



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Maria Regina Araujo Reicherte Pimentel

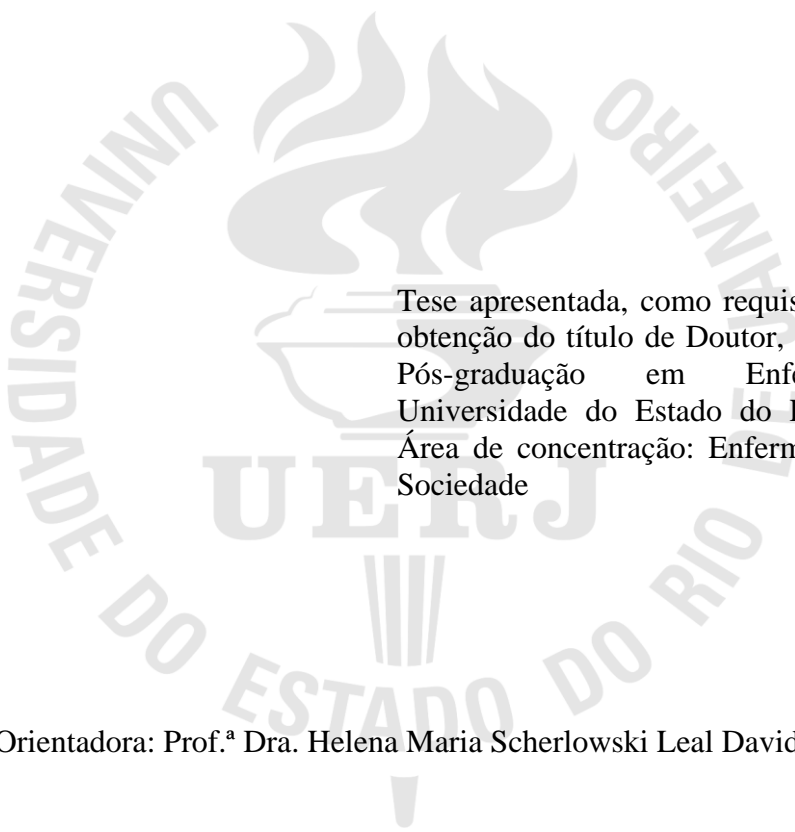
**Formação de enfermeiros para o trabalho em saúde: a proposta da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2016

Maria Regina Araujo Reicherte Pimentel

**Formação de enfermeiros para o trabalho em saúde: a proposta da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro**



Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-graduação em Enfermagem da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Área de concentração: Enfermagem, Saúde e
Sociedade

Orientadora: Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

P644 Pimentel, Maria Regina Araujo Reicherte.
Formação de enfermeiros para o trabalho em saúde: a proposta da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Maria Regina Araujo Reicherte
Pimentel. - 2016.
122 f.

Orientador: Helena Maria Scherlowski Leal David.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Educação em enfermagem. 2. Projeto político-pedagógico. 3.
Trabalho. 4. Currículo. 5. Política e educação. 6. Prática de ensino. I.
David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio
de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Maria Regina Araujo Reicherte Pimentel

**Formação de enfermeiros para o trabalho em saúde: a proposta da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-graduação em Enfermagem da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Área de concentração: Enfermagem, Saúde e
Sociedade

Aprovada em 04 de março de 2016.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Sonia Acioli de Oliveira
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Adriana Lemos Pereira
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Regina Helena Simões Barbosa
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese às acadêmicas e aos acadêmicos de Enfermagem da UERJ. Vocês me proporcionaram engrandecimento como enfermeira, como professora e como pessoa. Impossível nominá-las/os, pois em 20 anos de magistério, muitos foram os que debateram comigo ‘as questões’ que envolvem e sustentam a profissão e a saúde em nosso país, em suas diversas dimensões. Não foram somente vocês que ganharam como nossas conversas. Vocês muito me instigaram a caminhar, a buscar novas possibilidades e ampliar o meu conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A Ywerson Pimentel, marido, amigo e companheiro de momentos prazerosos e dos difíceis, que mais uma vez abriu mão de muitos períodos nossos de aconchego em prol de mais uma qualificação. As ocasiões de debates filosóficos sobre pequenas coisas do cotidiano com você sempre me ajudaram a crescer como pessoa.

Aos meus filhos, Ywerson e Melissa Pimentel, que sempre me impulsionaram a ver o mundo com olhos de educadora de futuros cidadãos. Os momentos de divisão de espaços, de tarefas, de carinhos, de conselhos e de debates foram essenciais no desenvolvimento de mais esta atividade. Allan Barros, você chegou no meio deste processo e ajudou em alguns momentos de desespero.

À minha mãe, exemplo de ser humano seguido por muitos, que mesmo sentindo muito minha ausência, principalmente nesta etapa tão dolorida para ela, sempre estimulou o meu crescimento profissional.

À minha orientadora Helena Maria Scherlowski Leal David pela paciência comigo nos entraves de construção e conclusão deste trabalho.

Às professoras Doutoras Regina Helena Simões Barbosa, Lígia de Oliveira Viana, Sonia Acioli de Oliveira e Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza pelas críticas construtivas que muito contribuíram para a finalização desta tese.

À Alba Lucia, Thelma, Maria Lelita e Elizabeth Rose, por todo o carinho com que me deram suporte no processo de construção do meu papel de pesquisadora e no impulsionamento para finalização desta etapa.

Às mais recentes colegas de profissão Reyna Pimenta e Mariana Schroeter pela ajuda operacional na finalização deste projeto. A admiração mútua ampliou o respeito mútuo.

À Prof^a emérita Nalva Pereira Caldas, pela disponibilidade em me conduzir no acesso aos documentos necessários para este trabalho nos diversos tipos de arquivos presentes no Centro de Memória que recebe seu nome.

À Rosemary e Eula Mirtes, companheiras da Secretaria de Estado de Saúde há anos, que fizeram de tudo e mais um pouquinho no processo de trabalho para que eu pudesse finalizar mais esta etapa. Nossas conversas, debates, ‘consultas aos universitários’ foram de valia para ambas as partes.

Aos familiares e amigos que, em muitos momentos de encontros, entenderam minha ausência, a pouca permanência ou a permanência-ausência.

Às monitoras de educação em enfermagem, de pesquisa em enfermagem, dos projetos de extensão e de estágio interno complementar, às acadêmicas orientadas por mim em suas monografias, pela vontade de crescer nos diversos aspectos da formação – na atenção à saúde, na pesquisa, no ensino-, me instigando a ampliar conhecimentos, a pesquisar, a me aprimorar.

Aos meus colegas de trabalho técnico na Secretaria de Estado de Saúde e técnico-docente da UERJ, pois nossas conversas, nossas ‘reuniões’, nossos encontros sempre permitiram reflexão sobre o nosso fazer cotidiano em saúde e educação.

Aos funcionários administrativos da Faculdade de Enfermagem UERJ, seja da Graduação, da Pós-graduação, da secretaria dos departamentos, do Centro de Memória Prof^a Nalva Pereira Caldas, efetivos e contratados, com carinho e competência, vocês me apoiaram neste processo; demos ótimas gargalhadas.

Aos funcionários administrativos do Centro de Apoio à Gestão da Vigilância da Saúde/SVS/SES/RJ, por todo o carinho e respeito com que sempre me trataram desde minha chegada ao setor.

À bibliotecária Diana pela paciência nas revisões e aos administrativos da Biblioteca CB/B pelo apoio nas solicitações.

Aos meus colegas de turma que me ajudaram no caminhar desta empreitada, cada um ao seu jeito.

A Deus, que une tudo e todos, por atender as preces de fé sem cobranças, mesmo com as batalhas impostas.

Exaltação de Aninha (o professor)

[...]

Meu jovem Professor, quem mais ensina e quem mais aprende?

O professor ou o aluno?

De quem maior responsabilidade na classe,
do professor ou do aluno?

Professor, sê um mestre. Há uma diferença sutil
entre este e aquele.

Este leciona e vai prestes a outros afazeres.

Aquele mestreia e ajuda seus discípulos.

O professor tem uma tabela a que se apega.

O mestre excede a qualquer tabela e é sempre um mestre.

Feliz é o professor que aprende ensinando.

[...]

RESUMO

PIMENTEL, Maria Regina Araujo Reicherte. **Formação de enfermeiros para o trabalho em saúde: a proposta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. 2016. 122 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Estudo cujo objeto é a perspectiva de trabalho presente na formação de enfermeiros. Teve como objetivos: (a) identificar o referencial teórico sobre trabalho adotado no PPP da ENF/UERJ; (b) analisar a concepção sobre trabalho abordada no currículo da ENF/UERJ; e, (c) analisar se os conteúdos sobre o mundo do trabalho em saúde ensinados na ENF/UERJ são base para o enfrentamento nas relações de trabalho no setor saúde na atualidade. Pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, do tipo pesquisa documental, foi desenvolvida em Instituição do Ensino Superior localizada no município do Rio de Janeiro. Foram selecionados e analisados 330 documentos compostos por Projeto Político Pedagógico da instituição, ementas das subáreas e planos de ensino. O instrumento de coleta de dados foi formulário próprio com aspectos que atendiam a pesquisa. A técnica utilizada para tratamento dos dados coletados foi análise temática, sendo o resultado interpretado com base nas categorias do materialismo histórico dialético, que fez emergir as seguintes categorias: (a) Referencial teórico sobre trabalho. Identificou-se a inexistência de descrição de referencial sobre trabalho no Projeto político pedagógico, depreendendo que no momento histórico de construção deste os autores envolvidos lutavam por questões trabalhistas como assunto cotidiano do seu trabalho, não sendo descrito a perspectiva de trabalho no projeto. (b) Concepções sobre trabalho. Evidenciou-se duas correntes: a (i) concepção marxista, que tangencia os programas de oito subáreas, compreendendo o trabalho como produção social e um dos determinantes do processo saúde-doença e a (ii) concepção gerencialista, que é base da discussão da subárea de administração, que é uma reação à perspectiva marxista de trabalho e atribui menor centralidade ao trabalho, identificando-o como mercadoria, vinculado ao consumo. Esse conflito conceitual tem como principais determinantes as mudanças estruturais que vêm acontecendo na saúde e no mundo do trabalho, em decorrência do avanço da doutrina neoliberal. Essas mudanças repercutiram no processo de seleção e organização dos conteúdos na subárea referente à administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem que foram modificados conforme a mudança de professores na subárea. Tais alterações no programa não foram captadas pela descontinuidade do processo de avaliação da execução da proposta pedagógica. Concluiu-se que há necessidade de rever os conteúdos sobre trabalho presentes na formação, não só na subárea específica sobre administração, mas em outras subáreas em que possam abranger a perspectiva mais sociológica que envolve o tema, conforme a perspectiva de um currículo integrado. O futuro egresso terá mais base para enfrentamento do mundo do trabalho em saúde, ao compreender as questões sociológicas, ideológicas e políticas que envolvem este campo.

Palavras-chave: Educação em enfermagem. Trabalho. Projeto Político Pedagógico. Currículo.

ABSTRACT

PIMENTEL, Maria Regina Araujo Reicherte. **Nurses' training for health work: the Universidade do Estado do Rio de Janeiro proposal**. 2016. 122 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Study whose purpose is the work perspective presented in nurses' training. It has as objective: (a) to identify the theoretical concepts about the work adopted in ENF/UERJ PPP; (b) to analyze the conception about work approached in ENF/UERJ curriculum; and, (c) to analyze if the contents about the health work field taught in ENF/UERJ are the basis for acting in the work relations in the health sector today. The research is qualitative, and exploratory, as a documentary research, and it was developed in a college institutions located in municipality of Rio de Janeiro. Three hundred and thirty documents, including Political Pedagogical Project of institution, summaries of subareas and education plans, were selected and analyzed. The data collection instrument was a specific form with features from the research. The technique used for treatment of collected data was thematic analysis, and the result was interpreted based on the categories of dialectical historical materialism, which made emerge the following categories: (a) theoretical concepts about work. It was identified the nonexistence of referential description about work in the Political Pedagogical Project, inferring that, at the historical moment of the project creation, authors involved fought for labor issues as daily job, and the work perspective on the project has not been descrided. (b) Conceptions about work: Two currents became evident: the (i) Marxist conception, which touches eight subareas programs, including work as a social production and one of the determinants of the health-disease process, and (ii) managerial conception, which is the basis of the sub area "management" discussion, which is a reaction to the Marxist perspective of work and assigns less centrality to work, identifying it as a commodity, linked to consumption. This conceptual conflict has as main determinants the structural changes which are happening in health and work field, due to the advance of the neoliberal doctrine. These changes have affected the process of selection and organization of content on the subarea related to the management of the work process and nursing care that have been modified according to changing teachers in subarea. These changes in the program were not captured by the discontinuity of the evaluation process of the implementation of the pedagogical proposal. It is concluded that there is necessary to review the content of work present in the formation, not only in the specific subarea of administration, but in other subareas in which they can cover more sociological perspective that involves the subject, considering the perspective of an integrated curriculum. The future graduated will have more basis to deal with the health work field, to comprehend sociological, ideological and political question surrounding this field.

Keyword: Nursing education. Work. Political Pedagogical Project. Curriculum.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CES	Câmara da Educação Superior
CF	Constituição Federal
CFE	Conselho Federal de Educação
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza Financeira
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNE	Conselho Nacional da Educação
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC	Emenda Constitucional
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENF/UERJ	Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LOS	Lei Orgânica da Saúde
ME	Ministério da Educação
MEC	Ministério da Educação e do Desporto
MHD	Materialismo Histórico Dialético
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PIB	Produto Interno Bruto
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROINICIAR	Programa de Iniciação Acadêmica
PSF/ESF	Programa de Saúde da Família/Estratégia de Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SENADEn	Seminário Nacional de Diretrizes e bases da Educação em Enfermagem
SESu	Secretaria de Ensino Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTEXTO E CENÁRIO PARA A FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS/OS.....	18
1.1	As bases da ideia e da proposta de elaboração de uma política de saúde na construção de um Estado brasileiro democrático.....	19
1.2	A efetivação da política de saúde no Brasil: o processo que cada vez mais se distancia da proposta/projeto.....	26
2	A EXPRESSÃO DO CAPITAL POR MEIO DO TRABALHO EM SAÚDE/ENFERMAGEM: ESSÊNCIA PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA.....	37
2.1	Trabalho: de necessidade humana às condições de sobrevivência no capitalismo.....	38
2.2	A reestruturação do capitalismo e o mundo do trabalho.....	42
2.3	O trabalho no setor saúde: repercussões do capitalismo.....	44
2.3.1	<u>O trabalho em enfermagem.....</u>	48
3	A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO PRODUTIVO	54
3.1	A formação profissional do enfermeiro no Brasil: perspectivas.....	54
3.2	A formação do enfermeiro pela Faculdade de Enfermagem da UERJ	66
4	MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALETICO COMO REFERENCIAL TEORICO-METODOLÓGICO NA ABORDAGEM DO OBJETO DE PESQUISA.....	74
4.1	Materialismo histórico dialético: pressupostos, categorias e leis.....	75
4.2	Tipo de estudo.....	79
4.3	Cenário do estudo.....	80
4.4	Procedimentos e técnicas de coleta de dados.....	81
4.5	Análise dos dados.....	83
5	A APARÊNCIA E A ESSÊNCIA DA CATEGORIA TRABALHO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	85
5.1	Categoria 1 - Referencial teórico sobre trabalho.....	85
5.2	Categoria 2 - Concepções sobre trabalho.....	91
5.2.1	<u>Concepção gerencialista.....</u>	91

5.2.2	<u>Concepção marxista</u>	93
	CONSIDERAÇÕES TRANSITÓRIAS	101
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE – Instrumento de coleta de dados.....	120
	ANEXO A - Estrutura Curricular da ENF/UERJ.....	121
	ANEXO B - Carta de autorização de realização da pesquisa.....	122

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O tema formação em enfermagem tornou-se de meu interesse a partir do momento em que iniciei a docência como professora de curso técnico em enfermagem. Muitos questionamentos quanto a seleção e organização de conteúdos teórico e prático, sobre metodologia de ensino e didática surgiram neste processo, fazendo com que buscasse um curso de licenciatura em 1994. Neste, muitos outros questionamentos surgiram relativos a finalidade da formação deste trabalhador em contraposição à formação do enfermeiro. Durante este meu processo de formação, a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ) vivia um movimento de debate interno de análise institucional, como preparação para revisão da formação de enfermeiros que realizava.

Naquele momento de estudante de licenciatura, fui convidada a compor a comissão instituída para revisão da proposta curricular como egressa da instituição, cuja duração foi de um ano. Após aprovação pelo corpo social da unidade da proposta elaborada e encaminhamento ao órgão de ensino superior da Universidade, tornei-me docente da unidade por meio de concurso. Desde então, venho participando da comissão de acompanhamento da execução da proposta curricular com ausência em um breve período. Esta vivência de monitoramento e avaliação da implementação do Projeto Político Pedagógico tem sido muito rica, pelos processos de ação-reflexão-ação que provoca, incitando outros questionamentos. Dentre estes, surge o objeto desta tese que é a perspectiva de trabalho presente na formação de enfermeiros da ENF/UERJ.

O projeto pedagógico da ENF/UERJ se propõe formar enfermeiros que compreendam as necessidades de saúde da população a ser atendida no Sistema Único de Saúde (SUS). Busca desenvolver a capacidade de intervir no processo saúde-doença, a partir da compreensão das relações entre este e os modos de viver, permeados pelo trabalho nas quais as pessoas estão inseridas, visando o diagnóstico de enfermagem e a proposição de soluções para os problemas de saúde (UERJ, 2005).

