, mesmo o envolvimento efetivo, mesmo a tentativa de garantir que se aprove o que foi acordado, há limites colocados nas esferas superiores e ainda prevalecem os interesses daqueles que se articulam efetivamente ao sistema. As organizações coletivas, embora lutem por garantir minimamente a participação, têm um limite real colocado. Isto não significa que a participação devesse ser abandonada ou que ela não trazia positividade. Apenas salientamos que é preciso ter claro que, na correlação de forças, ainda estamos do lado dos que têm potencial para oferecer resistência, mas que há limites objetivos a serem enfrentados.

O pressuposto de que, em alguns momentos, nos faltam elementos para a crítica e reflexão aderindo a discursos que emanam de outros espaços, ficou bastante atenuado diante dos dados que conseguimos levantar. Assim, a adesão a muitos conceitos e princípios pedagógicos que foram incorporados ao texto das diretrizes curriculares, não dependeu da vontade expressa pela categoria. Eles foram determinações gerais emanadas do centro de decisão, que estava inspirado naquelas orientações internacionais, indicando um consenso universal sobre tais conceitos.

O que poderíamos afirmar é que houve uma precária capacidade de problematização de tais enunciados quando da sua inserção no texto legal e uma conseqüente adesão aos mesmos no discurso da área, como pudemos observar nas propostas de reformulação curricular que já se iniciaram. Neste aspecto, ressaltamos o caráter ainda limitado de nossa capacidade de questionamentos.

Quando fazemos estas considerações não estamos tendo uma postura inconseqüente de atribuir culpas ou identificar indivíduos que possam ser responsabilizados sozinhos pelas decisões, no caso os membros da comissão de especialistas de enfermagem. Temos claro que não são pessoas individualmente que definem, embora elas em algum momento estejam no foco das decisões e representem individualmente decisões coletivas. As decisões são conseqüências da capacidade de discussão de uma categoria e isto não é alcançado em uma década, é fruto da trajetória histórica do grupo na sua relação com a sociedade. Mas, é possível dizer que, coletivamente, temos uma tendência a seguir decisões centralizadas, bem como aderir aos modismos, o que também pode ser identificado na tomada da noção de competência como

princípio pedagógico para a formação. Olhando nossa trajetória histórica, podemos afirmar que, apesar do crescimento da capacidade coletiva de discussão que se iniciou na década de 80, ainda persistem posturas elitistas e pouco comprometidas com a idéia do coletivo, como pudemos atestar com Oliveira (1994) e Rossi (2001).

Além destas considerações, avaliamos que seja importante refletir sobre o percurso da pesquisa mostrando como alcançamos esta elaboração final. Assim, cumpre registrar que esta exposição foi uma construção permanente, com idas e vindas, leituras e reflexões a partir do material empírico até alcançar uma sistematização que conferisse, em alguma medida, com a lógica interna do processo de construção das diretrizes curriculares.

A explicitação do contexto foi um ponto importante para situar o objeto, bem como fornecer suporte às análises que pudemos efetuar. Recuar e analisar a internalidade da enfermagem também foi um momento crucial para pensar quais os condicionantes internos que deram sustentação para o movimento da categoria em todo o processo de formulação. E, por fim, as categorias que emergiram da busca documental nos mostraram um panorama da educação em enfermagem e dos desafios que a área tem pela frente para manter a possibilidade e a busca de uma formação centrada nos problemas de saúde da grande maioria dos brasileiros.

Este caminho não nos foi dado quando iniciamos a pesquisa. Ele foi se delineando conforme fomos compreendendo todo o processo e tendo, então, a possibilidade de organizar as categorias. Reafirmamos este aspecto para reforçar que a forma como tratamos um objeto de pesquisa não está de princípio recortada e pronta para ser aplicada. O que experienciamos foi uma permanente construção, reflexão, elaboração e sistematização.

Outro aspecto que é preciso salientar é o que se refere ao enfoque pelo qual optamos na elaboração da pesquisa. Neste sentido, pode-se objetar que houve uma preocupação maior em mostrar as questões problemáticas de todo o movimento de reformulação da legislação curricular. Concordamos com tal objeção e sustentamos a opção por este caminho com base em nossa justificativa inicial de que uma leitura cuidadosa ainda não havia sido elaborada pela categoria, assim como uma leitura sobre os condicionantes do campo político e econômico que tivemos a preocupação de trazer para o cenário. Em nosso entendimento, as positividades das diretrizes curriculares com seus novos princípios pedagógicos estão amplamente divulgados entre a categoria, o que pôde ser verificado nos inúmeros textos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem, volume 56, número 4, de 2003, que se dedicou à publicação das experiências com as

reformulações curriculares após as diretrizes. Abordar numa perspectiva problematizadora oferece oportunidade de ter cautela nas novas propostas curriculares.

Por fim, é preciso dizer que esta pesquisa não foi a última palavra sobre este tema/objeto. Ela, como de fato se propôs desde seu início, é uma primeira elaboração que deve ser tomada como objeto da crítica sistematizada, mostrando possíveis incoerências, divergências. Ela é também o produto de uma dada visão de mundo, de escolhas políticas, sustentada em nossas atuais possibilidades intelectuais. Portanto, tem seus limites e está posta para discussão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, A. J. Reforma do Estado e políticas educacionais: entre a crise do Estado-nação e a emergência da regulação profissional. **Educação e Sociedade**, Campinas, ano XXII, n. 75, p. 15-32, ago. 2001.

AFONSO, A. J. **Avaliação educacional**: regulação e emancipação. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

AILINGER, R. L. Contribuições da pesquisa qualitativa para a prática de enfermagem baseada em evidências. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 275-279, mai./jun. 2003.

ALBUQUERQUE, G. L.; PIRES, D. E. P. O Movimento Participação (MP): uma contribuição à história da enfermagem brasileira. **Rev. Bras Enferm**. Brasília, v. 54, n. 2, p. 174-184 abr./jun. 2001.

ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4 jul./ago. 2002, p. 905-925. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2004.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Orgs.). **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-26.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5. ed. São Paulo: Boitempo, 2001.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

ARCE, A. Compre o kit neoliberal para a educação infantil e ganhe grátis os dez passos para se tornar um professor reflexivo. Educ. Soc. Campinas, v. 22, n. 74, p. 251-283, abr. 2001. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttest&pid-S0101-7330200100014&Ing=pt&nrm=isso>. Acesso em: 16 out. 2004.

ARCE, A. A formação de professores sob a ótica construtivista: primeiras aproximações e alguns questionamentos. In: DUARTE, N. **Sobre o construtivismo**. Campinas, SP: Autores Associados, 2000. p. 41-62.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Audiência Pública convocada pela Câmara de Educação Superior – CES. Duração de cursos presenciais de bacharelado: considerações. Brasília, DF. dez., 2003. (Mimeografado).

ATALLAH. A. N. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 325-344.

BAGNATO, M. H. S. **Licenciatura em enfermagem**: para quê? Campinas, SP. 1994. 226 f. Tese (Doutorado em Educação) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

BIHR, A. **Da grande noite à alternativa**: o movimento operário europeu em crise. São Paulo: Boitempo, 1998.

BRASIL. Lei Federal n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.portalweb02.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2004

BRASIL. Lei Federal n. 8142, de 28 de dezeembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.portalweb02.saude.gov.br /saude/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2004

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 09 dez. 2004.

BRESSER PEREIRA, L. C. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Tradução de Carolina Andrade. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. p. 21-38.

BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Tradução de Carolina Andrade. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

CALIRI, M H. L.; MARZIALE, M. H. P. A prática da enfermagem baseada em evidências. Conceitos e informações disponíveis online. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 8, n. 4, p. 103-104, ago. 2000.

CANO, W. **Soberania e política econômica na América Latina**. São Paulo: UNESP, 2000.

CARDOSO, F. H. Reforma do Estado. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Tradução de Carolina Andrade. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

CARVALHO, M. **Do movimento da reforma sanitária à legislação do SUS**: avanços e retrocessos na implantação do Sistema Único de Saúde. Cascavel, Pr. 2001. 55 f. Monografia (Especialização *lato sensu* em Saúde Pública com Ênfase em Saúde Mental). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel.

CATANI, A. M.; OLIVEIRA, J. F.; DOURADO, L. F. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. **Educação e sociedade**, ano XXII, n.75, p. 67-83, ago. 2001.

CHAUÍ, M. As humanidades contra o humanismo. In: SANTOS, G. A. (Org.). **Universidade, formação e cidadania**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 15-32.

CHAUÍ, M. **Ideologia neoliberal e universidade**. Palestra proferida como atividade da calourada. São Carlos, 1997. (mimeografado).

CHAVES, M; KISIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, M. et al. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, Londrina: Ed. UEL, 1999. Tomo 1. p. 1-16.

CHESNAIS, F. Capitalismo de fim de século. In: COGGIOLA, O. **Globalização e socialismo**. São Paulo: Xamã, 1997. p. 7-34.