Esta proposta, implantada em 1996, foi monitorada pela Comissão de Acompanhamento instituída por meio de reuniões de professores e de seminários de avaliação amplos, compostos por professores, estudantes e membros da comissão, de forma sistemática, até 2004. Neste ano foi realizada a última revisão do Projeto Político Pedagógico, atendendo ao processo de avaliação das Instituições de Ensino Superior, versão que permanece até hoje (UERJ, 2005).

Onze anos depois desta última revisão, diversas mudanças aconteceram, e ainda acontecem, no contexto social brasileiro (na saúde, no mundo do trabalho, na educação), gerando questionamentos sobre a pertinência dos princípios que sustentam a construção do projeto pedagógico da Faculdade, o que justifica esta pesquisa.

Este projeto tem como base o debate vivenciado sobre a saúde no Brasil, a partir do final dos anos de 1970, no seio da luta pelo processo de redemocratização do país. Nesse âmbito, movimentos sociais e de profissionais de saúde pleiteavam por acesso amplo a ações e serviços de saúde, entendendo saúde como direito de todo ser humano. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde essas lutas encontraram eco, pela apresentação das bases ideológicas definidoras de uma política de saúde integrada, por meio de uma ampla reforma sanitária, em que se buscou redefinição do modelo de atenção a saúde e de formação dos profissionais de saúde. A proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) vigente encontra-se pautado na visão de que o processo saúde-doença encontra-se vinculado às políticas econômicas e sociais (PAIM, 2015).

Como parte desses debates, um grupo de enfermeiras iniciou um processo de discussão interna à categoria, a partir de uma perspectiva crítica, em que se buscava ampliar o olhar sobre o papel desenvolvido nos espaços de trabalho, os campos de atuação e, sobretudo, a composição da categoria. Essas contribuições tornaram-se frutos de vários estudos no âmbito da pós-graduação em saúde/enfermagem, mantendo vivo o debate. Tal posição coletiva advinha da elaboração de um projeto ético-político para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem frente a necessidade de debater a posição da profissão na conjuntura política que se desenhava para o futuro. Essa ótica de perceber a realidade de trabalho da enfermagem brasileira repercutiu em outro espaço – o da formação (GERMANO, 1985; MELO, 1986).

O processo formativo do enfermeiro tornou-se tema de seminários regionais e nacionais promovidos pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e suas seções, com participação das instituições formadoras e do Sistema Conselho Federal de Enfermagem/Conselhos Regionais de Enfermagem (COFEn/COREn). Esse amplo debate, para elaboração de uma política de formação na perspectiva crítica, contemplava a busca pela superação da visão biologicista da saúde e conseqüente fragmentação no cuidar humano, que se encontrava voltado para o aspecto curativo. Contemplava também o papel da enfermagem na equipe de saúde (ALBUQUERQUE; PIRES, 2006; GERMANO, 2003).

A repercussão desse movimento foi o encaminhamento de documento com proposta para constituição de novo currículo, pela ABEn, ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), no ano de 1991. Esta proposta tinha como base uma perspectiva crítica da saúde, da educação,

e do papel social do enfermeiro, que se caracterizava como contra-hegemônica aos modelos vigentes. Infelizmente, as proposições foram contempladas parcialmente na legislação de currículo mínimo para o ensino superior da enfermagem, publicada em 1994, pois não incluiu educação em enfermagem (GERMANO, 2003).

A instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), dois anos após, teve como referência a preconização da formação por competência cuja filosofia se aproxima da tríade competência-qualificação-adaptabilidade ao mundo do trabalho. Esta era uma demanda do projeto neoliberal de sociedade no que diz respeito ao mercado de trabalho, que foi retomado no governo do presidente Fernando Collor de Melo, a partir de 1990 (PAIM, 2008; PEREIRA; LAGES, 2013). Apesar desta perspectiva de formação, a categoria manteve a luta pelos princípios da proposta encaminhada anteriormente, sendo atendida nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do Enfermeiro, publicada pelo Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001).

Compreende-se neoliberalismo como uma doutrina aplicada à economia com vistas à redução da regulação do capital pelo Estado e nas relações extranacionais e das concessões de direitos aos trabalhadores, com estímulo a livre concorrência no mercado de trabalho. Este mercado se apresenta como uma relação entre empregado e empregador, não de forma direta como na visão clássica da economia, mas de forma flexível de acordo com a volatilidade da demanda e da oferta (PAULANI, 2008; OLIVEIRA; PUCCININI, 2011).

É no contexto dessa luta que me encontro - entre a formação de um enfermeiro crítico que a sociedade necessita e a realidade do mundo do trabalho na saúde impregnado pela ideologia neoliberal -, a qual passei a indagar, que fui delimitando as seguintes questões norteadoras:

- a) Qual o referencial teórico sobre trabalho que a ENF/UERJ adota em seu PPP?
- b) Que concepção sobre trabalho está presente na formação de enfermeiros pela ENF/UERJ?
- c) A formação adotada oferece base para o enfrentamento das questões relativas ao mundo do trabalho em saúde impostas na atualidade?

A reestruturação do mundo do trabalho vem acontecendo há três décadas, disfarçando os discursos ideológico, econômico e político para a sociedade, conforme o interesse da classe dominante, já que o projeto de sociedade de divisão de classes não foi alterado. A reconfiguração do contexto atual fortalece mais ainda os empregadores, pela proposta de flexibilização do processo de trabalho, ampliação do uso da tecnologia, entre outros,

apresentando como consequências diminuição do contingente de trabalhadores e desregulamentação do trabalho (ANTUNES, 2012; TUMOLO, 2003).

Em divulgação dos resultados iniciais da pesquisa sobre o perfil da enfermagem realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), solicitada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), identificou-se que a enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) compõem em torno de 50% da força de trabalho em saúde, com um total de três milhões e 500 mil trabalhadores. Destes, 20% são enfermeiros e sua maioria (53,9%) se encontra trabalhando na região sudeste do país. A pesquisa revelou que 85% da categoria é composta por mulheres, que a remuneração dos trabalhadores é em torno de dois salários mínimos, que o setor público e o privado absorvem a maioria dos trabalhadores (59,3% e 31,8%, respectivamente), que os salários são baixos e já apresenta situação de desemprego aberto (FIOCRUZ, 2015). Esses resultados iniciais, já apontam mudanças na realidade do mundo do trabalho, o que demanda situações para o processo formativo.

Além de repercutir no trabalho em saúde/ enfermagem, a reestruturação do mundo do trabalho também vem influenciando o trabalho educativo, promovendo barreiras nestes dois campos reconhecidos como práticas sociais. Por isso, torna-se importante manter o alerta e acompanhar se este projeto de formação da ENF/UERJ, reconhecido como contra-hegemônico, tem mantido suas características, fornecendo uma visão ampla do contexto social aos seus futuros egressos.

Visando responder as questões apresentadas, os seguintes objetivos foram definidos:

- a) Identificar o referencial teórico sobre trabalho adotado no PPP da ENF/UERJ;
- b) Analisar a concepção sobre trabalho abordada no currículo da ENF/UERJ;
- c) Analisar se os conteúdos sobre o mundo do trabalho em saúde ensinados na ENF/UERJ são base para o enfrentamento nas relações de trabalho no setor saúde na atualidade.

Este estudo tem como pressupostos, que as atuais configurações do mundo do trabalho apresentam-se como realidade não imediatamente compreensível, sendo necessário serem desveladas e problematizadas e de que o processo de formação não tem conseguido apresentar esta realidade.

A análise sistemática de contradições e conflitos entre o planejado e executado no processo formativo permite refletir sobre as manutenções e/ou mudanças necessárias como parte do movimento dialético que a instituição se propôs construir. O entendimento sobre os princípios de base da categoria trabalho e as mudanças impostas pela doutrina neoliberal, com repercussões no trabalho em saúde é relevante à medida que expõe a visão restrita que a

profissão ainda tem sobre o assunto em decorrência de abordagem insípida na formação do enfermeiro.

Dessa forma, as contribuições desse estudo estão em refletir sobre os princípios relacionados ao mundo do trabalho, as mudanças que surgiram com a inserção da doutrina do neoliberalismo no Brasil e sua repercussão na área da saúde como base para a formação de futuros enfermeiros; em subsidiar os enfermeiros que atuam no desenvolvimento do cuidado sobre as práticas necessárias para gestão e realização de um trabalho mais autônomo, com resguarda de seus direitos trabalhistas; e, em ampliar o quantitativo de pesquisa sobre a formação e o mundo do trabalho em saúde/enfermagem, com base na perspectiva crítica, como expressão da realidade vivida.

A construção dos fundamentos deste estudo partiu da análise das bases da ideia e da proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) em seus aspectos filosóficos, ideológicos, políticos e sociológicos, relacionando, os princípios doutrinários e organizativos do SUS, às políticas públicas de proteção social como papel do Estado. Apresento também o processo de implantação do projeto aprovado na Constituição e as relações politico-ideológicas que o vem modificando até o momento atual, vinculadas à doutrina do neoliberalismo.

A seguir, abordo o trabalho como necessidade humana e os aspectos que o envolvem com o advento do capitalismo e o impacto da reconfiguração do mundo do trabalho na sociedade a partir da reestruturação do capitalismo, com base no neoliberalismo. Discorro sobre o trabalho em saúde e em enfermagem e as repercussões desta reestruturação neste campo e nesta profissão.

Por fim apresento a formação de enfermeiros com destaque para a especificidade da formação no Brasil e sua relação com o processo produtivo e como a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ) se insere neste contexto histórico da Enfermagem no Brasil.

Por ser uma análise de uma prática social, historicamente construída, sua interpretação foi feita com base nos pressupostos, categorias e leis do materialismo histórico dialético.

1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTEXTO E CENÁRIO PARA A FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS/OS

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco na política de saúde no Brasil, tornando sua discussão essencial no processo de formação dos profissionais de saúde, nos diferentes níveis de formação e de espaço de trabalho.

Mediante a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) referentes aos diversos cursos de saúde, como parte da regulamentação da atual lei de educação, este tema se tornou obrigatório no processo formativo. Nestas diretrizes, o SUS é apresentado como espaço de desenvolvimento de concepções e práticas de saúde e do cuidado em enfermagem (BRASIL, 2001). Tal opção foi decisão política da categoria de enfermagem, defendida em espaços de encontros coletivos nacionais nos anos de 1980 (ALBUQUERQUE; PIRES, 2006).

Apontado como contexto para o entendimento sobre saúde nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Enfermagem, o SUS também é cenário de formação. São nos equipamentos de saúde, nos espaços de gestão e de participação social, componentes de sua estrutura, que atividades de ensino-aprendizagem devem ser desenvolvidas, visando aproximar os acadêmicos da realidade social e, especificamente, do trabalho em saúde (BRASIL, 1990).

O entendimento sobre este contexto e cenário não deve ser limitado somente às diretrizes normativas e organizacionais do sistema. Importa para professores e acadêmicos, futuros profissionais de saúde, compreender também a complexidade dos aspectos ideológico, político e social sobre os quais esse projeto está pautado. A relevância deste conhecimento se apresenta pelas mudanças que vêm ocorrendo na atual conjuntura em todas as esferas da sociedade (econômica, política, social, cultural), pois têm repercutido na política de saúde em nosso país por meio de legislações que estabelecem a relação público-privado, que modificam as relações e os modos de trabalho e que reduzem o financiamento do setor saúde.

Mas que aspectos são importantes de serem analisados no processo de desenvolvimento da ideia de reforma sanitária? O que diferencia o projeto aprovado da ideia inicial? Que questões surgem com os ajustes macroeconômicos que vem sendo desenvolvidos após a década de 1990? Que repercussões estes ajustes têm produzido no processo de condução da política de saúde no Brasil tendo como referencia a proposta inicial?

Procurando respostas a tais questões pertinentes no contexto de saúde e de formação para atuação no setor, dividi este capítulo em duas partes. Na primeira, recupero as bases da

ideia e da proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) em seus aspectos filosóficos, ideológicos, políticos e sociológicos, relacionando os princípios doutrinários e organizativos do SUS às políticas públicas de proteção social como papel do Estado. Logo após, apresento o processo de implantação do projeto aprovado na Constituição e as relações politico-ideológicas que vem o modificando até o momento atual.

1.1 As bases da ideia e da proposta de elaboração de uma política de saúde na construção de um Estado brasileiro democrático

Na iminência de completar a terceira década de existência, conceitos e aspectos que compõem o sistema de saúde no Brasil vêm sendo questionados e conduzidos para outros sentidos. Legislações sobre contratação trabalhista, organização de empresa pública, financiamento da saúde, entre outras, têm impactado no acesso da população ao atendimento em saúde, frente à doutrina econômica que se expande no Brasil, apesar da ampliação das unidades básicas de saúde (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Em relação ao processo de trabalho e de formação em saúde, a forma de empregabilidade, o valor do salário e a contemplação dos direitos trabalhistas têm sido estudados a partir da análise da expansão de cursos, das dificuldades nos cenários para estágio, das condições de trabalho precárias entre outros, como repercussões da implantação desta doutrina (BARALDI et al., 2009; FERNANDES et al., 2013; SILVA, 2013).

Tais questões caracterizam-se como paradoxo, pois representam a transfiguração das propostas de um governo democrático popular em projeto neoliberal. Na saúde, tem-se observado que os governos pós Constituição Federal em vigor não vêm incorporando a ideia da Reforma Sanitária Brasileira como projeto de governo, o que vem gerando novos desafios para a consolidação do SUS “enquanto sistema de saúde público, universal, igualitário, integral e de qualidade” (PAIM, 2013, p.1934).

Para melhor compreender os fundamentos e características dessa ideia, como base para uma política pública para atender as necessidades de saúde da população brasileira, Cohn (2007) alerta ser indispensável o estudo da dimensão política, que envolve a formação da sociedade brasileira e o papel do Estado em sua configuração. Inicialmente, ressalta-se que este papel é uma concessão da sociedade com o propósito de preservação da segurança dos

cidadãos por meio da manutenção da ordem social, de provimento das condições de reprodução social e desenvolvimento, adequados ao bem geral e ao interesse público.

É neste espaço, *locus* da dimensão do exercício do poder, que escolhas são priorizadas, a partir da disputa entre interesses individuais e de grupos ou de determinados segmentos da sociedade, pautadas em uma visão de curto prazo, como também, de interesses gerais em visão de médio ou longo prazos, definindo-se diretrizes de ação e de organização setorial. Por outro lado, existem grupos sociais e/ou econômicos que podem defender uma prioridade, traduzida como principal política de governo, em conflito com a maior parte da sociedade, que vislumbra outra prioridade, definindo-se aqui um confronto entre a dimensão política e a técnica (COHN, 2007).

Observa-se que o Estado vem escolhendo a preservação das ideias da classe dirigente, que o sustenta para manutenção de seu domínio, em detrimento da sociedade em geral. Para isso, este Estado, desenvolve um papel de ‘educador do nível de civilização e cidadania’, por meio da difusão de costumes e atitudes e desaparecimento de outros. Esse é um processo de regulação, que utiliza como principal instrumento, o Direito, que serve ao propósito da coerção e repressão jurídica ao comportamento inadequado relativo aos interesses dominantes (COHN, 2007; HERNANDEZ, 2008; PAULANI, 2008).

A homogeneização cultural, étnica, linguística e religiosa conforma o Estado nacional, com o assentimento da população, em todo um território, tornando a relação Estado e sociedade civil mais sólida. A partir destes elementos, define-se o Estado como laico, em relação à religião, e abstencionista, na esfera econômica, sendo conhecido como Estado de direito. Comum no Ocidente, este tipo de Estado gera um processo de representação na esfera política, em que os sujeitos políticos passam a ser grupos organizados (os partidos), com filosofias políticas próprias (HERNANDEZ, 2008).

À luz das teorias de mudança social, Paim (2008) sistematizou aspectos da conjuntura de sociedade brasileira e de Estado no Brasil, que revelou o pensamento social no que tange a construção histórica quanto à cultura e à economia. A importância destes elementos está no modo como repercutiram no pensamento sobre a saúde no país e como trouxeram desafios e possibilidades para uma reforma sanitária.

A sociedade brasileira, no que diz respeito ao aspecto cultural, foi sendo constituída por transplante da cultura europeia, que se modifica com a repercussão do capitalismo burguês no mundo. A partir da segunda metade do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, presenciou-se expansão de uma cultura identificada como ‘mais nacional’, mas ainda sob forte influência de outra - a estadunidense -, que estimula a implantação de uma

cultura de massa em oposição à cultura burguesa, sob atuação de organismos¹ de controle deste processo (PAIM, 2008, grifo meu).

Em relação à economia, a sociedade burguesa no Brasil foi formada tardiamente, a partir da proclamação da Independência, conformando a sociedade de classes, após superação do colonialismo, influenciado pelo Estado liberal português. Na verdade, a perspectiva de revolução foi marcada por uma economia colonial, periférica e dependente, cujos agentes históricos foram os fazendeiros do café e os imigrantes e não o povo. Tal adequação repercutiu no poder político do início do século XX, que ainda era exercido pelos senhorios, marcando uma influência mais sociocultural do que econômica. O Estado brasileiro demarcou, assim, seu papel para além da dimensão jurídica, atuando como a própria organização de classes (BRASIL, 2005; PAIM, 2008).

A expansão do capitalismo no Brasil aconteceu com ação intervencionista direta do Estado na esfera econômica, como aponta este mesmo autor. Os recrudescimentos da dominação externa, da desigualdade social e do subdesenvolvimento, acrescido de um capitalismo monopolista, intensificaram a dominação burguesa. A propagação de um modelo autoritário burguês impregnado pela atuação militar e tecnocrática e de um Estado particular e doméstico, com hegemonia de seus aparelhos, foram características marcantes do Estado Brasileiro desde a proclamação da República. As prioridades estabelecidas pelo Estado brasileiro, desde o período da colonização, expressam sua responsabilidade com a burguesia e sua autoridade com o proletariado e os pobres, demarcando a dimensão política adotada (BRASIL, 2005; HERNANDEZ, 2008; PAIM, 2008).