COGGIOLA, O. **Universidade e ciência na crise global**. São Paulo: Xamã, 2001.

COGGIOLA, O. Globalização e alternativa socialista. In: COGGIOLA, O. (Org.) **Globalização e socialismo**. São Paulo: Xamã, 1997. p. 109-142.

CUNHA, L. A. O ensino superior no octênio FHC. **Educação e Sociedade**. Campinas, v. 24, n. 82, p. 37-62, abr. 2003.

DELORS, J. **Educação:** um tesouro a descobrir. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação.** Ministério da Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, Ministério da Saúde. v. 1, n. 2, p. 5-16, 2001a.

_____O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do Senac**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 13-26, set./dez., 2001b.

DIAS SOBRINHO, J. Educação superior: flexibilização e regulação ou avaliação e sentido público. In: DOURADO, L. F. ;CATANI, A. M.; OLIVEIRA, J. F. (Orgs.). **Políticas e gestão da educação superior**: transformações recentes e debates atuais. São Paulo: Xamã: Goiânia: Alternativa, 2003. p. 97-116.

DIAS SOBRINHO, J. **Universidade e avaliação entre a ética e o mercado**. Florianópolis: Insular, 2002.

DIAS SOBRINHO, J. Avaliação e privatização do ensino superior. In: TRINDADE, H. (Org.). **Universidade em ruínas na república dos professores**. 2. ed. Petrópolis: Vozes: Rio Grande do Sul: CIPEDES, 2000. p. 61-72.

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.

DUARTE, N.. Conhecimento tácito e conhecimento escolar na formação do professor (por que Donald Schön não entendeu Luria). **Educação e Sociedade**. v. 24, n. 83, p. 601-625. ago. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302003000400004&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2004.

DUARTE, N. As pedagogias do "aprender a aprender" e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. **Revista Brasileira de Educação**, n. 18, p. 35-40 set./out./nov./dez. 2001a.

DUARTE, N. **Vigotski e o "aprender a aprender**": crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana. 2. ed. rev. e ampl. Campinas, SP: Autores Associados, 2001b.

DUGUÉ, E. A gestão das competências: os saberes desvalorizados, o poder ocultado. In: DESAULNIERS, J. B. R. **Formação & trabalho & competência**. Questões atuais. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998. p. 101-132.

EAGLEATON, T. **As ilusões do pós-modernismo**. Tradução Elizabeth Barbosa. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FACCI, M. G. D. **Valorização ou esvaziamento do trabalho do professor?** um estudo crítico-comparativo da teoria do professor reflexivo, do construtivismo e da psicologia vigotskiana. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIORI, J. L. **60 lições dos 90**: uma década de neoliberalismo. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

FIORI, J. L. **Os moedeiros falsos**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

FERNANDES, M. E. A. Projeto pedagógico na graduação em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 4., 2000, Fortaleza. Enfermagem: estratégias e perspectivas político pedagógicas. **Anais**. Associação Brasileira de Enfermagem, p. 87-95, 2000.

FEUERWERKER, L; ALMEIDA, M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 351-352, jul./ago. 2003.

FONTANA, J. **História:** análise do passado e projeto social. Bauru, SP: EDUSC, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 25. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

FREITAS, R. A. M. M. **Reflexividade e competência**: a graduação em enfermagem. Marília, SP, 2002. 244 f. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Filosofia e Ciências, Campus de Marília da Universidade Estadual Paulista.

FRIGOTTO, G. Educação e formação humana: ajuste neoconservador e alternativa democrática. In: GENTILI, P.; SILVA, T. T. **Neoliberalismo, qualidade total e educação**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GARCÍA, J. C. Enfermería basada em la evidencia y utilización de la investigación. **Index Enferm**. n. 27, p. 12-18, 1999.

GERMANO, R. M. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 365-368, jul./ago. 2003.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GHIRALDELLI Jr, P. **Pragmatismo e neopragmatismo**. 15p. Disponível em: <http://www.odialetico.hpg.ig.com.br/filosofia/pragmatismo_e_neopragmatismo.htm>. Acesso em: 13 nov. 2004.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. **Formação**: mercado de trabalho em saúde. Ministério da Saúde/SEGETES/DGES/PROFAE. Brasília: Ministério da Saúde, n. 6, p. 15-36. 2003a.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. IN: FALCÃO, A. et al. **Observatório de recursos humanos em saúde**: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003b. p. 157-190.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. 9. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: FERRETI, C. I. *et al*. **Tecnologias, trabalho e educação**: um debate multidisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 128-142.

HIRST, P.; THOMPSON, G. **Globalização em questão**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

IANNI, O. **Teorias da globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

INVERNIZZI, N. Teoria da competência: categorias analíticas e ideologia na compreensão dos novos processos de trabalho. **Trabalho e Educação.** Belo Horizonte, n. 9, p. 115-131, jul./dez., 2001.

ITO, A. M. Y.; IVAMA, A. M.; NUNES, E. F. P. A. Diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde do século XXI. **Olho mágico.** Londrina, PR, ano 4, n. 15, p. 12-14, jan./mar., 1998.

JUNIOR, J. R. S.; GONZÁLEZ, J. L. C. Reformas educacionais, competências e prática social. **Trabalho e Educação.** Belo Horizonte, n. 9, p. 37-77, jul./dez., 2001.

KLOETZEL, K. **Medicina ambulatorial**: princípios básicos. São Paulo: EPU, 1999.

KUENZER, A. Z. O que muda no cotidiano da sala de aula universitária com as mudanças no mundo do trabalho? In: CASTANHO, S; CASTANHO, M. E. (Orgs.). **Temas e textos em metodologia do ensino superior**. Campinas, SP: Papirus, 2001. p. 15-28.

LANDER, E. Conhecimento para quê? Conhecimento para quem? Reflexões acerca da geopolítica dos saberes hegemônicos. In: GENTILI, P. (Org.). **Universidades na penumbra**: neoliberalismo e reestruturação universitária. São Paulo: Cortez, 2001. p. 45-72.

LEHER, R. Expansão privada do ensino superior e heteronomia cultural: um difícil início de século. In: DOURADO, L. F.; CATANI, A. M.; OLIVEIRA, J. F. (Orgs.). **Políticas e gestão da educação superior**: transformações recentes e debates atuais. São Paulo: Xamã; Goiânia: Alternativa, 2003. p. 81-93.

LEHER, R. Projetos e modelos de autonomia e privatização das universidades públicas In: GENTILI, P. (Org.). **Universidades na penumbra**: neoliberalismo e reestruturação universitária. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-44.

LIMA, K. R. S. Reforma universitária do Governo Lula: o relançamento do conceito de público não-estatal. In: NEVES, L. M. W. (Org.). **Reforma universitária do Governo Lula**: reflexões para o debate. São Paulo: Xamã, 2004. p. 23-46.

LOPES, A. C. Os parâmetros curriculares nacionais para o ensino médio e a submissão ao mundo produtivo: o caso do conceito de contextualização. **Educação e Sociedade**. Campinas, v. 23, n. 80, p. 389-404, set., 2002.

LOPES, A. C. Competências na organização curricular da reforma do ensino medio. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 2-11, set./dez., 2001.

LÖWY, M. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen**: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MACEDO, E. Currículo e competência. In: LOPES, A. C.; MACEDO, E. **Disciplinas e integração curricular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

MACHADO, L. R. S. O "modelo de competência" e a regulamentação da base curricular nacional e de organização do ensino médio. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, n. 4. p. 79-95, ago./dez., 1998.

MACHADO, M. A. S. Tendências da formação profissional em saúde e a nova LDB. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3., 1998, Rio de Janeiro. As diretrizes para a educação em enfermagem no contexto da LDB: **Relatório**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, p. 28-34, 1998.

MANCIA, et al. A contribuição dos SENADEns para a construção das diretrizes curriculares da enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6., 2002, Teresina. Educação e mudanças: discutindo os contextos, textos e lições propostas: **Anais**. Teresina: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. p.206-226, 2002.

MANFREDI, S. M. Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. **Educação e Sociedade**. Campinas – SP, ano XIX, n. 64, p. 13-49, set., 1998.

MARCONDES, M. I. Currículo de formação de professores e prática reflexiva: possibilidades e limitações. In: ROSA, D. E. G.; SOUZA, V.C. (Orgs.). **Políticas organizativas e curriculares, educação inclusiva e formação de professores**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 190-205.

MARTINS, M. I. C. A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 287-310, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 10. ed. Tradução de Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S1413-81232001000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2004.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MEYER, D. S. KRUSE, M. H. L. Relatório da oficina de diretrizes curriculares do curso de graduação em enfermagem: de que mudanças (políticas e pedagógicas) se trata aqui? In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6., 2002, Teresina. Educação e mudanças: discutindo os contextos, textos e lições propostas: **Anais**. Teresina: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. p. 148-152, 2002.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO DE ESPECIALISTAS DE ENSINO DE ENFERMAGEM. Relatório das atividades. Junho a dezembro de 2000. Brasília, DF, 26 ago., 2002. Disponível em: <www.ABEnnacional.org.br>.