Enfatiza-se aqui, que a pobreza da população está relacionada ao modo de produção social e, no período do feudalismo, era entendida como algo natural, individual e moral associada à preguiça e à incapacidade dos indivíduos. A igreja e a nobreza tratavam-na por meio de atos de caridade, filantropia, assistencialismo, que visavam ajudar os indivíduos categorizados como em estado de indigência, em degradação moral, pertencentes às ‘classes perigosas’ e com doenças. Nesta época, o Estado já classificava estas pessoas como ameaçadoras à ordem instituída e à harmonia social, e como forma de mantê-las distantes do convívio social, desenvolviam ações de repressão e de controle aos incapazes (LOBATO, 2012, grifo da autora).

¹ Banco Internacional para a Reestruturação e Desenvolvimento (BIRD); Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); *Agency for International Development* (AID); Fundo Monetário Internacional (FMI); Organização dos Estados Americanos (OEA); e, fundações Ford, Kellog e Rockefeller.

O advento do capitalismo industrial aumentou a prosperidade burguesa, ao mesmo tempo em que evidenciou e ampliou a pobreza nos grandes centros. Contrários à ideia de ajuda do Estado à população pauperizada, os capitalistas advogavam que o mercado promoveria uma autorregulação social, gerando integração de todos por meio do trabalho e da opção individual da venda de força de trabalho (mesmo sob condições de exploração). Observou-se com o decorrer do tempo a inexistência de trabalho para todos. Concomitantemente, as condições para realização deste apresentavam-se cada vez mais precárias, tornando inviáveis as promessas liberais do mercado de superar a pobreza (LOBATO, 2012).

No auge da industrialização, a pobreza absoluta prevaleceu, tornando-se uma questão social de caráter coletivo. Com a constituição da classe operária oriunda das relações sociais capitalistas, a pauperização passou a ser tema e expressão de luta de classe. Foi no século XIX, que o Estado, contrariando o mercado capitalista, interviu com a criação de legislações e ações, na perspectiva de proteger a força de trabalho e alguns grupos sociais da extrema pobreza (LOBATO, 2012; PAIM, 2013).

Logo, as políticas sociais foram oriundas de intervenção estatal, cujo propósito ainda é “a garantia pública do acesso universal a bens e serviços essenciais à dignidade humana, não garantidos pelo mercado” (SANTOS, 2010, p.5). Entendidas como proteção social, são ampliadas a toda coletividade, não se restringindo aos pobres, cobrindo campos como saúde, educação, segurança pública, previdência social, transporte coletivo, habitação, cultura e outros direitos humanos, visando amenizar as desigualdades geradas na sociedade moderna pelo capitalismo.

Essas políticas são um grande avanço “do ponto de vista da construção da cidadania e da efetivação de direitos sociais” (LOBATO, 2012, p.16), por garantir vida digna ao cidadão, a partir da participação deste na divisão da riqueza produzida por toda sociedade. Mantêm o caráter universalista de provimento dos direitos civis, políticos e sociais, que garantem a cidadania, demonstrando integração entre as mesmas (LOBATO, 2012; PAIM, 2013; SANTOS, 2010; VIANNA, 2009a).

Não vou descrever a história da saúde no Brasil, já foi contada por muitos. Destaco que, independente do momento histórico, ela foi influenciada pelo capitalismo e marcada pela ausência de uma política com base na proteção social. Caracterizou-se pela focalização do atendimento em saúde, pois o acesso às unidades federais de saúde estava vinculado à contribuição da previdência. Aqueles que não realizavam essa contribuição, seja pelo desemprego, seja por exercer trabalho não formal, recorriam às unidades de saúde estaduais e

municipais, cujo atendimento não era efetivo. Essa face já apontava também para a iniquidade do acesso, pois, diversas ocupações não possuíam reconhecimento pelas leis trabalhistas, não sendo contempladas por direitos sociais (BRASIL, 2005).

Antes da promulgação da atual Constituição, no período mais próximo do movimento pela reforma sanitária em plena ditadura militar, a organização do setor saúde no território nacional era centralizado no Governo Federal, partilhado em dois ministérios. A assistência clínica e hospitalar, cuja ênfase era no indivíduo, ficava ao cargo do Ministério da Previdência Social, órgão que mantinha os hospitais federais com os recursos financeiros da previdência, atuando no tratamento da doença e recuperação da saúde. O atendimento na saúde pública, na perspectiva de ações para o coletivo, era coordenado pelo Ministério da Saúde, que possuía baixo orçamento, focalizando-se em ações de proteção à saúde e de prevenção de doenças, como a vacinação, por exemplo (BRASIL, 2005).

O modelo assistencial era concentrado no mecanismo de funcionamento do corpo humano, denominado de biomédico, cuja centralidade de atendimento priorizava o hospital, pois ele representava o desenvolvimento da ciência, concentrando os novos medicamentos e equipamentos criados pelas indústrias farmacêuticas e de equipamentos laboratoriais e hospitalares. A especialização médica reproduzia o modelo de industrialização fordista na saúde, visando a otimização do atendimento, não promovendo uma perspectiva de integralidade na atenção a saúde (PIMENTEL, 2006).

Composta por conflitos de interesses, a saúde tornou-se tema de debate nacional. Incorporada na Constituição Federal de 1988 no campo da seguridade social, visava superar uma visão de assistência focalizada em prol de assistência universal e equânime, foco da proposta de reforma na saúde. Esta superação não aconteceu de forma linear, sendo apresentada por Paim (2013) como um ciclo que envolve ideia-proposta-projeto-movimento-processo, com base nos princípios que fundamentam as políticas sociais.

O atendimento das necessidades e direitos humanos básicos constitui o eixo do pensamento inicial (a ideia), bem como do conjunto elaborado de princípios e articulações políticas (a proposta), com vistas à reforma sanitária, como destaca Paim (2008, 2012).

A reforma sanitária no Brasil foi concebida como um processo de transformação da situação sanitária apresentando quatro dimensões. A primeira, denominada específica, trata da dinâmica do fenômeno saúde/doença, expressa pelos indicadores e comparação dos níveis de saúde. A dimensão institucional diz respeito a todas as instituições que atuam no setor saúde. A ideológica é a dimensão referida aos valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma situação sanitária. E por fim, a quarta e

última dimensão, é a das relações, representada pela organização social e produtiva de uma sociedade em que a forma de produção, distribuição e apropriação das riquezas produtivas, em um momento histórico, permite determinar as situações de risco e as possibilidades de ocorrência do processo saúde/doença, como destaca Paim (2012) citando Arouca (1988).

Uma agenda política, econômica e social de mudanças estava incluída em tal proposta, que se baseava em quatro eixos: redistribuição de renda, políticas públicas básicas, reordenação do espaço e do meio ambiente e de emprego, com vistas também a reforma tributária e ao controle social (PAIM, 2013).

O projeto, que se tornou a política social estruturada de Estado, representa uma síntese das articulações desenvolvidas entre a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a Constituição Federal de 1988. Ele é fruto das negociações realizadas a partir das contradições políticas estabelecidas entre ampliação do papel do Estado no sistema de seguridade social e redução deste com políticas focalizadas a partir do ajuste macroeconômico que já acontecia desde a ditadura militar. Traduz assim o corpo doutrinário da RSB, bem como um conjunto de proposições políticas, jurídicas, organizacionais e comportamentais, asseguradas constitucionalmente (COSTA, 2009; PAIM, 2008; SANTOS, 2010).

O conceito de saúde é um destes aspectos assegurados. Estabelecido como dever do Estado, nos diversos níveis de atenção, e como direito social, passa a ser referido a determinação do processo saúde e doença, superando a relação somente com a assistência médica. É reconhecida a natureza pública das ações e serviços, estando o setor privado subordinado às normas do SUS, sob controle social (PAIM, 2012).

Outro aspecto assegurado na Constituição de 1988 foi a reordenação do sistema de saúde. A política de saúde estruturada tornou o sistema de saúde único por meio de uma mesma doutrina e organização em todo o território nacional, sob responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. O sistema representa um arranjo organizacional do Estado que dá suporte a efetivação desta política, não sendo um serviço ou uma instituição, mas significando um conjunto de unidades, de serviços e de ações que interagem para um fim comum (PAIM, 2012; VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Essa reordenação foi instituída com base nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade. Estes asseguram o direito à saúde a todos, independente de contribuição prévia, com ausência de distinção no acesso e atendimento, considerando as desigualdades sociais e o desenvolvimento do cuidado à saúde nas várias dimensões do processo saúde-doença (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Ações e serviços de saúde devem ser oferecidos seguindo também princípios organizacionais, com vistas à racionalização do seu funcionamento. Partiu-se do entendimento de que estes devem ser desenvolvidos o mais próximo de onde a população se encontra: o município. Houve redistribuição das responsabilidades de gestão, descentralizando-se às decisões sobre essas ações e serviços para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de acordo com parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), sob coordenação e monitoramento das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (BRASIL, 1990).

Esta diretriz é complementada pela regionalização, cujo objetivo é a distribuição racionalizada e equânime dos recursos assistenciais para promoção da integração das ações e das redes assistenciais, garantindo acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala em uma região geográfica delimitada, pela definição da população a ser atendida (BRASIL, 1990, 2011).

O processo de regionalização compreende outra diretriz: a hierarquização do sistema. Ao identificar as ações e serviços por nível de atenção e densidade tecnológica, é possível estabelecer fluxos assistenciais entre os mesmos, regulando o acesso aos mais especializados de forma organizada, visando garantir a integralidade e resolubilidade da atenção. O acesso a esta rede foi pensado inicialmente como sendo a atenção básica ou primária, gerando uma ideia de pirâmide. Tal concepção foi muito criticada e sua operacionalização não corresponde à realidade, surgindo a proposição de portas de entradas variadas e fluxos reversos entre os serviços, com estabelecimento de redes de atenção (BRASIL, 2011; VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

É importante garantir a participação social no controle da formulação das políticas de saúde e da execução em saúde de acordo com as necessidades de saúde da população e representa a tradução dos anseios de atores sociais por uma democracia participativa. Como pressuposto do sistema e condição para garantia da continuidade do cuidado ao usuário, propõe-se outra diretriz que é a de integração: das ações entre os subsistemas que dão forma ao SUS, dos serviços em redes assistenciais integradas, de recursos, de meios e de pessoas como condição básica para a efetividade do sistema. Todo este processo deve ser realizado a partir de um planejamento estratégico participativo, contribuindo para a previsão e racionalidade de forma a buscar resolubilidade para os problemas de saúde da população (BRASIL, 2011; VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Este sistema público é complementado pelas instituições privadas, segundo diretrizes deste, o que se faz mediante contrato de direito público ou convênio, tendo por preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Não cabe ao poder público financiar ações em

instituição de saúde que visa o lucro. (BRASIL, 2011; CARVALHO; BUSS, 2008; COHN, 2007; VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Um elemento que se encontrava na proposta e que não foi contemplado no projeto foi o financiamento deste sistema. Inicialmente, foi pensada uma diretriz que previa um processo de estatização progressiva da saúde no país. Observava-se também a proposta de financiamento próprio com desvinculação deste pelo Sistema da Previdência Social. O financiamento da saúde foi um dos aspectos negociados para ser concretizado após, não sendo presente no texto constitucional (PAIM, 2008).

Mas a opção por esta política de saúde ainda vivencia conflitos entre os elementos analisados que compõem um processo político pelas disputas que ainda perduram. Neste movimento percebe-se que algumas conquistas permanecem e outras têm sido bombardeadas com diversas mudanças, ao mesmo tempo em que ainda perduram alguns elementos dos modelos anteriores que não se conseguiu alterar. A retomada pelos princípios neoliberais tem provocado significativas repercussões no movimento e no processo de implementação da Reforma Sanitária Brasileira, o que será visto a seguir. É neste espaço que se encontram paradoxos apresentados por Paim (2008).

1.2 A efetivação da política de saúde no Brasil: o processo que cada vez mais se distancia da proposta/projeto

A Reforma Sanitária Brasileira, analisada por seus críticos, apresenta-se como um projeto civilizatório por sua característica de reforma social ao centrar-se numa perspectiva de democratização – da saúde, do Estado e seus aparelhos e da sociedade -, em que se propunha mudanças que envolvessem políticas públicas e práticas de saúde (PAIM, 2008). Assim, o elemento processo atribuído a esta reforma caracteriza-se por um conjunto de atos, que expressam práticas sociais, em distintos momentos e espaços. Essas práticas (econômica, política, ideológica e simbólica) estão presentes em todo o movimento para a instituição de uma reforma sanitária como também, logo após a 8ª CNS, na promulgação da Constituição atual e em fatos político-institucionais pós 1988 (PAIM, 2008, 2012).

Neste período, observa-se, no cenário mundial, a configuração de novo contexto econômico, com o aparecimento do neoliberalismo. Seus doutrinadores buscavam estratégias

para diminuir as regulações extranacionais², para enfrentamento à pesada intervenção estatal em relação ao capitalismo e às concessões feitas aos trabalhadores. Estes pensadores entendiam que o solidarismo reinante destruía a liberdade dos cidadãos e da vitalidade da concorrência, impedindo um capitalismo livre de regras, ideário do pensamento liberal. (MATOS, 2008; PAULANI, 2008).

Para que este se realizasse plenamente como comandante do processo de reprodução material da sociedade, importava: limitar o Estado ao mínimo necessário, evitando-se regulações; controlar os gastos do Estado, impedindo os problemas inflacionários; reduzir o papel de produtor pelo Estado, privatizando empresas estatais; e abrir completamente a economia. No Brasil, a repercussão desta doutrina iniciou-se com a eleição de Fernando Collor de Melo (1990-1992), que instituiu um governo voltado para o livre comércio (BRAVO; MENEZES, 2008; PAIM, 2008, 2013; PAULANI, 2008; SILVA, 2011).

A teoria clássica de economia entende o mercado de trabalho como um espaço em que um “conjunto de ofertas e demandas de emprego se confrontam e as quantidades oferecidas e demandadas se ajustam em função do preço”, que representa os salários no mercado (OLIVEIRA; PICCININI, 2011, p. 1519). Já a lógica neoliberal preconiza um mercado de trabalho como um conjunto de segmentos, que não realizam competições entre si, mas remuneram de maneira diferenciada a força de trabalho. Esta diferenciação se justifica pelas barreiras diversas que impedem todos de se beneficiarem, de maneira semelhante do mesmo tipo de educação.

Por isso, existem dois mercados. Um interno em que se dispõem melhores condições de trabalho e de qualificação, fazendo com os trabalhadores estejam mais protegidos; e outro, denominado externo, em que o mercado funciona pela demanda e oferta, também conhecido como segmentação. Este mercado apresenta segmentações diferenciadas em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. No Brasil, a flexibilização de mercado e a desregulamentação contínua das leis trabalhistas têm ampliado as formas de vínculos trabalhistas e de tipos de mercado (OLIVEIRA; PICCININI, 2011).

No campo da saúde, diversos foram os embates vividos para a manutenção do projeto instituído no texto constitucional. No governo Collor, as principais lutas foram relacionadas à regulamentação dos princípios e diretrizes da proposta e pelo financiamento do sistema por meio da aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Do projeto votado no senado, todos os

² Estas regulações aconteciam para evitar conflitos bélicos originados por questão econômica após a segunda guerra mundial.

artigos referentes ao processo de controle social e de repasse de recursos financeiros foram vetados, total ou parcialmente, pelo então presidente (CORDEIRO, 2004; PAIM, 2008).

Os movimentos sociais haviam se afastado deste debate, implicando uma prática política mais limitada ao setor saúde. Apesar das correlações internas, o movimento sanitário manteve-se firme na luta com as forças externas neoliberais que buscavam reverter as políticas sociais conquistadas. Assim, apesar do veto inicial na LOS, três meses depois aprovou-se o regulamento da participação social no SUS, por meio das instâncias colegiadas - conferências e conselhos de saúde -, da criação dos fundos de saúde, do repasse de recursos financeiros e da elaboração de planos de saúde, complementando a legislação anterior (CORDEIRO, 2004; PAIM, 2008).

Nesta luta, um ganho importante foi a realização da 9ª CNS, em 1992. Coordenada por membros do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), teve como tema a municipalização da saúde, onde se denunciou o não cumprimento da legislação sanitária. Este movimento ganhou força no governo Itamar Franco (1992-1994), com ocupação de cargos estratégicos no Ministério da Saúde, conseguindo retomar aspectos importantes para o avanço do projeto da Reforma Sanitária expresso no sistema em vigor (PAIM, 2008).

Dentre os avanços conquistados, no governo Itamar Franco, encontram-se: extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), ampliação da descentralização da assistência da saúde, via municipalização (NOB 93), maior participação da sociedade civil nos conselhos de saúde, início da Reforma Psiquiátrica, experimentação de novos modelos assistenciais, criação do Programa de Saúde da Família (PSF), discussão sobre medicamentos genéricos e regulação do sistema de assistência médica suplementar, com ressarcimento ao SUS pelo atendimento dos associados dos planos de saúde na assistência a ser prestada pelos mesmos (CORDEIRO, 2004; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; PAIM, 2008, 2013).

Estes avanços conviveram com movimentos contrários à política social para a saúde, representados por: sequestro dos recursos financeiros da saúde para a previdência, implodindo a perspectiva de Seguridade Social, barganha político-partidária com os cargos no setor saúde, ampliação da Assistência Médica Supletiva, com diversificação de modalidade de compra e de pagamento nos planos de saúde, pressão da indústria farmacêutica, entre outros (PAIM, 2008, 2013; SILVA, 2011).