MORETTO, V. P. **Construtivismo**: a produção do conhecimento em aula. 4. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

MOTTA, M. G. C.; ALMEIDA, M. A. Repensando a licenciatura em enfermagem à luz das diretrizes curriculares. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 417-419, jul./ago., 2003.

NAGEL, L. H. O Estado brasileiro e as políticas educacionais a partir dos anos oitenta. In: NOGUEIRA, F. M. G. (Org.). **Estado e políticas sociais no Brasil**. Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. p. 99-122.

NAKAMAE, D. D. **Novos caminhos da enfermagem**: por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo: Cortez, 1987.

NETO, J. M. et al. Características regionais do emprego de enfermagem no Brasil: 1995-2000. **Formação**: mercado de trabalho em saúde. Ministério da Saúde/SEGETES/DGES/PROFAE. Brasília: Ministério da Saúde, n. 6, p. 71-92, set., 2003.

NETO, J. P. Relendo a teoria marxista da história. In: SAVIANI, D.; LOMBARDI, J. C.; SANFELICE, J. L. (Orgs.). **História e história da educação**: o debate teórico-metodológico atual. Campinas, SP: Autores Associados, 1998. p. 50-64.

NOGUEIRA, R. P. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: FALCÃO, A. et. al. **Observatório de recursos humanos em saúde**: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 45-58.

NOGUEIRA, F. M. G. **Ajuda externa para a educação brasileira**: da USAID ao Banco Mundial. Cascavel: EDUNIOESTE, 1999.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2004.

NUNES, C. M. F. Saberes docentes e formação de professores: um breve panorama da pesquisa brasileira. **Educação e Sociedade**. v. 22, n. 74, p. 27-42, abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302003000400004&Ing=pt&nrm=iso.ISSN>. Acesso em: 11 jul. 2004.

OLIVEIRA, F, V. S. Currículo mínimo de graduação em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1. 1994, Rio de Janeiro. Diretrizes para a educação em enfermagem: **Relatório**. Rio de Janeiro: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, p. 29-42, 1994.

OLIVEIRA, F. V. S. **Associação brasileira de enfermagem**: mudanças e continuidades – a propósito do Movimento Participação (1979/1989). Natal, 1990. 203 f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

PERRENOUD, P. **A prática reflexiva no ofício de professor**: profissionalização e razão pedagógica. Tradução Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Tradução Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PIRES, D; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-325, 2004.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-264, abr./jun., 2000.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001a.

_____ Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Formação.** Ministério da Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, Ministério da Saúde, v. 1, n. 2, p. 17-26, 2001b.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. Novas estratégias para o ensino de enfermagem: enfrentando desafios e superando limites. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 4., 2000, Fortaleza. Enfermagem: estratégias e perspectivas político-pedagógicas. **Anais**. Fortaleza: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, p.141-157, 2000.

REZENDE, A. L. M. **Saúde, dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1987.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Campinas, 2000. 265 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas.

ROCHABRÚN, S. G. Hay uma metodologia marxista? **Debates em sociologia**. Pontificia Universidad Catolica del Peru. Departamento de Ciencias Sociales. Año 1, n. 1, p. 8-41, feb., 1977.

RODRIGUES, R. M. **Teoria e prática assistencial na enfermagem**: o ensino e o mercado de trabalho. Ribeirão Preto, 2000. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, R. M.; BAGNATO, M. H. S. Pesquisa em enfermagem no Brasil: problematizando a produção de conhecimento. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 56, n. 6, p. 640-645, 2003.

RODRIGUES, B. M. R. D; HENRIQUES, R. L. M.; MACEDO, M. C. S. O novo currículo da faculdade de enfermagem/UERJ. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6., 2002, Teresina. Educação e mudanças: discutindo os contextos, textos e lições propostas: **Anais**. Teresina: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. p. 78-85, 2002.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

ROSSI, M. J. S. A propósito do Movimento Participação. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 54, n. 2, p. 213-228, abr./jun., 2001.

ROSSLER, J. H. Construtivismo e alienação: as origens do poder de atração do ideário construtivista. In: DUARTE, N. **Sobre o construtivismo**. Campinas: SP: Autores Associados, 2000. p. 3-22.

SANTOS, B. S. Dilemas do nosso tempo: globalização, multiculturalismo e conhecimento. **Educação e realidade**. Porto Alegre, n. 1, p. 13-32, jan./jul., 2001.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SAUPE, R; GEIB, L. T. C. O processo de construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 3, n. 2, jul./dez., 2001. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista.html>. Acesso em: out. 2004.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 31. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1997a.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica**: primeiras aproximações. 6. ed. Campinas – São Paulo: Autores Associados, 1997b.

SCHAFF, A. **História e verdade**. Tradução de Maria Paula Duarte; Revisão Carlos Roberto F. Nogueira. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

SCHÖN, D. A. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SEGNINI, L. R. P. Educação e trabalho: uma relação tão necessária quanto insuficiente. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, n. 14, v. 2, p. 72-81, 2000.

SENA, R. R. Incentivo às mudanças na formação em enfermagem: contextos e perspectivas – as experiências da Rede Unida. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6., 2002, Teresina. Educação e mudanças: discutindo os contextos, textos e lições propostas: **Anais**. Teresina: Associação Brasileira de Enfermagem. p. 53-63, 2002.

SENA, R. R. Projeto pedagógico na graduação em enfermagem: possibilidades e desafios. In: : SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 4., 2000, Fortaleza. Enfermagem: estratégias e perspectivas político-pedagógicas. **Anais**. Associação Brasileira de Enfermagem, p. 77-86, 2000.

SGUISSARDI, V. O desafio da educação superior no Brasil: quais são as perspectivas?. In: SGUISSARDI, V. (Org.). **Educação superior**: velhos e novos desafios. São Paulo: Xamã, 2000. p. 9-46.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA JR, J. R.; SGUISSARDI, V. **Novas faces da educação superior no Brasil**: reforma do Estado e mudanças na produção. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez: Bragança Paulista, SP: USF-IFAN, 2001.

SILVA, M. A. **Intervenção e consentimento**: a política educacional do Banco Mundial. Campinas, SP: Autores Associados: São Paulo: Fapesp, 2002.

SILVA, M. J.; ARAÚJO, M. F. M.; LEITÃO, G. C. M. A construção do projeto pedagógico: uma experiência coletiva. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília. DF, v. 56, n. 4, p. 374-377, jul./ago., 2003.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 2. ed. 5ª Reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

SOARES, L. T. Participação da enfermagem nas políticas sociais: a saúde e o combate à pobreza. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, p.13, abr./mai./jun., 2003.

SOARES, L. T. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

THOMPSON, E. P. **A miséria da teoria ou um planetário de erros**: uma crítica ao pensamento de Althusser. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

TIMÓTEO, R. P. S. LIBERALINO, F. N. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir de referências e diretrizes educacionais para a formação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 56, n. 4, p. 358-360, jul./ago., 2003.

TOMMASI; L.; WARDE, M. J.; HADDAD, S. (Orgs). **O Banco Mundial e as políticas educacionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

TORREZ, M. N. F. B. Avaliação de competências e o processo de ensino-aprendizagem na Educação Profissional. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 5., 2001, São Paulo.avaliação no contexto das Diretrizes Curriculares para a educação em enfermagem: prioridades, implicações e desafios. 2001a. (Mimeografado).

TORREZ, M. N. F. B. Sistema de certificação de competências PROFAE: bases conceituais. **Formação.** Ministério da Saúde**.** Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 2, p. 45-52, 2001b.

TRINDADE, H. As metáforas da crise: da "universidade em ruínas" às "universidades na penumbra" na América Latina. In: GENTILI, P. (Org.). **Universidades na penumbra**: neoliberalismo e reestruturação universitária. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-44.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALE, E. G. Discurso da presidente da ABEn – Diretoria Nacional. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 4., 2000, Fortaleza. Enfermagem: estratégias e perspectivas: **Anais**. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem. p. 35-36, 2000.

VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. S. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: empregos para os enfermeiros nas três últimas décadas. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília. DF, v. 54, n. 4, p. 623-629, out./dez., 2001.

VON BUETTNER, G. E. B. P. **Diretrizes curriculares em psicologia**: discursos de resistência. Campinas, SP, 2000. 256 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

DOCUMENTOS ANALISADOS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Comissão Permanente de Educação. Comissão de Especialistas de Enfermagem/SESu-MEC. **Sobre uma proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro**. Brasília, 1989. 31p. (Mimeografado).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Carta de Florianópolis. Documento final da reunião nacional de cursos e escolas de graduação em Enfermagem. Florianópolis/SC, 1999.