Tal situação de perdas e ganhos para a saúde não se modifica com a eleição de Fernando Henrique Cardoso para a presidência, ao contrário, intensifica-se. Declaradamente,

seu governo tinha dois grandes propósitos: continuar o ajuste macroeconômico, já iniciado com a implantação do Plano Real no governo anterior, e ampliar os projetos de contrarreforma do Estado, assim denominada por ser reduzir o espaço público dos direitos sociais presentes na reforma constitucional recém realizada. O discurso era em defesa da competitividade, com repercussão nas legislações aprovadas e no processo de implantação do SUS, com instituição, pela primeira vez, da reeleição presidencial (BRAVO; MENEZES, 2011; PAIM, 2008).

Em seu discurso de posse, falou em priorizar a saúde, mas o que foi observado em seu primeiro mandato refletia os propósitos de governo anunciados. Na 10ª CNS, a crise no sistema público de saúde foi debatida, expondo-a como decorrência da política econômica de cunho neoliberal, imposta por países e organismos internacionais e elite financeira nacional. Analisou-se que em nome da modernização, estabelecia-se o Estado mínimo para as políticas sociais e um Estado máximo para o capital financeiro, seja ele nacional ou internacional, com produção de endividamento interno e externo, desemprego, empobrecimento, exclusão social, elevação de morbidades e mortalidade, quebra de direitos trabalhistas. Na lógica do projeto de Reforma Administrativa e do Estado, a responsabilidade em atender os direitos de cidadania era transferida para o mercado, com suas leis (CONFERÊNCIA, 1996). Como um de seus resultados, os conferencistas da 10ª CNS apresentaram outra perspectiva de modernização voltada para o interesse público e não financeiro:

A nossa “modernização” e a nossa Reforma Administrativa e do Estado são outras: não abrem mão do controle da inflação, mas não abrem mão, também, do avanço das políticas sociais de proteção pública da cidadania e da retomada do desenvolvimento socioeconômico, de melhor distribuição da renda e do acesso universal a todos os serviços que garantem a qualidade de vida e bons níveis de saúde. (CONFERÊNCIA, 1996, p.8).

Demais repercussões reportaram mais perdas e ganhos em diversos aspectos e dimensões. A luta constante deu-se no campo da preservação da manutenção do projeto de Seguridade Social, com manutenção da vinculação da Saúde, Previdência e Assistência Social e retomada da doutrina da Reforma Sanitária. Pelo princípio de integração entre essas três áreas garantia-se o compartilhamento de receitas para realizar o “pagamento simultâneo de benefícios contributivos (os previdenciários, por definição) e não-contributivos (os assistenciais e, por exigência constitucional, os derivados do direito universal à saúde)” (VIANNA, 2009a, p.708).

O desmonte da Seguridade Social (cidadania universal) iniciou-se na perspectiva institucional, orçamentário e conceitual. O fatiamento das áreas componentes da seguridade gerou um encastelamento em ministérios, com gestor próprio; as fontes de financiamento do

conjunto das ações vinculadas a seguridade voltaram a ser setorizadas, tendo um órgão centralizador – o Tesouro. Alegando sempre crise na previdência, iniciou-se uma reforma com mudanças nas leis trabalhistas, com dois tipos de regimes: o geral (de iniciativa privada para todos) e o próprio (do funcionalismo público); na assistência social, predominou a transferência condicional de renda para os pobres (cidadania invertida). De forma disfarçada, iniciou-se a implementação dos preceitos liberais (PAIM, 2011; VIANNA, 2009a).

Ao não ter uma coordenação e um orçamento próprio, a seguridade deixou de existir, mas os recursos, previstos constitucionalmente para este fim, fluem para os cofres públicos tornando-se recursos fiscais para compor o superávit primário por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU), mecanismo criado em que 20% das contribuições sociais (vinculadas e arrecadadas pela receita federal), é de uso exclusivo do governo federal (com exceção das que incidem sobre salários e folha). Assim, mantém-se o interesse em preservar um conceito oculto de seguridade, na letra da lei (SILVA, 2011; VIANNA, 2009a)

O financiamento da saúde passou, então, a ser desviado para a previdência. Em 1996, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza Financeira (CPMF), especificamente para custeio da saúde, mas teve seu destino dividido entre a previdência social e o fundo de combate e erradicação da pobreza. Três anos mais tarde, parte deste recurso era utilizada pelo Governo Federal com menos de 30% da arrecadação voltada à pasta inicial (BRASIL, 1996a, 1999; PAIM, 2008). Em 2000, por meio de Emenda Constitucional (EC), asseguraram-se recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, vinculados à arrecadação de impostos nas três esferas de governo, relegando para depois a regulamentação em lei complementar. Esta foi votada 12 anos depois, com especificação de critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, não atendendo as necessidades de financiamento da saúde no país (BRASIL, 2000, 2012; SILVA, 2011).

Apesar da redução dos recursos financeiros para saúde, da precarização nas relações de trabalho na saúde, da incorporação de tecnologias médicas sem critérios, da segmentação da atenção, da gestão dos serviços estatais por organizações sociais, algumas conquistas foram alcançadas. A política de saúde no Brasil foi avaliada como mais avançada do que a preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pois a ampliação da municipalização promoveu maior acesso da população aos serviços de saúde, espelhando as contradições do processo (PAIM, 2008).

Cabe aqui destacar questões em torno do Programa/Estratégia de Saúde da Família, a partir de seu propósito e operacionalização. Aponta-se este como um programa focalizado

para pobre, cuja operacionalização amplia o processo de privatização da saúde por meio de contratos precarizados de profissionais de saúde, que compõem a equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde). Esta proposta atenderia uma proposição do Banco Mundial na oferta de pacotes mínimos de serviços, restringindo o acesso da população aos outros níveis de atenção. Para a classe média, seriam empurrados os planos de saúde, quebrando assim a proposta de universalização (BRAVO; MENEZES, 2008, 2011; CONILL, 2008; MENICUCCI, 2011).

Em contrapartida, identifica-o como possibilidade de estratégia de reordenamento do acesso ao sistema de saúde, compondo o nível de Atenção Básica, visando a superação de um modelo assistencial com práticas convencionais. Análises apontam para os constrangimentos iniciais da implantação do Programa/Estratégia de Saúde da Família pela ausência de estrutura em sua implantação. Essa estaria condizente com indefinição de modelo assistencial, ausência de força de trabalho formada para atuar em uma proposta assistencial não focalizada na especialização, financiamento que não atendia aos grandes centros e inadequado dimensionamento de equipe para quantitativo de famílias, apesar dos avanços desta estratégia na prevenção de doenças, no desenvolvimento de consciência sanitária e na realização de visitas domiciliares (CONILL, 2008; MENICUCCI, 2011).

A descentralização das ações de saúde induziu a expansão da oferta dos cuidados básicos e ambulatoriais, com fortalecimento do programa de saúde da família. Promoveu também a contratação de quadro técnico, ainda de forma precarizada e sem o devido preparo técnico profissional para atuar neste campo. Neste período, houve redução da mortalidade, ampliação da cobertura vacinal, do controle de doenças e agravos prioritários e da AIDS por prevenção e acesso ao tratamento a partir da quebra de patente (medicamento como direito humano), reorientação do modelo assistencial, desenvolvimento de programas de qualificação da força de trabalho em saúde, entre outros (PAIM, 2008). Ao final dessa gestão, retomou-se às proposições da 11ª CNS, com vistas ao novo pleito eleitoral, pelo reconhecimento do não cumprimento da promessa da RSB.

O governo que se seguiu, de Luis Inácio da Silva (2003-2006), foi recebido com celebração e receio. Celebração em decorrência da assunção de um governante de base progressista e popular, que trazia esperanças nos rumos das políticas sociais e econômica e que convidou para o comando do Ministério da Saúde um membro participante da Reforma Sanitária Brasileira. A reestruturação do órgão e a composição da equipe demonstravam a relação com os propósitos da Reforma Sanitária, indicando a inserção desta na agenda política. O receio adveio de: o Ministro da Saúde foi um dos últimos a ter o comando da pasta

apresentado e a clara manutenção da proposta do governo de FHC em relação à economia (PAIM, 2008, 2013; SILVA, 2014).

Nos dois mandatos do presidente Lula, observou-se várias conquistas no campo da saúde: a municipalização consolidada, um pacto elaborado abrangendo três dimensões (a vida, o SUS e a gestão), maior acesso à vacinação, redução da mortalidade infantil, avanço na reforma psiquiátrica e implantação do programa de saúde bucal. Mas a manutenção do ajuste macroeconômico e adoção de políticas focalizadas com proteção seletiva aos grupos mais vulneráveis mantiveram-se (MENICUCCI, 2011; PAIM, 2008).

Este redirecionamento externaliza a subordinação do social ao financeiro sob a argumentação de que o gasto social não deveria pressionar o orçamento fiscal. A contrarreforma continuou com o desmonte da Seguridade Social: novas mudanças na previdência e captura dos recursos pela área econômica do governo; contingenciamento de recursos para saúde permaneceu, com desvios de verba do setor e incremento no setor privado; e descaracterização da assistência social preconizada na proposta da reforma sanitária permaneceu, configurando-se em assistencialismo focalizado na pobreza (COSTA, 2009; PAIM, 2008).

Costa (2009) analisou o programa Fome Zero (desenvolvido no Governo FHC) e o programa Bolsa Família (no Governo Lula). Afirma que o segundo é uma consolidação e aprimoramento do primeiro no que diz respeito a uma política de transferência de renda, ao melhor definir as características dos beneficiários, ao elaborar um cadastro único dos mesmos e ao desenvolver parceria com a gestão municipal, descentralizando o cadastramento.

Este mesmo autor interpreta que o atual sistema de proteção social brasileiro tem sido efetivo ao combinar as políticas universalistas tradicionais com programas de transferência de renda, mantendo equilíbrio das contas públicas. Demonstra que a aplicação de recursos no programa Bolsa Família foi diminuindo e ampliando o quantitativo de famílias beneficiadas, como cumprimento de uma agenda, apesar da restrição de recursos em áreas sociais básicas como educação, saúde e saneamento. A visão de Menicucci (2011, p. 524) vem ao encontro desta análise, pois o governo Lula apresentou-se "mais inovador sobre os condicionantes da saúde do que no aspecto endógeno da saúde".

Fagnani (2009, p. 711) contrapõe-se a tais pensamentos argumentando que a focalização na política social tornou-se "uma cunha aberta pelas forças do mercado para inserir o Estado Mínimo na agenda", sendo antítese ao Estado de bem-estar social. Esta perspectiva preconiza que o enfrentamento à pobreza precisa tanto de medidas de caráter emergencial em curto prazo para aliviar a pressão social, quanto de caráter estrutural em

longo prazo, como estabilização econômica, salário mínimo com poder de compra e seguridade social (FAGNANI, 2011).

Tais medidas devem envolver, além da educação, saúde, previdência e assistência social, políticas direcionadas a habitação popular, saneamento, transporte público, reforma agrária e programas de desenvolvimento de emprego e renda. Estas foram desestruturadas por medidas econômicas adotadas no governo de Fernando Henrique Cardoso como: estagnação econômica, juros elevados, abertura comercial, sobrevalorização da moeda (o Real), com desorganização do mercado de trabalho, que fragilizou as relações sindicais e trabalhistas (FAGNANI, 2009).

Outro aspecto a ser analisado nesta contradição entre política de proteção social e abertura de mercado é a existência de direcionalidade na inserção dos pobres no mercado de consumo com o crescimento do segmento privado via empresas que comercializam planos de saúde. Conforme o nível de emprego aumenta, há ampliação da contratação de planos de saúde, que se apresentam cada vez mais segmentados, pelos trabalhadores e pelas empresas (MACHADO, 2013; VIANNA; MACHADO, 2015).

Em contrapartida, percebe-se a restrição de aplicação de recursos públicos na área da saúde. Como apontado por Costa (2009), Paim (2013) e Silva (2011), houve redução dos gastos com saúde e educação em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), pois só em 2011 os recursos destinados ao pagamento de juros da dívida externa foram 13 vezes maior do que o empregado no programa Bolsa Família. Bravo e Menezes (2011) alertam que este programa, apesar de seus efeitos positivos, não se constitui em um direito, podendo ser extinto a qualquer momento.

Infelizmente, tal situação não se modifica no governo Dilma Roussef, apesar das contribuições ao SUS, como a regulamentação da regionalização, com incentivo a implantação das redes de saúde e a aprovação da Lei Complementar 141, que regulamenta o financiamento da saúde (BRAVO; MENEZES, 2011; PAIM, 2013; SOARES; SANTOS, 2014).

Observa-se assim, que a proposta de política social presente no atual texto constitucional, que apresentava uma autonomia relativa, vem sendo desfigurada pelo antagonismo que a mesma apresenta em relação aos princípios neoliberais, quando preconiza o Estado de bem-estar social *versus* Estado mínimo, “a seguridade social *versus* o seguro social; universalização *versus* a focalização; a prestação estatal dos serviços *versus* a privatização; os direitos trabalhistas *versus* a desregulamentação e flexibilização” (FAGNANI, 2009, p.712, grifo do autor).

Esta situação fica mais patente em uma análise feita por Vianna (2009b, p.707) na qual destaca:

A seguridade social continuou inscrita na lei, a previdência social manteve-se pública, a saúde preservou seu caráter universal, os benefícios constitucionais de assistência permaneceram. Nesse sentido, coube vitória à agenda institucionalista no embate com a agenda do ajuste macroeconômico. Teria sido, contudo, uma vitória de Pirro³?

A luta por um universalismo abrangente vem sendo sufocado pela ideia de combate à pobreza e pela concepção de um ‘novo universalismo’, que na saúde persiste por meio de seguros fragmentados, reitera as desigualdades estruturais da sociedade, mesmo com o argumento da equidade. Cria-se erosão na concretização da saúde como direito fundamental de cidadania (MACHADO, 2011, grifo da autora).

Na Constituição da OMS, a saúde compõe um direito de todo ser humano. Os Estados membros se comprometeram, desde 2005, em desenvolver sistemas para financiar a saúde, de forma que as pessoas acessem o serviço sem enormes sacrifícios financeiros para pagá-la, denominada de cobertura universal da saúde (OMS, 2010). Com foco total nos mecanismos alternativos de financiamento do setor saúde apresenta um cardápio de opções, visando angariar recursos e remover barreiras financeiras ao acesso, de países pobres e ricos com foco principalmente na população pobre. Entre elas, propõe recursos financeiros específicos para o setor saúde a ser captado de diversas fontes, interna ou externa ao país. Foi desta visão que surgiu a proposta que alterou o artigo 23 da Lei 8080/1990, com aprovação da participação da iniciativa privada na assistência à saúde, inclusive de capital estrangeiro (BRASIL, 2015).

Problematizando alguns aspectos relativos a cobertura universal como opositora ao sistema universal de saúde, Noronha (2013, p.848) aponta que o direito à saúde e ao acesso universal e igualitário aos cuidados se transforma em “proteção ao risco financeiro e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial”. Ele reflete inicialmente sobre o conceito de cobertura, expressando que este pode significar alcance das medidas sanitárias, como também obtenção de prestação de serviço, que pode acontecer ou não. A não obtenção do serviço pode se dar pelo fato da abstenção do direito ao uso ou pela incapacidade de se obter a prestação desejada pelo serviço/setor, levando ao entendimento que cobertura é diferente de acesso ou de uso do serviço. Identifica então, que o uso do termo “cobertura universal”, sem qualificação do seu significado, passa a ser um problema. Para que possa ser

³Refere-se a uma vitória que, de tão sacrificada, de tão desgastada, de tão violentamente conquistada, praticamente não valeu a pena alcançar. A história registra a vitória de um rei grego que indo ao campo de batalha, para vislumbrar o cenário da derrota do inimigo, lá encontrou seu exército também tão destruído, que lamentou amargamente o resultado do confronto.

devidamente interpretada, esta expressão precisa ser qualificada como “acesso e uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade quando necessários” sem presença de barreiras financeiras (NORONHA, 2013, p. 848).

Outro questionamento elaborado pelo autor ao proposto pela OMS está relacionado ao conceito de equidade. Este princípio fica subalterno a ideia de “proteção financeira” aos pobres, considerando que a preocupação maior é facilitar o acesso desta parte da população ao sistema de saúde. Ele expõe então que o documento não explicita como fica a segmentação da oferta e o tipo de proteção, que têm sido diferenciados por classes sociais e por modalidades de seguro, gerando segmentação na “cesta” e na qualidade de cuidados oferecidos. Denuncia a proposta como de transformação da saúde humana em mercadoria.

Esse *mix* público-privado foi analisado por Santos (2011), com identificação de três tipos de arranjos: o duplicado, o suplementar e o complementar. Tal tipificação foi elaborada a partir da forma como o seguro privado de saúde se insere no sistema predominante no país. O sistema duplicado se caracteriza pelo oferecimento dos mesmos serviços do sistema público; o suplementar, pela oferta de serviços não oferecidos pelo serviço público; e, finalmente, o complementar, pelo copagamento de serviços cobertos pelo sistema público.

As evidências identificadas pela autora mostram que a cobertura duplicada (exemplo do que acontece no Brasil) contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços, incentivando o crescimento do setor privado nos serviços em que a população possui mais dificuldade de acesso no setor público. Não há diminuição da pressão nem na demanda, nem no financiamento do serviço público, sem contribuições para o acesso universal ao sistema e a melhoria da qualidade de vida. Percebeu-se também que o seguro privado torna-se importante de forma inversa ao sistema público, sendo a cesta de oferta do primeiro determinada pela oferta do segundo.