BRASIL. Lei Federal n. 9131 de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei Federal nº 4024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Edição extra, Brasília, DF, 25 nov. 1995. p. 19257.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Proposta de Diretrizes Curriculares para a Graduação em Enfermagem discutida na audiência pública em 26 de junho de 2001. Brasília, DF, 2001a. (Mimeografado)

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES nº3, de 7 de nov. 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção.1, p. 37. Disponível em: <www.mec.gov.br.>.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Parecer nº 108, de 07 de maio de 2003. Duração dos cursos presenciais de bacharelado. Brasília, DF, 07 mai. 2003. Disponível em: <www.mec.gov.br>.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Parecer nº 583, de 04 de abril de 2001. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, DF, 04 abr. 2001a. Disponível em: <www.mec.gov.br>.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Parecer nº 1133, de 07 de agosto de 2001. Brasília, DF, 07 ago. 2001b. Disponível em: <www.mec.gov.br>.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SECRETARIA DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. COMISSÃO DE ESPECIALISTAS DE ENSINO DE ENFERMAGEM. Segunda proposta de diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem. Brasília, DF, 17 out., 2000 out. 2000. (Mimeografado)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. DEPARTAMENTO DE POLÍTICA DE ENSINO SUPERIOR. COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES DE ESPECIALISTAS DE ENSINO. COMISSÃO DE

ESPECIALISTAS DO ENSINO DE ENFERMAGEM. Proposta de diretrizes curriculares da enfermagem apresentada em 1999. Brasília, DF, 1999. (Mimeografado)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO.CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Parecer nº 776, de 03 de dezembro de 1997. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, DF, 03 dez. 1997a. Disponível em: <www.mec.gov.br>.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. SECRETARIA DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. Edital n.º 4, de 10 de dezembro de 1997. Brasília, DF, 10 dez. 1997b. Disponível em: <www.mec.gov.br>.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Parecer 314, de 06 de abril de 1994. Brasília, DF, 06 de abr. 1994.

RIBEIRO, G. S., et al. **Legislação em enfermagem**: um guia para o profissional e estudante de enfermagem. João Pessoa, PB: Almeida Gráfica e Editora, 1996a. p.72-74: PORTARIA nº 1721, de 15 de dezembro de 1994.

RIBEIRO, G. S., et al. **Legislação em enfermagem**: um guia para o profissional e estudante de enfermagem. João Pessoa, PB: Almeida Gráfica e Editora, 1996b. p.75: PORTARIA nº 01, de 09 de janeiro de 1996.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6., 2002, Teresina. Educação e mudanças: discutindo os contextos, textos e lições propostas: **Anais**. Teresina: Associação Brasileira de Enfermagem, 2002.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 5., 2001, São Paulo. Avaliação no contexto das diretrizes curriculares para a educação em enfermagem: prioridades, implicações e desafios. **Anais**. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem, 2001.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 4., 2000, Fortaleza. Enfermagem: estratégias e perspectivas político-pedagógicas. **Anais**. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3., 1998, Rio de Janeiro. As diretrizes para a educação em enfermagem no contexto da LDB: **Relatório**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, 1998.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2., 1998, Florianópolis. **Anais**.Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1., 1994, Rio de Janeiro. Diretrizes para a educação em enfermagem: **Relatório**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, 1994.

ANEXO A – Resolução Nº 03, de 07 de novembro de 2001 – Institui as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO[*]
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "c", da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:
I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e
II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:
I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja

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

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

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

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

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

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

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

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

I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;

III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;

VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.
XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
XVII –identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
XIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;
XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
XXII –integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
XXV –planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;
XXIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;

XXX –participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;
XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e
XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

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

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;
II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se:

a) **Fundamentos de Enfermagem**: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;
b) **Assistência de Enfermagem**: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;
c) **Administração de Enfermagem**: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e
d) **Ensino de Enfermagem**: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

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

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

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

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

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

Art. 10 As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:
I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;
II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;
III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;
VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e
IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

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

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO B – Roteiro de Entrevistas com a comissão de especialistas do ensino de enfermagem da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação do período de 2000-2001

ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS MEMBROS DA COMISSÃO DE ESPECIALISTAS DE ENSINO DE ENFERMAGEM DE NÍVEL SUPERIOR NO BRASIL

Nesta primeira parte da entrevista pretendo elaborar algumas questões que não estão diretamente relacionadas com a temática diretrizes curriculares (processo acompanhado de perto pelas Comissões de Especialistas de Enfermagem - CEEEnf), mas que estão em relação com as transformações nos processos educativos da enfermagem brasileira, assim, gostaria que me oferecesse as informações que dispõe.