Outra evidência percebida é que a taxa de cobertura dos seguros de saúde está associada a alta concentração de renda, cujo grupo populacional possui perfil de morbimortalidade diferenciada da população em geral. Ressalta-se também o surgimento de desigualdades tanto na oferta de leitos como de equipamentos de média e alta complexidade, conforme o tipo de seguro saúde, o que não acontece no serviço público, apesar do subfinanciamento já exposto. Em sua pesquisa, Santos (2011) conclui que o setor privado não desonera o setor público na cobertura duplicada, recomendando a elaboração de política em defesa do SUS em detrimento dos efeitos negativos dos planos de saúde.

Dentre outros estudos sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil, que identificam o subfinanciamento, destaco o de Soares e Santos (2014). Ao analisarem o

financiamento do SUS desde o governo de FHC até o de Dilma, identificaram que há uma queda acentuada da participação do governo federal nos gastos com a saúde, interferindo na implantação prática do Sistema Único de Saúde, cabendo aos municípios o maior gasto. A concentração de receita no âmbito federal tem sido reportada para o pagamento dos juros da dívida externa, tornando o subfinanciamento do SUS uma política de estado.

Frente a esta realidade descrita, Andreazzi e Bravo (2014) identificaram que há um processo de privatização na saúde, a partir da transferência da gestão das unidades públicas de saúde para Fundações de direito privado ou para Organizações Sociais. Contrariando a Lei 8080/90, que autoriza a contratação de serviços privados como complementar ao SUS, quando a capacidade instalada pública local não é suficiente, esta forma de contrato permite ao Estado transferir para a iniciativa privada a gestão de unidades públicas novas e existentes.

Enquanto no modelo tradicional de contrato do serviço privado, o investimento em capital e o risco é todo deste, no modelo das organizações sociais, o investimento e o custeio são de inteira responsabilidade do Estado. Para as autoras, neste formato criou-se a possibilidade de extração de renda do Estado para grupos econômicos internos a este, por meio da terceirização da gestão.

Desta forma, percebe-se que a intencionalidade da expansão do neoliberalismo no Brasil no setor saúde tem alcançado seu propósito, ao promover a alteração dos modos de gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde e da legislação referente ao capital estrangeiro na saúde. O capitalismo cartorial, pelo qual se cria um emaranhado de laços conforme interesses políticos e econômicos, tem penetrado nas relações sociais, criando suas redes. Explora oportunidades, busca influenciar decisões de interesse, com criação de distorção de mercado, apoiando-se e facilitando a corrupção, como demonstrado em reportagens (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; CATLETT; GRION, 2015; CORRUPÇÃO, 2011; CORRUPÇÃO, 2013).

Torna-se importante acompanhar como esta repercussão econômica em relação ao SUS tem interferido no processo de trabalho em saúde e enfermagem e o quanto ela alcança a formação de profissionais para atuarem neste setor.

2 A EXPRESSÃO DO CAPITAL POR MEIO DO TRABALHO EM SAÚDE/ENFERMAGEM: ESSÊNCIA PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA

Trabalho é uma temática que permeia diversas discussões, sejam acadêmicas, sejam cotidianas. Emprego, desemprego, salário, sindicato, novos arranjos de contratação, precarização, despreciação, aposentadoria, neoliberalismo, globalização - todos são termos vinculados a esta categoria, que envolve todo e qualquer trabalhador como também o não trabalhador.

Aspecto importante ainda a se destacar neste tema é a contradição na concepção de trabalho como necessidade e violência, base de complexas questões que envolvem esta atividade. Inegável é a importância de Karl Marx ao constituir o trabalho como categoria central na análise sociológica, como também o impacto da incorporação política de sua teoria nas relações internacionais e globais (RANIERI, 2011).

Na sociedade brasileira, o processo de trabalho sempre sofreu influência externa desde a colonização, já que a maneira nativa de trabalhar foi subordinada a um projeto colonizador imposto pela violência. Para substituí-la, houve a introdução do trabalho escravo que manteve as distorções de valor, de distribuição e organização da produção da existência, sendo o último país a abolir a escravatura. Mantendo esta perspectiva até os dias atuais, o Brasil continua reproduzindo os ciclos de produção de sociedades que ocupam o cenário central da economia (BRASIL, 2002).

Incorporar a categoria trabalho na análise das práticas de saúde e de enfermagem possibilita a compreensão de que estas são determinadas pela finalidade social do trabalho, que se refere “a um projeto de ação que traduz uma dada concepção de processo saúde-doença e cuidado” (PEREIRA et al, 2009, p.772). Este pensar nos faz refletir sobre a incorporação desta temática no processo de formação do enfermeiro.

Com base nesta leitura inicial, este capítulo está dividido em três partes. Na primeira, abordo o trabalho como necessidade humana e os aspectos que o envolvem com o advento do capitalismo; a seguir, apresento o impacto da reconfiguração do mundo do trabalho na sociedade a partir da reestruturação do capitalismo; e, por fim, discorro sobre o trabalho em saúde e em enfermagem e as repercussões desta reestruturação neste campo e nesta profissão.

2.1 Trabalho: de necessidade humana às condições de sobrevivência no capitalismo

Diversas são as formas que o trabalho vem assumindo no transcorrer da história. No senso prático e comum, sua compreensão é intuitiva. Diferente é conceituar trabalho, que marca a vida de indivíduos e coletividades, em sua essência e em seus aspectos (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

Ora seu lado positivo, ora seu lado negativo vem sendo exaltado, levando a compreensão de que trabalho se apresenta como “[...] expressão de vida e degradação, criação e infelicidade, atividade vital e escravidão, felicidade social e servidão, trabalho e fadiga. Momento de catarse e vivência de martírio [...]” (ANTUNES, 2000, p. 11).

Ao desenvolver uma série de análise sobre este tema, Marx (2013) demonstrou o trabalho como produto das relações humanas e, também destacou a importância deste para o desenvolvimento do homem como ser social, na relação metabólica que o mesmo estabelece com a natureza. Esta relação é caracterizada pela necessidade de produção e reprodução de sua própria existência a partir do ato laborativo.

A realização do trabalho é imaginado, é planejado frente a um objetivo, antes de ser colocado em prática. Marx (2013) identificou que, a partir da consciência prévia do que se quer desenvolver, de sua intencionalidade, o homem configura seu objeto de trabalho, determinando os meios para sua realização. Exaltou tal característica como diferenciador em relação às atividades de sobrevivência dos animais, pois é por meio do pensar e refletir que o ser social se humaniza.

O trabalho torna-se então realização, pelo valor de uso do produto confeccionado pelo homem, útil à vida humana. Na exploração da natureza, o domínio de seus aspectos gera transformação no homem (subjetividade) - habilidades, potencialidades, limites -, como também a natureza é transformada, tornando-se objetos, meios, matéria-prima de trabalho (objetividade). Esta relação sujeito-objeto se expressa de forma diferenciada conforme o contexto histórico e social em que está inserida. O homem é produtor de um produto, cuja origem e manuseio da matéria-prima são de seu conhecimento. Ele detém os meios de produção (equipamentos, tecnologia) e define o tempo de trabalho necessário. Enfim, conhece todo o processo de trabalho. Sob esta ótica, o trabalho é qualificador, pois nele o ser humano exercita a criação, a reflexão e autorrealização (KUENZER, 2004; MARX, 2013).

Os sentidos do trabalho para o indivíduo foram sendo construídos desde a Antiguidade, com a existência de duas vertentes: a das elites dominantes, que se ocupavam do

trabalho intelectual, político; e a das funções subalternas, exercidas por escravos e servos, cuja natureza de trabalho era rústica e penosa (ANTUNES, 2000).

Diversas reconfigurações socio-históricas (guerras, expansão das cidades, modificação do sistema político entre outros), provocaram mudanças na forma como o homem passa a fazer a troca das mercadorias excedentes. Inicialmente, deu-se pelo escambo entre produtos naturais excedentes, que atendia a necessidade dos grupos. Foi-se modificando, pois nem todos os produtos correspondiam as necessidades fundamentais dos grupos. Uns produtos eram mais procurados que outros, definindo-se então um parâmetro para cálculo do valor da mercadoria a partir dele, surgindo a mercadoria-moeda. A descoberta do metal estabeleceu outro parâmetro de troca pela dificuldade e facilidade em consegui-lo, cunhando-o em moedas, cujo valor se dava pelo peso do metal que havia em cada. Surgiu o comércio mediado pela moeda, modificando o valor de troca ao estabelecer o sistema mercadoria - dinheiro - mercadoria. Com os altos impostos e sequestros de terras, os camponeses foram mudando do campo para a cidade em busca de condições de sobrevivência. Ao mesmo tempo, os negociantes nas grandes cidades passaram a ter excedente de capital acumulado (ALBORNOZ, 2000; ANDERY et al, 2012).

Sob essas condições, esses negociantes (o burguês), detentor de um acúmulo de renda, passou a comprar a matéria-prima, os meios de trabalho e, principalmente, a força de trabalho, mudando o sistema de negociação para dinheiro - mercadoria - dinheiro. Este dinheiro deixou de ser renda, tornando-se capital. Este indivíduo capitalista, detentor do dinheiro, mudou então o sistema de produção. (ALBORNOZ, 2000).

Foi a partir da Revolução Industrial, caracterizada pelos avanços tecnológicos, com desenvolvimento de novas ferramentas e de equipamentos de trabalho, que aconteceram as profundas mudanças no mundo do trabalho, época marcada pela substituição dos trabalhos rural e artesão pelo processo fabril. O homem produtor não detinha mais o processo de trabalho e seus meios. Para prover suas condições de subsistência, e não mais as necessidades humanas, este passou a vender sua força de trabalho, que se tornou um produto, uma mercadoria. Sobre esta força de trabalho, o capitalista criou a mais-valia (ALBORNOZ, 2000; ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

Identifica-se como mais-valia, a parte do valor da força de trabalho gasta por um trabalhador durante a produção que não é remunerado pelo empregador. Exemplificando: o trabalhador levava x tempo para produzir y quantitativo de produtos. Somando o custo da matéria prima, dos meios de produção e da remuneração do trabalhador e dividindo pelo total de produtos feitos resultaria no valor de cada produto a ser vendido. O capitalista percebeu

que, pagando o mesmo valor de remuneração, mas aumentando a quantidade horas trabalhadas ao dia, o trabalhador produziria maior quantidade de produto. Assim, a remuneração paga ao trabalhador seria a mesma por um tempo maior de trabalho, produzindo mais mercadoria. Assim, a diferença entre os valores (da força de trabalho e do tempo de produção) é denominada mais-valia, o que aponta para exploração capitalista dos trabalhadores, já que os salários pagos não correspondem ao total da produção, caracterizando o lucro do empregador (MARX, 2013).

Essa nova conformação do capital impactou no mundo do trabalho e na reorganização social, perdurando até os dias atuais. O capitalismo redefiniu sua finalidade para criação de novas mercadorias, pois o lucro almejado pelo capitalista tornou-se um insaciável movimento de valorização do valor de troca. Para isso, ocorreu uma transformação no próprio modo de produção devido à subordinação do trabalho ao capital. O trabalhador passa a produzir sob o controle do capitalista, tanto no que diz respeito ao tempo de trabalho, quanto a sua produção e uso da matéria-prima. Mudam-se as relações sociais; estabelecem-se as classes sociais: burguesia e proletariado (MARX, 2013; TUMOLO, 2003).

Braverman (2011), ao reler Karl Marx, destacou outras características do trabalho sob a visão do capitalista - a perspectiva de trabalho produtivo e improdutivo. O trabalho produtivo é aquele que gera uma mercadoria, que terá um valor de troca. Trabalho que não é trocado por capital, e não contribui para o mesmo, é considerado trabalho improdutivo.

O operário, ao tornar-se assalariado, encontra-se agora na condição de mercadoria, não mais se reconhecendo, tornando-se um estranho a si próprio, pois vira meio de sua própria realização, como um objeto humanizado. Quando o trabalhador perde o controle do seu trabalho, das decisões sobre ele, da posse do produto de seu esforço, passa por um processo de desqualificação de si. O trabalho, cuja finalidade era de socialização humana no e pelo mesmo, torna-se então uma relação alienante entre o trabalhador e seu produto e entre o operário e o capitalista, que se veem como opositores (ANTUNES, 2000; KUENZER, 2004).

(...) Esta alienação ocorre numa relação prática, material, com a natureza, no trabalho, não em sua concepção geral, mas na forma concreta, histórica assumida no capitalismo, não podendo ser reduzida à mera relação sujeito-objeto, uma vez que é resultante de relações sociais (KUENZER, 2004, p. 241).

Analisando o impacto que o capitalismo tem na vida humana, Tumolo (2003) e Kuenzer (2004) destacaram que na sociedade do capital, a construção do ser humano por meio do trabalho, promoveu a destruição do mesmo, anulando-o. Sua emancipação é degradada, a liberdade ocorre pela escravidão, a produção de vida se realiza pela produção de sua morte, a

afirmação de sua condição de sujeito é realizada pela negação da mesma. É a constituição do fetiche do capital - em que há subsunção da vida social ao mesmo, pois torna “o trabalhador dependente da venda de sua força de trabalho para sobreviver” (PIRES, 2008b, p. 31).

A partir deste sentido, essência do capital, Taylor desenvolveu uma teoria científica na administração, cujos princípios, aplicados no processo de trabalho, visavam o aumento da produtividade, visando a acumulação de capital. Analisou a ação do trabalhador na realização de cada trabalho, estudando movimentos e tempos. Para atividades complexas, sugeriu a divisão em tarefas mais simples, de forma a facilitar a racionalização e padronização. Ele criou também incentivos salariais e prêmios, por entender que o trabalhador era motivado por interesse financeiro. Assim, a verticalização e hierarquização do comando na empresa com a separação entre trabalho intelectual (comando) e manual (executor), marcou a repercussão de sua teoria, gerando fragmentação das tarefas, redução da ação intelectual do operário e a criação dos movimentos repetidos (PIRES, 2008a).

Ford intensificou este processo com a homogeneização da produção em massa por meio da racionalização das operações, utilizando-se a mecanização da produção. Os principais propósitos eram o combate ao desperdício de matéria-prima, redução do tempo na produção e aumento do ritmo de trabalho, visando sempre ampliar o acúmulo de capital. O homem foi convertido em apêndice da ferramenta - a máquina. Tornou-se a mais-valia extraída por maior prolongamento da jornada do trabalho (ANTUNES, 2000; PIRES, 2008a).

O que se viu com a dinâmica implementada pelo taylorismo e fordismo foi a separação entre planejamento e execução e a desqualificação do trabalhador pelo parcelamento das tarefas, que se resumia às atividades repetidas e desprovidas de sentido, pela monotonia do trabalho e ritmo extenuante. Estas estratégias realizam a expropriação intensificada do operário-massa, destituindo-o de qualquer participação na organização do processo de trabalho, gerando desmotivação e alienação (ANTUNES, 2000; PIRES, 2008a, 2008b).

Apesar das tentativas, o saber do operário nunca foi expropriado de forma absoluta. Como consequência deste distanciamento, o “trabalhador era frequentemente chamado a corrigir as deformações e enganos cometidos pela ‘gerência científica’ e pelos quadros administrativos” (ANTUNES, 2000, p.41, grifo do autor).

2.2 A reestruturação do capitalismo e o mundo do trabalho

Esta conformação do capitalismo vai permanecer até meados do século XX, quando entre as décadas de 1960 a 1980, principalmente, diversas mudanças econômicas, sociais e políticas se iniciaram, anunciando sinais de esgotamento deste. O impacto dessas foi tão importante que gerou um processo de reestruturação do capital (ANTUNES, 2000).

A estrutura de produção capitalista nos moldes do taylorismo/fordismo expandiu-se para todos os países capitalistas, com as empresas detendo 75% do processo de produção de seus produtos. Este modo de produção expropriou tanto o trabalhador, que este se organizou coletivamente como forma de enfrentamento. O confronto entre burguesia e proletariado deu origem a luta de classes. Os trabalhadores buscavam diminuição da jornada de trabalho e melhores condições do mesmo, como também, tempo para lazer, cuidado com a saúde entre outros. A burguesia queria manter a acumulação de capital, por meio da intensificação do trabalho (ANTUNES, 2000, 2012).

Após a Segunda Guerra Mundial, elaborou-se um compromisso entre esses dois grupos, intermediado pelos sindicatos e grupos políticos, com vista à regulação do processo de trabalho. Neste buscava-se um equilíbrio entre a relação dessas forças - capital e trabalho, que era considerado como ilusório, devido aos interesses extremos de ambas as partes (ANTUNES, 2000).

A organização dos trabalhadores e a mutação no processo de acumulação do capital pela intervenção Estatal, acompanhado do avanço tecnológico, fizeram com que os capitalistas se reorganizassem e se estruturassem a partir de novos desafios. Intencionaram não só identificar a possibilidade de explorar a força física do trabalhador, mas também sua capacidade intelectual, remodelando as formas de organização da empresa. Esta iniciativa foi analisada e ampliada a partir do toyotismo, desenvolvido no Japão, como forma de reorganização econômica da nação pós segunda guerra, conquistando o mercado de eletroeletrônicos e de automotivos sem apresentar problemas na acumulação do capital (ANTUNES, 2012).

Analisando o toyotismo, identificou-se que sua estrutura se diferencia do fordismo, de forma radical em alguns aspectos. Suas principais características são: a) produção vinculada a demanda, atendendo de forma individualizada ao consumidor, apresentando uma produção variada e heterogênea; b) estrutura da empresa horizontalizada, pois prioriza o que é central no processo produtivo de sua especialidade, contratando produtos secundários de empresas

terceirizadas; c) estoque mínimo com senhas de reposição do estoque; d) processo produtivo flexível em que o trabalhador opera até 5 máquinas simultaneamente; e) melhor aproveitamento possível do tempo de produção, pelo princípio do *just in time*; f) criação de círculos de controle da qualidade, em que o trabalhador é estimulado a debater seu desempenho no trabalho para melhorar a produtividade da empresa; g) o trabalho é realizado em equipe com funções multivariadas, tornando-os polivalentes, pois também assumem responsabilidades na elaboração e controle da qualidade do trabalho realizado; h) existe estabilidade mínima de emprego para 25 a 30% dos trabalhadores, selecionados pela expertise destes na empresa, com maiores ganhos salariais vinculados ao aumento da produtividade, sendo o restante contratado por temporada ou aumento de demanda (ANTUNES, 2000). Este processo foi se ampliando para todas as empresas vinculadas a empresa maior (aqui, a Toyota), oferecendo resposta à crise financeira japonesa em curtíssimo prazo. O Japão atingiu padrões de produtividade e índices de acumulação de capital altíssimos.