- No ano de 1987, é desencadeado um processo de discussão sobre as questões referentes ao ensino de enfermagem no Brasil que culminaram com a aprovação pelo então CFE do Parecer 314/94. Você poderia me falar quais os motivos que em sua opinião levaram ao desencadeamento dessa discussão e a elaboração da proposta aprovada? Porquê a enfermagem pensa, neste momento em reorientar a formação?
- Como foi o processo de discussão e aprovação do Parecer 314/94 e da Portaria 1721/94?
- Houve alguma divergência entre o que foi discutido pela enfermagem e o conteúdo aprovado na portaria? Se houve quais são, em sua opinião, as divergências entre a proposta discutida e a versão aprovada na Portaria 1721/94?
- Quais são em sua opinião, os motivos da aprovação do Parecer com alterações em seu conteúdo? Quais as questões dos "bastidores" da elaboração e aprovação do documento? Quais os fatos, acontecimentos, episódios que direcionaram as decisões em relação à aprovação da Portaria 1721/94?

Eu gostaria que você abordasse, a partir da sua experiência na comissão de especialistas de Enfermagem, todo o processo de construção da legislação educacional de enfermagem no nível superior, a partir do ano de 1999. (caso os elementos não se evidenciem na fala, serão elaboradas as seguintes questões à entrevistada):

- Quanto a escolha dos membros, como foi pensada a composição da comissão de especialistas de enfermagem que elaborou a primeira proposta de diretrizes curriculares em 1999?
- Como foi o processo de substituição da primeira comissão de especialistas de enfermagem pela segunda? O que desencadeou? Como foi pensada a composição desta nova comissão? Como aconteceu a sua escolha?
- Em 1999, a Enfermagem elaborou uma primeira versão de diretrizes curriculares que foi questionada pelo conjunto da categoria. A partir de então, houve a elaboração de uma segunda versão que tramitou em paralelo com a primeira. Em sua opinião, o que foi determinante para a aceitação por parte do Conselho Nacional de Educação de que a Enfermagem tivesse duas propostas tramitando e que fosse aceita e aprovada a segunda proposta? Alguma outra área teve este mesmo processo?
- Neste processo todo foi emitido o Parecer 583/2001, que parece secundarizar o modelo de enquadramento de 1997. Que condições foram responsáveis para o repensar das orientações para a formulação das diretrizes curriculares de maneira geral?
- Sobre a formulação das diretrizes pela segunda comissão de especialistas que foi enviada ou elaborada em outubro de 2000, aparecem alguns elementos até então não identificados nas propostas da enfermagem (na Carta de Florianópolis que é posteriormente ratificada no 4º Senaden), refiro-me especificamente ao item estrutura do curso em que aparece nos pontos 3 e 4 (p. 7) referências à necessidade de "implementação de uma metodologia do

processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender"; "Definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber (conteúdos); o saber fazer (atitudes/habilidades) e o saber conviver (competências), visando desenvolver o aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer que constituem aprendizagens indispensáveis". Quais as discussões que encaminharam para a inclusão destas "novas" terminologias no campo da enfermagem? E porquê?

- Qual a concepção/compreensão de competências que a comissão de especialistas de enfermagem discutiu como sendo a que representaria a utilização desta terminologia nas diretrizes curriculares da enfermagem?
- Quais as discussões que encaminharam para a definição do item competências gerais presente nas diretrizes da área da saúde?
- Na elaboração das diretrizes curriculares, há uma insistência em colocar a definição de "enfermeiro bacharel" porque esta insistência e porque esta denominação é excluída em alguns pontos no Parecer 1133/2001 e na Resolução 03/2001 do Conselho Nacional de Educação?
- No item tomada de decisões, nas competências gerais para a área da saúde, identificamos a inclusão de que a tomada de decisão deve ser baseada em evidências científicas. Quais as discussões para a inclusão deste aspecto? Ela está relacionada com a questão da perspectiva de atuação tendo como modelo a medicina baseada em evidências?
- Qual a posição do Conselho Nacional de Educação em relação à consideração da pesquisa como eixo integrador da formação. Qual foi o teor das discussões no Conselho Nacional de Educação a respeito desta questão?
- Qual foi o processo de tramitação da legislação a partir da elaboração final da segunda proposta de diretrizes encaminhada pela comissão?