Com vistas a recuperação de seu projeto de dominação na sociedade, o capitalismo reorganizou seu processo produtivo, com base no modelo japonês, recuperando a hegemonia em diversas esferas sociais. O estímulo ao subjetivismo e a individualidade foi a estratégia, no plano ideológico, para combater as formas de solidariedade e atuação coletiva e social (ANTUNES, 2012).

No plano econômico, observaram-se as mudanças em busca de um capitalismo livre de regras. Para que o mercado atuasse em livre concorrência, o Estado deveria ser o mínimo necessário com seus gastos extremamente controlados, visando o impedimento de problemas inflacionários e promover a privatização de empresas estatais existentes, de forma que este não desempenhasse o papel de produtor. Também haveria abertura completa da economia, com competição por meio da livre concorrência, em conjunto a prescrições de regras voltadas ao mercado financeiro (PAULANI, 2008).

No mundo do trabalho, o padrão produtivo anterior está intensificado: existe percepção de reconfiguração do poder do trabalho em favor dos empregadores, a introdução de tecnologia computadorizada não acarretou trabalho especializado e diminuição do contingente de trabalhadores (ANTUNES, 2000, 2008, 2012).

Todo esse processo tem como consequência, para o mundo do trabalho, a desregulamentação dos direitos trabalhistas, precarização na contratação, terceirização da força de trabalho, aumento da fragmentação na classe trabalhadora e desorganização do sindicato de classe, convertendo-o em sindicato das empresas (ANTUNES, 2012; LINHART, 2010).

Para o trabalhador, fica a sensação de trabalhar para morrer, de que os colegas são concorrentes, tem sensação de incompetência e de imagem desvalorizada, entre outros. São resultados da pressão do trabalho pelo aumento da produtividade, de imposição de objetivos nunca alcançáveis, de avaliações arbitrárias, da perda de referências importantes pelas mudanças constantes (LINHART, 2010).

2.3 O trabalho no setor saúde: repercussões do capitalismo

O setor saúde no Brasil é constituído por um sistema único cuja atenção é prestada em seus diversos níveis sendo ofertada pelo serviço público e pelo serviço privado conveniado ao SUS. Fora desse sistema, essa atenção é oferecida pelo serviço privado vinculado aos planos de saúde ou não (BRASIL, 1990; PAIM, 2008).

A operacionalização da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, não é uma luta finalizada, pois a organização do sistema com base nesta concepção tem sofrido diversos embates relacionados a perspectiva de transformação dos serviços de saúde, nas quase três décadas de sua existência (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; BRAVO; MENEZES, 2011; PAIM, 2008).

Sob a ótica do capital, o trabalho em saúde é identificado como serviço, que apresenta heterogeneidade e variedade, seja nas características de produto e de processo, seja relativa às estruturas de mercado. Compreende-se que “serviço é trabalho em processo e não o resultado da ação do trabalho” (MEIRELLES, 2006, p.134), por isso, um serviço é prestado e não produzido.

Existem duas formas de se caracterizar serviço. Este pode ser reconhecido como uma maneira de expressar “o valor de uso particular de um trabalho” ou então como “uma troca entre o usuário e o trabalhador” a partir de “uma venda individual de um trabalho sem intermediários” (KUENZER, 2004, p. 242). Outra forma é entendê-lo como “expressão de uma relação de compra e venda de força de trabalho que se integre ao processo de produção de mercadorias ao gerar um valor excedente que será apropriado pelo capitalista” (KUENZER, 2004, p. 242-243). No primeiro caso, o profissional de saúde atua como trabalhador autônomo, produzindo um trabalho mais qualificado e prazeroso. No segundo, o profissional vende sua força de trabalho para uma instituição (de saúde ou não), que define as dimensões do trabalho a ser desenvolvido, em troca de remuneração. Neste, o trabalho

apresenta tendência a desqualificação por intermédio da divisão do trabalho, pois visa acumular o capital para os proprietários, tornando-se mais explorado.

Outra característica a se destacar, em relação às atividades referentes à prestação de serviço, é a dificuldade de planejamento no que diz respeito ao custo/benefício, uma vez que há incerteza na demanda do mesmo no que diz respeito ao volume, ao tipo, ao momento e às necessidades do cliente. Diferentemente da indústria, em que o produto não rentável pode deixar de ser produzido, no setor de serviço, alguns não podem deixar de ser prestados. Um exemplo é o setor saúde (MEIRELLES, 2006).

O trabalho em saúde expressa a necessidade de cumprir uma finalidade social útil e os resultados deste trabalho não constituem mercadorias passíveis de comercialização (MEIRELLES, 2006; PIRES, 2008a). Ressalta-se, que para o capitalismo, a finalidade social do setor saúde é a preservação da higidez da força de trabalho ou de recuperação de processos de adoecimento desta, visando manter o processo produtivo, ao mesmo tempo em que, secundariamente, controla o absenteísmo e transfere a responsabilidade sobre esta saúde para o profissional médico, tirando-a do empregador (SANTO; FREITAS, 2009).

Diferentemente de outros processos produtivos, o trabalho em saúde é essencial para a vida humana e tem como fim o cuidado. Este é consumido ao mesmo tempo em que é prestado, tornando-se um trabalho que se caracteriza pela relação entre trabalhador e consumidor (usuário do serviço de saúde). Por se completar no ato de sua própria realização, seu produto é indissociável do processo que o produz – é a realização da atividade, sendo uma produção não material (BRASIL, 2005; PIRES, 2008b).

A ênfase na aplicação de um tipo de tecnologia (dura, leve-dura ou leve) e no estabelecimento da forma relacional a ser estabelecida define o tipo de trabalho a ser desenvolvido em saúde. Será um trabalho vivo quando realizado em ato; ou trabalho morto, quando há aplicação/uso de equipamentos já produzidos por outros (BRASIL, 2005; MERHY; FRANCO, 2008).

Na prestação do cuidado em saúde, observa-se a geração de mais-valia sem a ‘produção’ do capital, já que o indivíduo que consumiu o serviço não leva um produto para casa. O trabalho do profissional de saúde é denominado trabalho improdutivo, pois representa os custos do negócio, manifestando-se de forma diferenciada entre os serviços privado e público em saúde. No serviço privado, o trabalhador não desenvolve uma ação direta sobre a natureza, mas sim a conversão de uma riqueza existente sob a forma de dinheiro (de quem paga pelo serviço) para a forma de capital (empresa de saúde), já que o valor pago pelo serviço é muito maior do que o valor pago ao profissional de saúde pelo trabalho realizado.

No serviço público, essa transferência de riqueza não existe, pois ela advém do pagamento de imposto. Em ambos os espaços, o trabalhador é assalariado, sendo que no setor privado, o trabalhador é reconhecido como produtivo não proletário; no serviço público, não (LESSA, 2008, grifo do autor).

Ao observar a organização do trabalho em saúde, identifica-se que, em sua maioria, ele é coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e por outros trabalhadores que desenvolvem atividades complementares e essenciais à manutenção da estrutura institucional (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), pois um profissional de saúde sozinho não consegue responder a todas as necessidades de saúde de um indivíduo (MERHY; FRANCO, 2008). Pode-se perceber que a produção em saúde se assemelha a produção industrial, por sua complexidade tecnológica (das máquinas e do conhecimento produzido e aplicado no processo de trabalho), pela divisão social do trabalho e por apresentar jornadas de trabalho diferenciadas conforme a profissão, demonstrando mais a realização de um trabalho compartimentalizado, com diversos processos de trabalho vivenciados (BRASIL, 2005).

Para o desenvolvimento das atividades específicas, cada grupo de profissionais possui conhecimentos relativos à sua qualificação profissional. Historicamente construído, nesse âmbito coletivo institucional, seja ele hospitalar ou da saúde coletiva, os médicos dominam o processo de trabalho em saúde ao mesmo tempo em que delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde. Mas estes – enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros – também possuem espaço de decisão e domínio de conhecimentos próprios do trabalho profissional (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), diferentemente do início de sua constituição profissional.

Observa-se que ao caracterizar o trabalho em saúde como de natureza coletiva, não obrigatoriamente define um sentimento de coletividade, estabelecido pelas trocas e pelas ações “que tecem a rede relacional do trabalho coletivo” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p.723), o que limita a análise do mesmo.

O trabalho coletivo colaborativo para ser desenvolvido tem como condição necessária o conhecimento mútuo do trabalho, por meio da identificação das diversas lógicas de trabalho, bem como da comunicação, contribuindo para a resolução das dificuldades deste. A confiança e a cooperação pertinentes a este tipo de trabalho são construídas com o tempo, o que demanda estabilidade e permanência na instituição e presença, gerando compromisso. O processo de gestão tem como papel articular as diversas lógicas de trabalho dos diversos atores com vistas à realização do trabalho em saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Destaca-se aqui a contradição entre a proposta de trabalho no SUS que vem desde sua implantação em 1988 e o projeto econômico traçado desde então. A realização da primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), sete meses após à 8ª CNS, teve como propósito levantar as questões relativas ao trabalho em saúde, tais como: formação dos profissionais de nível elementar, médio e superior; qualificação no trabalho; carga horária de trabalho, condições de trabalho; carreira; estabilidade do servidor público; saúde do trabalhador; salário, dentre outras. As recomendações visavam a construção de um plano de cargos, carreiras e salários para o SUS, que até hoje não se viabilizou, apesar de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS) ter sido publicada há oito anos (CONFERÊNCIA, 2007).

Nos dias atuais, ao mesmo tempo em que projetos com perda de conquistas trabalhistas são aprovados em cascatas nos diversos níveis de legislativo, também propostas de desregulamentação das relações de trabalho são consagradas. Como, no Brasil, o principal empregador é o setor público, tal situação de flexibilização tem gerado vulnerabilidade nas condições de trabalho (BARALDI et al, 2009).

Contratos de trabalho flexíveis são favorecidos, a exemplo da Europa e EUA, por meio de diversos instrumentos jurídicos: cooperativa de saúde, fundação de saúde, organização social (OS), organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP), organização não governamental (ONG), contrato com órgãos internacionais. Estes são os diversos arranjos que órgãos públicos dos três níveis de gestão (federal, estadual, municipal) vêm incorporando para contratação e prestação de serviço de saúde, utilizando como argumento os limites de despesa de custeio do Poder Público disposto por lei complementar, conhecida como Lei Camata (BARALDI et al, 2009). Tal situação tem repercutido na permanência do profissional de saúde nos serviços de saúde, com geração de alta rotatividade nos postos de trabalho. Como ainda aponta a autora, esta situação também produz um processo de vulnerabilidade adicional ao trabalhador de saúde, já que convive com situações de insalubridade e periculosidade.

É neste contexto de lutas e contradições entre o privado e o público, o individual e o coletivo, o hospital e a saúde coletiva, de ideologia de cada profissão de saúde, que se faz necessário refletir sobre o trabalho em enfermagem (DAVID et al, 2009). Com o maior contingente de trabalhadores neste setor, de que forma esta profissão se insere na organização do trabalho em saúde? Analisemos a seguir.

2.3.1 O trabalho em enfermagem

A enfermagem nem sempre teve seu processo de trabalho analisado sob a ótica do modo de produção social. Pela grande influência religiosa e militar, este era sempre caracterizado pelo espírito de servir, pela submissão relacionada ao papel da mulher na sociedade, pela dedicação e como sacerdócio (PIRES, 2008a), o que ainda caracteriza os dias atuais.

Foi em torno dos anos 1970-1980, em que se inicia um processo de análise do setor saúde, tendo como referencial teórico a determinação social do processo saúde-doença com base no materialismo dialético, que enfermeiras (ALMEIDA; ROCHA, 1989; GERMANO, 1985; MELO, 1986; SILVA, 1985) iniciaram pesquisas tendo como objeto o trabalho em enfermagem, a partir desta visão crítica. Elas buscaram caracterizar o saber e a prática da enfermagem, a ideologia no processo formativo, a divisão social do trabalho em enfermagem, os processos de trabalho desenvolvidos pela categoria, entre outros aspectos. Neste período, ampliou-se o debate sobre a enfermagem como profissão, com base nos preceitos da sociologia das profissões. A descrição de critérios técnico-científicos, valores ético-profissionais, do processo de trabalho, que caracterizam a profissão com base nos elementos definidos por Marx, é consequência deste movimento.

O reconhecimento dos processos de trabalho da enfermagem tem permitido compreender as razões sociais deste, bem como identificar suas especificidades frente às possibilidades, limitações e articulações com o setor saúde. Também parte da premissa em reconhecer a enfermagem como profissão autônoma (ALMEIDA, ROCHA, 1997).

A enfermagem possui mais de um processo de trabalho que são ou não executados de forma concomitante. Geralmente são reconhecidos 4 processos principais: o assistir, o administrar, o pesquisar e o ensinar (ALMEIDA, ROCHA, 1997; FRACOLLI, GRANJA, 2005; PIRES, 2009; SANNA, 2007). Contudo, Sanna (2007, p.223) reconhece um quinto processo que é a participação política, destacando que este “permeia todos os outros processos e, muitas vezes está presente sem que o profissional de enfermagem dele tome conhecimento”. Destaca que é um engano frequente, os enfermeiros se posicionarem sem crença, ideologia ou ficarem fazendo doutrinação, pois a participação política é relativa ao papel de cidadão. Lessa e Araújo (2013) destacam que a organização política amplia o espaço social do enfermeiro, que se fortalece pelo trabalho coletivo. Conforme a qualidade da

participação política dos sujeitos, as chances e conquistas, amparadas pelo conhecimento inovador, podem ser ampliadas.

Para cada processo, foram levantados os componentes que caracterizam cada um deles – objeto, agente, instrumento, finalidade, método e produto (FRACOLLI, GRANJA, 2005; SANNA, 2007). Reconhece-se como *objeto* de trabalho, algo sobre o qual foi realizada uma ação humana, a partir de processos de trabalho, que gera um produto ou serviço, com transformação. Os *agentes* são os indivíduos que atuam sobre o objeto de trabalho, alterando-o, seja produzindo um produto, seja um serviço; é a realização do trabalho em si. Para realização deste trabalho, utilizam-se *instrumentos*, que são identificados com extensão do trabalhador. Dentre eles, destacam-se os equipamentos (maquinários e artefatos) e o conhecimento necessário para realização do trabalho. A finalidade do trabalho nem sempre é de um único trabalhador, pois significa a razão pelo qual é realizado. Dá significado ao trabalho ao atender a necessidade de sua realização. A organização das ações a serem executadas pelos agentes sobre o objeto de trabalho com utilização dos instrumentos selecionados, visando atingir a *finalidade* do trabalho caracteriza o *método* empregado na produção do bem ou serviço, *produto* do trabalho (SANNA, 2007, grifos meu).

Pires (2009) lembra que a análise das características de uma profissão precisa ser realizada a partir da organização do trabalho em saúde, por ser determinado pelo modo de produção capitalista no Brasil. Como profissão de saúde e disciplina do campo da ciência que estuda o cuidado humano, tem as condições de trabalho e o exercício da autonomia delimitados pelos cenários político-institucionais e pelo paradigma hegemônico de ciência, o que dificulta o reconhecimento da utilidade social deste trabalho.

Estas delimitações são historicamente construídas. Desde sua conformação como profissão, a enfermagem é marcada pela divisão social do trabalho⁴ como expressão do modo capitalista de produção. Está relacionada à institucionalização do cuidado no hospital pensado pela Igreja Católica, quando este ainda era prestado por religiosas e pessoas leigas para ajudar a expiação dos pecados dos doentes (pobres, velhos, soldados muito feridos) já com a presença de médicos (MELO, 1986; PADILHA; MANCIA, 2005).

O papel do hospital foi sendo modificado de acordo com os interesses sociais. As Cruzadas, a perseguição às mulheres curandeiras e parteiras, a Reforma Protestante, a Revolução Industrial influenciaram na mudança de significado do hospital - de local de expiação dos pecados pela morte para o de cura. Neste contexto, o médico tornou-se gestor e

⁴ Divisão social do trabalho - Designa a divisão do trabalho social em atividades produtivas ou ramos de atividades necessárias para a reprodução da vida (Pires, 2008a, p.125)

planejador da assistência a ser cumprida pelas pessoas leigas que prestavam o cuidado. Com a organização inspirada na hierarquia religiosa e militar, nas novas descobertas científicas, e cumprindo o papel de manutenção da força de trabalho, surgiu a necessidade de aumentar a moral e a profissionalização do pessoal de forma a contribuir na modificação da qualidade e dos resultados da assistência, atendendo às necessidades do capitalismo⁵ (MELO, 1986; PADILHA; MANCIA, 2005).

Ao ganhar o status técnico, a enfermagem afastou-se dos demais agentes (parteiras, religiosos), mas também assumiu as funções técnicas e manuais referentes ao trabalho médico, mantendo a subordinação a esse profissional. Ressalta-se aqui o papel de Florence Nightingale neste contexto. Ao desenvolver as concepções da profissão, ela se propôs a formar enfermeiras para serviços hospitalares, visitas domiciliares e ensino de enfermagem. Na escola que criou, as candidatas provinham de classes diferentes. As *ladies-nurses*, pertencentes à classe social elevada, eram preparadas para o ensino e supervisão do trabalho (trabalho intelectual). Os cuidados diretos aos pacientes (trabalho manual) eram desenvolvidos pelas *nurses*, oriundas de classe social “inferior”, sob supervisão das anteriores. Pela condição financeira inferior, pagavam os estudos com o trabalho no hospital, com recebimento de salário, além de morarem no internato. Assim, a enfermagem moderna, por meio da divisão técnica do trabalho, reproduz a divisão social de classes, e, sob à luz do capitalismo, conforme interesse político específico, cria-se as bases da profissão (MELO, 1986; PADILHA; MANCIA, 2005).

Como profissão de saúde, caracterizada no setor de serviços, a organização do trabalho em enfermagem foi muito influenciada pelos princípios de Taylor (MATOS; PIRES, 2006). As tarefas manuais eram divididas entre os trabalhadores de nível médio - técnicos e auxiliares de enfermagem, a partir do trabalho planejado e gerenciado pelo enfermeiro.

Com investimento no processo de municipalização da saúde, como local privilegiado de acesso da população ao sistema, houve a expansão da rede de pública de saúde, no nível de atenção básica, com abertura de unidades básicas de saúde e implantação das equipes de estratégia da família. Observou-se também ampliação nos níveis secundários e terciários de atenção, com a criação de ambulatórios, hospitais municipais e até regionais, o que representou incremento em postos de trabalho para a enfermagem (PEREIRA et al, 2009).

⁵ Melo (1986, p.48) destaca o interesse do capitalismo no emprego da mão de obra feminina, principalmente as de classe social mais baixa. Como o trabalho de enfermagem era essencialmente manual, e por isso considerado inferior, nada melhor para o capitalismo que continuasse a ser exercido por mulheres.

Conforme a operacionalização do SUS foi ficando mais clara, voltou-se o foco sobre o modelo de atenção à saúde que, fundamentado no princípio da integralidade da atenção, vislumbra a indivisibilidade das dimensões constituintes do ser humano, como também, da articulação entre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e da integração entre os serviços. Complementando tais discussões, entraram em pauta as questões voltadas para o trabalho em equipe e para a gestão participativa (PEREIRA et al, 2009).

Estas mesmas autoras apontaram desafios para a enfermagem pensar o desenvolvimento do cuidar, da gestão do trabalho, do pesquisar e ensinar, frente aos aspectos elencados para atuação no SUS, que se mantêm pertinentes. Relevam a necessidade em romper dicotomias presentes, que foram historicamente construídas, entorno do pensar e do fazer a enfermagem, tais como: “curativo e preventivo, hospital e saúde pública, cuidar e gerenciar, ensinar e fazer, pesquisar e ensinar, universidade e serviço, teoria e prática, dentre outras” (PEREIRA et al, 2009, p. 775). Outro aspecto envolve a noção de complexidade do trabalho, relativo ao uso de equipamentos e técnicas sofisticadas, em detrimento à complexidade das relações humanas, do cuidado integral.

Indicam a necessidade de se rever o trabalho em equipe verticalizado, frente a perspectiva de relações de trabalho mais horizontalizadas, em que os diversos saberes são considerados e cuja gestão seja mais democrática. Vislumbram, por meio deste olhar para o trabalho, possibilidade da subjetividade do trabalhador na produção de seu trabalho, pois ao ressignificar o trabalho em equipe, busca-se a superação da posição subalterna, que contraditoriamente a enfermagem tem assumido, especialmente em relação ao médico. Destacam a clareza que se deve ter das complexidades das relações, permeadas que estão por disputas, por projetos individuais e coletivos, mas que necessitam ser avaliadas com base na finalidade principal do projeto institucional, que é o cuidar do cidadão (PEREIRA et al, 2009).

Estes desafios delineados partiram de reflexões sobre as dimensões que o trabalho no SUS assume frente a seus princípios e diretrizes. Mas, tendo em vista o processo de privatização da gestão das unidades que compõem o SUS, que repercussões esta modalidade tem produzido no trabalho de enfermagem?

Ainda são poucas as pesquisas, que retratam essa realidade, mas Baraldi et al (2009) apontam que a enfermagem vem convivendo com condições variáveis de trabalho (carga horária, tipo de vínculos, remuneração, condições ambientais, direito às férias), multiplicidade de vínculos e acesso variável aos direitos trabalhistas, frente ao avanço do neoliberalismo. S, Observam que os profissionais de enfermagem ficam vulneráveis à flexibilidade imposta

pelas formas de contrato de trabalho apresentadas (cooperativas, agência empregadoras, microempresas de profissionais, organizações sociais e fundações de direito privado).

Essa realidade é relatada por Bertoncini, Pires e Scherer (2011), quando analisam as condições de trabalho de enfermeiras na estratégia de saúde da família. Apesar de todas serem efetivas no quadro municipal, os outros trabalhadores, com quem dividem o processo de trabalho, têm vínculos empregatícios variados, inclusive precarizado. Tal situação gerava sobrecarga de trabalho para elas, precariedade dos instrumentos de trabalho, tomadas de decisão que promoviam insatisfação no trabalho realizado e, em alguns casos, limite na realização do mesmo. O estudo revelou o lapso entre o preconizado pela política pública e a realidade concreta de trabalho.

Kuenzer (2004) compara o trabalho de enfermeiros e professores ao dos montadores de automóvel na fábrica, quando submetidos à lógica da reestruturação produtiva, com repercussão nos serviços, que se ajustam para manter a acumulação do capital. Antes restava o serviço público, espaço entendido como possibilidade de projetos de transformação da sociedade, cuja gestão está cada vez mais terceirizada, sendo regida pelas leis de mercado.

Mas esta nova forma de organização e de gestão do trabalho substituiu a fragmentação das tarefas por procedimentos mais ampliados, demandando maior conhecimento do trabalho em sua totalidade. Amplia, assim, a possibilidade de participação, de controle do próprio trabalho, de decisão, tornando necessária uma formação mais sólida e densa. Observa-se aqui uma contradição com a concepção do capital, que surge pela natureza não-material do trabalho de enfermeiros e professores – não é possível separar o produto do produtor (KUENZER, 2004).

Apesar do discurso da melhoria das condições de trabalho, aponta esta mesma autora, o que se observa é um trabalho cada vez mais precarizado e intensificado, pois o acúmulo do capital é obtido pelo aumento da exploração deste. O discurso de flexibilização do trabalho, que o tornaria interessante, aumenta a responsabilidade, gera nova modalidade de gerenciamento pelo estresse, com aceleração do fluxo de resolução de problemas. A melhoria da qualificação, que essas situações demandam, não se expressa em melhores salários.

Ao se considerar o trabalho em saúde como relacional, em que se busca um cuidado holístico humanizado e um modelo de atenção em saúde que considere os determinantes sociais, culturais, políticos que envolvem o processo saúde-doença, compreendendo-a como direito, algumas questões surgem: O trabalhador enfermeiro consegue compreender a dinâmica que o modelo neoliberal impõe ao processo de trabalho em saúde/enfermagem? Será

que a formação ofereceu conhecimento que o permite perceber a influências desta doutrina econômica nas relações trabalhistas?

Assim, é importante analisar como tem ocorrido a formação do enfermeiro no Brasil da constituição da primeira unidade formadora até o presente momento, relacionando ao momento social vivido e a influência na saúde e no trabalho.

3 A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM E A RELAÇÃO COM O PROCESSO PRODUTIVO

No desenvolvimento / aperfeiçoamento das pessoas percebe-se a ação educativa, que não está descolada do contexto em que acontece nem da(s) intencionalidade(s) de transformação do sujeito. Sujeito que deseja a transformação e do sujeito que apoia a mesma.

A educação e formação de trabalhadores e profissionais de saúde no Brasil, inicialmente, emergem de forma simplificada, tornando-se mais complexas conforme se amplia a discussão sobre a gestão do trabalho em saúde e a necessidade de preparo destes trabalhadores para exercerem sua função neste sistema.

Na educação formal e sistematizada em enfermagem não é diferente. Para entender a formação de enfermeiras/os implementada hoje, implica em localizá-la na história de sua profissionalização a partir da constituição das Escolas de Enfermagem. Faz-se necessário também identificar os interesses que permeiam sua história e as lutas de poder que foram e, ainda continuam sendo, enfrentadas pelo grupo, tanto no que diz respeito às políticas de saúde, quanto às de trabalho.

Com base neste entendimento, este capítulo está dividido em duas partes. Na primeira, levanto a formação de enfermeiros com destaque para a especificidade da formação no Brasil; em segundo, discorro sobre a formação na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ) e sua relação com o contexto histórico da Enfermagem no Brasil.

3.1 A formação profissional do enfermeiro no Brasil: perspectivas

A implementação de políticas públicas no setor de saúde tem estado relacionada às políticas no setor de educação para atenderem à economia do país. Isto caracteriza a importância em continuar a compreender a relação educação, trabalho, saúde.

Neste contexto, a enfermagem, como uma das profissões do setor saúde que mais possui trabalhadores atuando⁶, esteve sempre marcada pelo desenvolvimento destas políticas. Seus representantes sempre se posicionaram, aderidos ou em movimentos de resistência, vivenciando também as lutas internas. Assim, a formação de profissionais para atuarem na enfermagem brasileira tem sido influenciada pelos diversos determinantes (econômico, político, ideológico) na história da constituição desta profissão (GERMANO, 1985; MELO, 1986).

Conformada com base em valores humanitários, morais e éticos, parecia que esta constituição encontrava-se distante destes contextos anteriores. O desvelamento da realidade de aderência ou resistência à determinada visão de mundo e dos processos políticos iniciou-se por pesquisas realizadas por enfermeiras, a partir dos anos 1970, com críticas ao pensamento conservador da enfermagem. Estas analisaram o processo de trabalho da profissão à luz das concepções marxista e outras, relacionando capitalismo e saúde, base do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Vem sendo ampliada com a constituição de núcleos de pesquisa sobre história, sobre educação e sobre o trabalho em saúde em diversos programas de pós-graduação de enfermagem no país (GERMANO, 1985; MELO, 1986; SILVA, 1986; BACKES et al, 2009; RAMOS; GELBCKE; LORENZETTI, 2009).

No Brasil, a formação sistematizada é marcada por eventos relacionados aos interesses políticos e econômicos. A criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), vinculada ao Hospital Nacional dos Alienados, em 1890, tinha como propósito formar enfermeiros e enfermeiras para os hospícios e hospitais da República, como também suprir a falta desta mão de obra e ser mais uma opção de profissão para o sexo feminino, principalmente para as jovens egressas dos orfanatos (MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002).

Até então, quem cuidava dos alienados eram as freiras, ajudadas por escravos, ex-escravos e africanos livres, sem embasamento científico. A perspectiva da assistência prestada era caritativa, para o corpo e a alma, como preconizado pela Santa Casa de Misericórdia. Com o rompimento entre Estado e Igreja, a partir da República, houve a desvinculação do hospital e de suas colônias desta instituição religiosa. Com a estatização, os médicos assumem o poder e as religiosas, por não concordarem com a gestão médica estabelecida, saíram de forma

⁶ Registrados no COFEn em 2014: total de 1.863.194 profissionais de enfermagem, sendo 20,46% Enfermeiros; 45,5% Técnicos em Enfermagem, 33,09% Auxiliares de Enfermagem e 0,93% Atendentes de Enfermagem. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br/atlas/>.

abrupta, ficando os internos sem cuidados (MEDEIROS; TIPPLE; MUNARI, 1999; MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002).

Moreira, Porto e Oguisso (2002) identificaram que entre o período de criação e o de inauguração da escola houve um intervalo de sete anos. Durante este, enfermeiras francesas foram contratadas por dois anos para organizarem o serviço de enfermagem até a formação da primeira turma da escola. A vinda delas também significava a importação de saberes e práticas da Europa e o processo de laicização do atendimento em saúde.

Os autores destacaram que a escolha por enfermeiras francesas partiu da necessidade dos psiquiatras em se impor na forma de organização dos hospícios. O modelo francês previa a centralização do espaço e dos agentes de enfermagem pelo médico como seus auxiliares, diferentemente do modelo *nightingaleano*, que preconizava a direção do corpo de enfermagem e a administração do ambiente físico como função da enfermeira.

A formação da primeira turma não aconteceu no tempo esperado, com uma segunda inauguração em 1901. Atribuiu-se tal situação ao fato de que as primeiras alunas do curso não tinham perfil para o exercício da enfermagem. Além disso, só era exigido saber ler, escrever e realizar operações básicas de aritmética. Ressaltam-se algumas características desta formação: apresentava um currículo estruturado, com matérias organizadas por período, com conteúdos aprofundados e de vasto campo, com padrão maior que o de Paris. Todas as matérias eram administradas por médicos do Hospital Nacional dos Alienados, que também exerceram a direção do serviço de enfermagem pelo menos por 50 anos (MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002). Hoje a gestão dessa escola é exercida por enfermeiras, tem como denominação Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO).

A seguir, duas outras escolas foram fundadas, mas possuíam intenções específicas: a do Hospital Evangélico (1901-1902), hoje Hospital Samaritano, em São Paulo, e a da Cruz Vermelha Brasileira (1916). A primeira foi criada com o propósito de formar um corpo de enfermeiras para atender estrangeiros. O curso era em inglês por ser administrado pelo primeiro corpo de enfermeiras da instituição – inglesas oriundas de escolas orientadas por Florence na Inglaterra -, que recrutavam, em famílias estrangeiras do sul do Brasil, as candidatas a corpo discente. A segunda, criada no primeiro pós-guerra, teve como objetivo preparar pessoal para atuar em situações de emergência de guerra. Era subordinada ao Ministério da Guerra, com período de formação de 2 anos. Curiosamente, o trabalho de suas egressas não cumpria o decreto que regulava o exercício de Enfermagem no Brasil datado de

1931, só se adequando a legislação anos mais tarde (MEDEIROS; TIPPLE; MUNARI, 1999; SILVA, 2013).

O outro evento envolve a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN). Criada em 1922, anexa ao Hospital Geral da Assistência⁷, também era vinculada ao Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), principal setor de absorção das egressas. O médico Carlos Chagas, diretor deste órgão, liderava uma reforma sanitária em todo o país, com ênfase na Saúde Pública, motivo pelo qual buscava ampliar o quadro de enfermeiras. Tal propósito estava relacionado às epidemias que assolavam nosso país e à descrição de como o povo vivia nos sertões brasileiros e que impactavam nas relações comerciais internacionais, marcando o desenvolvimento desta profissão nestes contextos político e econômico (BRASIL, 1922, 1923; GERMANO, 1985, 2003; MEDEIROS, TIPPLE, MUNARI, 1999; SILVA, 2013).

Por meio de missão de cooperação técnica entre os países, a partir da Fundação Rockefeller, enfermeiras estadunidenses vieram ao Brasil, para cumprir três frentes de trabalho – estruturar a Escola de Enfermeiras com base no modelo *nightingaleano*, organizar o Serviço de Enfermagem do DNSP e também do Hospital (SANTOS et al, 2011).

Suas características a diferenciava das escolas até então implantadas: só tinha enfermeiras como professoras, a duração do curso era de 36 meses, recebia só mulheres e as mesmas tinham que apresentar diploma de normalista ou de ensino secundário e declaração de idoneidade moral (adquirida na delegacia). Tais critérios tornaram-na padrão para criação de outras escolas de enfermeiras em todo território nacional por decreto presidencial, sendo reconhecida como a primeira escola de enfermagem moderna no país (GERMANO, 2003; SANTOS et al, 2011; SILVA, 1986; SILVA, 2013).

Mas, apesar da criação da Escola de Enfermeiras estar vinculada a necessidade de ações relacionadas à saúde pública, observa-se dicotomia em dois aspectos: os conteúdos, em sua maioria, eram voltados para a atenção no âmbito hospitalar, espaço de desenvolvimento de ensino e de prática (SANTOS et al, 2011). As egressas desse curso, além de absorvidas no DNSP, também passaram a ocupar a gestão de enfermagem de hospitais e serviços e de organização das instituições de ensino de enfermagem no restante do país.

Devido ao tempo de duração e do alto custo desta formação, as escolas de enfermeiras se expandiram de forma lenta. Outro fator que interferiu no ritmo desta expansão foi a cultura social das famílias mais abastadas, que não viam com bons olhos o trabalho feminino e muito

⁷ Hoje é conhecido como Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA).

menos o de enfermeira. A conjunção destes fatores acarretou em um número insuficiente destas profissionais para atender as necessidades de assistência à população (SILVA, 1986).

Como solução emergencial, foram propostos e criados cursos regulares para formar pessoal para assistência direta ao doente nos hospitais, em grande quantidade. Pela Lei 775/1949, que dispôs sobre o ensino de enfermagem, há o reconhecimento dos cursos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, obrigando as Universidades e Faculdades de Medicina a criarem escolas de enfermagem vinculadas às mesmas. Em algumas instituições formadoras esta vinculação permanece até hoje, com o curso de Enfermagem como um departamento dentro da Faculdade de Medicina, demonstrando a hegemonia médica como controladora do processo coletivo em saúde (BRASIL, 1949).

Esta lei define critérios e currículos para ambos os cursos. A formação de enfermeiras deveria acontecer em um prazo de 36 meses, e para se inscrever a candidata deveria ter o curso secundário concluído. Para a formação das auxiliares de enfermagem, os cursos teriam uma estrutura curricular mais simples, com duração de 18 meses, admitindo-se pessoas com conclusão somente do curso primário⁸. O currículo de formação de enfermeiras apresenta pouca diferença em relação ao anterior, mantendo a dimensão preventiva. Observa-se já grande tendência para o ensino no âmbito hospitalar, considerando a oferta do mercado de trabalho, devido a abertura ampliada do quantitativo de hospitais (GERMANO, 2003).

Essa medida estava relacionada ao fato de que, decorridos 59 e 29 anos desde a criação das Escolas de Enfermagem Alfredo Pinto e Anna Nery, respectivamente, algumas funções “auxiliares” ainda eram exercidas, principalmente no interior do país, por pessoal sem qualificação profissional - os atendentes -, que foram sendo vinculados à enfermagem pela natureza de suas ações. A existência deste grupo foi estimulada pelo próprio governo, para ampliar o atendimento à população, correspondendo a mais de 50% da força de trabalho em enfermagem nos serviços de saúde, tanto de saúde pública quanto hospitalar (PIMENTEL, 2006).

A intensificação da industrialização no país no início do século XX, a luta dos trabalhadores por direitos trabalhistas e a necessidade da manutenção dos corpos para o trabalho são fatores que provocaram mudança no perfil epidemiológico do país. Apesar de ainda haver muitas epidemias nas áreas rurais, as grandes cidades já tinham suas unidades hospitalares implantadas, *locus* de concentração da atuação de enfermeiras (PIMENTEL, 2006).

⁸ Este primário (1ª a 4ª séries) corresponde do segundo ao quinto ano do ensino fundamental nos dias atuais, pois à época não havia classe de alfabetização, nem educação infantil.

A legislação de educação foi mudando e privilegiando o ensino das ações em nível hospitalar, em detrimento das ações de saúde pública. Esta realidade se manteve até os anos de 1990 (GERMANO, 1985, 2003). Tal fato fica claro na análise das legislações relativas a enfermagem a partir dos anos de 1960.

Apesar das definições legislativas, a Enfermagem só vai ser reconhecida como formação de ensino superior em 1962, a partir de parecer e resolução que a homologava a partir da promulgação da primeira LDB regulando o ensino nacional. Esta formação já mostra uma direção clara para o ensino hospitalar. Tal fato tem como base a mudança da economia, que ampliava processos de concentração de renda e de exclusão social e a privatização da saúde de forma empresarial, resultando no privilégio de ensino clínico, reproduzindo o ensino médico (GERMANO, 2003).

A proposta de formação articulada entre a Comissão de Peritos de Enfermagem, ABEn e representação das 19 escolas de enfermagem do país era de manter a duração desta em 4 anos e as disciplinas relacionadas às clínicas especializadas, de caráter curativo. Nesta proposta, o conteúdo relativo à Saúde Pública não era mais obrigatório, aparecendo como especialização. Mesmo com o aval da Comissão de Peritos de Enfermagem, esta proposta foi alterada por uma comissão de 3 médicos com redução da duração do curso para 3 anos, introduzindo especializações no quarto ano e eliminando a disciplina Enfermagem em Saúde Pública, o que restringiu a formação da enfermeira (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). Clara demonstração da hegemonia médica no setor saúde.

Em plena luta pelo fortalecimento da categoria, ainda surge mais uma divisão. Em 1966, é criado o curso de técnico de enfermagem, ficando a profissão dividida em 4 categorias: enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente de enfermagem. Silva (1986) analisou que a criação do técnico em enfermagem espelhou mais uma tendência tecnicista, do que atendimento às necessidades da população.

No estudo da história da enfermagem, o que se observa é a intensificação da divisão técnica do trabalho como representação significativa da divisão social do trabalho, corroborada pelo próprio processo de formação expresso na legislação. Em sua luta por se firmar como profissional, e por sua maioria ter origem na própria classe hegemônica, as enfermeiras aceitam uma formação restrita ao fazer para os profissionais de nível médio, mudando pouco esta relação nos anos vindouros. Tem sido a marca da separação do pensar e do fazer no processo de trabalho em enfermagem (PIMENTEL, 2006).

Por estar em plena ditadura, as mudanças no setor de educação tinham como propósito o controle social. Em 1968, com a revisão da legislação do ensino superior e, em 1972, com a

revisão do ensino primário, secundário e educação profissional, a situação ficou mais crítica (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Para o nível superior, o parecer que gerou a portaria de regulamentação do curso de enfermagem apontava para manutenção da proposta de currículo aprovada em 1962, com exceção da especialização no 4º ano. Esta passou a ser uma ‘habilitação’, que enfatizava a necessidade de domínio pelo enfermeiro das técnicas avançadas em decorrência do avanço científico-tecnológico, já que a medicina precisava de uma enfermagem especializada para desenvolver melhor um cuidado curativo, prejudicando a formação geral (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). As autoras analisaram que o propósito de tal parecer estava relacionado a questão do custo da formação de especialista para instituição formadora, o que deixa de acontecer com a habilitação.

Em relação ao ensino profissionalizante, mantiveram-se as categorias de técnico e auxiliar de enfermagem com exigência do 2º grau. Ao ser questionado sobre a necessidade de duas categorias com a mesma exigência de ensino, o Conselho Federal de Educação (CFE) se pronunciou pela exceção, passando a exigência de ensino de 1º grau para o curso de auxiliar de enfermagem de forma transitória e emergencial para atender às exigências do mercado de trabalho e da realidade financeira do país, o que perdurou por 19 anos até a legislação atual (PIMENTEL, 2006).

A década de 1980 também é um período importante na concepção de enfermagem em nosso país. Não satisfeito com a proposta de formação vigente e no seio dos movimentos pela redemocratização do país, um grupo questiona o papel da gestão da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) na condução das propostas da categoria para um projeto político-profissional da enfermagem em plano nacional, que assumia um papel de transmissão das políticas oficiais, com veiculação dos interesses da indústria multinacional do setor saúde, sem debate político ao centrar seus eventos apenas em questões técnicas. Albuquerque e Pires (2006) ressaltam que a essência de tal movimento era a busca para colocar a Enfermagem na luta pelo direito à saúde, pela qualidade da assistência e por condições mais dignas de trabalho para todos os que exercem a enfermagem. Denominado de Movimento Participação, contemplava todos os trabalhadores de enfermagem e lideranças, buscando realizar uma ampla análise da situação da enfermagem brasileira sobre questões como:

(...) a identidade profissional; a composição da força de trabalho; organização e relações de trabalho; o papel político da categoria na sociedade; a visão sobre saúde e a realidade institucional do setor; a fragilidade da representação social da profissão – fragmentada e com pouca visibilidade social; além de apontar a postura de submissão da ABEn às

políticas governamentais e a falta de democracia interna (ALBUQUERQUE; PIRES, 2006, p. 229).

É preciso destacar uma experiência significativa neste período que também contribuiu para ampliar o debate em torno de uma proposta mais democrática de formação para enfermagem. A Enfermeira Izabel dos Santos⁹ iniciou um movimento sobre a qualificação da força de trabalho de nível médio na enfermagem, em decorrência de sua experiência profissional pelo interior do país na relação com os atendentes, trabalhadores sem acesso ao processo formal de profissionalização (GERMANO, 2003). Ao se tornar consultora da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), elaborou um projeto para qualificar esses trabalhadores, levando a eles cidadania e qualificação para o cuidar em enfermagem, pautada em uma concepção de educação voltada para o adulto trabalhador (BASSINELO; BAGNATO, 2009a, 2009b; GRYSCHKEK et al, 2000).

A base desta proposta buscava formar o atendente em auxiliar de enfermagem no próprio local de serviço, articulando o ensino com a prática profissional, de forma a qualificar as ações a serem desenvolvidas no atendimento à população. As enfermeiras também do serviço atuavam como docentes e avaliavam a formação dos trabalhadores. Possuindo ou não licenciatura, passavam pela capacitação pedagógica elaborada especialmente para o projeto, para entendimento de sua concepção, seus princípios e valores, que baseados em uma perspectiva crítica de educação, diferiam da proposta de formação vivenciadas por elas como discentes e da então preconizada na formação do auxiliar de enfermagem (GRYSCHKEK et al, 2000). Este projeto agregou mais dinâmica aos debates sobre o processo formativo em enfermagem que, com maior aderência ao movimento da Reforma Sanitária, vislumbrava ampla reforma na prática profissional a partir da redefinição da política de formação.

Por meio de diversas oficinas de trabalho e de seminários regionais e nacionais, com base nas recomendações das conferências ocorridas em 1986, o coletivo da enfermagem, conduzido pela ABEn, definiu os principais aspectos para reformulação da proposta de currículo que envolveu: “extinção das habilitações, aumento da carga horária, redimensionamento dos conteúdos de ciências humanas e biológicas, valorização do compromisso com a sociedade e a reflexão sobre a prática profissional” em que também deveria considerar “o perfil sanitário e epidemiológico da população, a organização dos

⁹ Izabel dos Santos elaborou e coordenou o Projeto de Qualificação dos Trabalhadores de Nível Médio na Saúde em Larga Escala, que ficou nacionalmente conhecido como Projeto Larga Escala, a partir de convênio entre OPAS, MS, MEC, MPAS, em 1982, e a metodologia de aprendizagem nele proposta se propagou para a formação do enfermeiro. Com base, neste projeto foi criado o Projeto de Profissionalização em Auxiliar de Enfermagem (PROFAE), em 1999, ao qual foi agregada a especialização enfermeiro em docente para a formação do nível técnico de enfermagem.

serviços de saúde, o processo de trabalho em enfermagem e a articulação entre o ensino e os serviços” (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001, p.84).

As principais estratégias para mudança desta formação também envolviam o debate sobre a integração docente-assistencial, por meio da articulação teoria-prática; articulação entre as entidades; política de formação de nível médio e superior, de educação continuada em serviço e profissionalização do atendente (GERMANO, 2003).

Esta proposta encaminhada ao CFE pela ABEn em 1991, foi considerada por meio da emissão do Parecer 314/94 em abril, com sua homologação pela Portaria 1.721, publicada em dezembro do mesmo ano. Ela oficializava o currículo mínimo revisado, contemplando o que foi demandado pela enfermagem, com exceção de educação em enfermagem. Infelizmente, apresentava a distribuição das matérias em porcentagem de carga horária, o que surpreendeu a categoria (UERJ, 2005).

Exatamente dois anos depois (1996), foi publicada a LDB vigente, que preconiza a formação do Ensino Superior por meio de diretrizes curriculares e abre a possibilidade de criação de instituições de ensino superior sem estar vinculadas à universidade ou centro educacional. O Ministério da Educação (ME), por meio da Secretaria de Ensino Superior (SESu), publicou o Edital nº 04/97, chamando as IES para apresentar propostas a serem contempladas nas DCN para os cursos superiores. A sugestão da própria secretaria era de que a discussão acontecesse de forma coletiva, o que a enfermagem já vinha fazendo. O edital solicitava que as categorias profissionais, considerassem os seguintes itens: perfil do egresso, competências e habilidades desejados, conteúdos curriculares, estruturação modular do curso, estágios e atividades complementares e conexão com a avaliação institucional. (XAVIER; BAPTISTA, 2010).

Com o prazo exíguo, a ABEn chamou seus associados para debaterem os itens do edital. Assim, no Rio de Janeiro, o coletivo de enfermagem no 3º Seminário Nacional de Diretrizes e Bases da Educação em Enfermagem (SENADEn) em 1998, reafirma a proposta presente no Parecer 314/94, adaptando-a aos termos do edital. Teve início, no entanto, um confronto entre interesses das representantes das Instituições de Ensino Superior (IES) privadas e as das públicas relativos ao tempo de formação e ao estágio supervisionado (XAVIER; BAPTISTA, 2010).

Neste ínterim, a Comissão de Especialistas de Enfermagem da SESu/MEC apresentou uma proposta, atendendo a flexibilidade, pluralidade e opção de escolha de itinerário para o corpo discente, elaborada com contribuições encaminhadas de forma isolada. A proposta configurava-se por uma estrutura comum, composta por disciplinas das ciências biológicas

(denominado no currículo de 1972 como ciclo básico) a acontecer nos dois primeiros anos do curso. Após esta fase, o currículo seria composto por módulos, em que o discente poderia escolher as competências específicas em quatro campos: gerencial, assistencial, educativo e pesquisa (XAVIER; BAPTISTA, 2010).

Esta proposta foi completamente rejeitada pela categoria presente no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), durante a Reunião Nacional de Cursos e Escolas de Enfermagem. Tal rejeição justificava-se pela visão de retomada de construção de diretrizes de forma centralizada no Ministério, além de colocar em risco os eixos norteadores da proposta de interesse coletivo elaborada anteriormente. Destacaram a fragmentação do processo ensino-aprendizagem, a imposição de proposta modular e a retomada de especialização precoce como elementos que restringiam a proposta (ABEN, 1999).

Com a perspectiva de que a luta nesta arena não seria fácil, foi aprovado no 51º CBEn a realização anual do SENADEn, como espaço regular de debate das bases de formação para a categoria em seus diversos níveis. A proposta encaminhada pela ABEn, foi considerada na íntegra pela nova Comissão de Especialistas de Enfermagem, em 2000. A publicação da Resolução nº 03, que instituiu as Diretrizes Curriculares para a graduação em Enfermagem, aconteceu em 2001, conforme o projetado pelo coletivo da enfermagem, reafirmando o papel da ABEn como protagonista e representante da categoria nesse debate (MOURA et al, 2006; XAVIER; BAPTISTA, 2010).

Apesar da agregação em torno das diretrizes, duas questões ainda ficaram de fora das diretrizes alimentando o embate já surgido entre o entendimento político da categoria e os interesses econômicos das instituições formadoras de natureza privada, na elaboração do projeto de formação do enfermeiro – o estágio supervisionado e a carga horária total do curso. Enquanto representantes institucionais das universidades e instituições públicas junto com a ABEN pleiteavam a carga horária mínima de 4.000h e cinco anos de curso, os da IES privadas pleiteavam 3.500h e quatro anos de curso. Finalmente, oito anos depois da publicação das DCN, estes aspectos foram definidos pelo MEC, atendendo a reivindicação de uma formação mais ampla procedente desde 1962, com a carga horária e tempo maior de execução (BRASIL, 2009).

A legislação educacional e as diretrizes claramente vinculam-se ao desenvolvimento econômico do país, relacionadas ao processo de abertura de mercado. O Brasil, em relação aos países da América Latina, apresentava baixa proporção de jovens, na faixa etária de 18 a 24 anos, inseridos no ensino superior. Percebe-se no Plano Nacional da Educação, para o decênio 2001-2011, a expressão desta intencionalidade quando se estabeleceu a meta de

acesso de 30% dos jovens ao ensino superior. Liberada na LDB a diversidade de instituições formadoras para o ensino superior, iniciou-se a expansão de instituições, de cursos, por meio da interiorização nas diversas regiões do país, e de aumento de vagas nas unidades formadoras localizadas nas grandes cidades (TEIXEIRA et al, 2013).

Essa ampliação tem repercutido na formação de enfermeiras/os. Entre o ano de 1996, ano da publicação da LDB, e o ano de 2001, ano de publicação das DCN, houve abertura de 104 cursos superiores em Enfermagem, o que significa uma expansão de 193,6% (CONFERÊNCIA, 2007). Analisando o período de 10 anos seguintes (2001-2011), a expansão foi em torno de 384,1%, com 826 cursos abertos, sendo 80,6% deles de natureza privada. Na análise de 1996 até 2013, a abertura de cursos representa uma expansão de 800%, sendo substancialmente na rede privada, em todas as regiões do Brasil, com maior quantidade na região Sudeste e depois Sul. Outra avaliação apresenta que a relação a quantidade candidato/vaga se manteve positiva, com o maior índice em 2010, quando apresentou uma proporção de 1,92 candidatos/vaga. Atualmente, tem-se observado ociosidade em 37% das vagas oferecidas, com tendência de crescimento, reforçando a leitura da falta de análise de demanda (SILVA, 2013; TEIXEIRA et al, 2013).

Recentemente, Teixeira et al (2013) relatam a identificação de duas instituições oferecendo a formação de enfermeiros por educação a distância com 19.680 vagas. Em 2015, o Conselho Federal de Enfermagem, em operação de fiscalização aos polos presenciais destes cursos por consulta do Ministério Público, caracterizou a ausência de infraestrutura e condições de ensino, com descumprimento às DCN, levando a situação como risco à saúde pública ao Ministério da Educação (COFEn, 2016).

Em análise das repercussões desta expansão na formação, Silva (2013) concluiu que a política expansionista tem atendido ao setor privado, que está ocorrendo sem análise das necessidades e demandas regionais, trazendo prejuízo à formação de futuros profissionais de enfermagem pela dificuldade de espaço nos cenários de prática públicos, que atendem tanto as unidades formadoras públicas e privadas, restringindo as oportunidades de desenvolvimento de habilidades e atitudes.

Alguns aspectos precisam ser apontados para que não se faça uma leitura ingênua desse processo. Ao mesmo tempo em que a proposta de diretrizes curriculares apresenta a ideia de superação da visão de currículo mínimo como algo rígido por meio de uma “grade curricular”, que ignorava as diversidades e desigualdades sociais, também está imbuída de ideias de competência, do sentido de aprender a aprender, de flexibilização e de trabalho como estruturante das atividades de ensino-aprendizagem, aspectos associados à pós-

modernidade, que expressam as tendências neoliberais no discurso acadêmico (CHAUI, 2014; LOPES NETO et al, 2007; SIMÕES BARBOSA, 2010).

As DCN, publicadas em 2001, e a normatização de carga horária e temporalização do curso, em 2009, são documentos norteadores e obrigatórios da formação, que expressam princípios e diretrizes reivindicados pelo coletivo da enfermagem, com adequações à linguagem utilizada pelo Ministério da Educação. Neles estão propostas uma formação cidadã e profissional para a/o enfermeira/o, voltada para atender as necessidades ampliadas de saúde da população, compreendendo-a como social e historicamente construída, articulada aos princípios e diretrizes do SUS. Este grupo procurava assim afirmar sua posição política frente a doutrina neoliberal que se apresentava fortemente na educação (BAGNATO; RODRIGUES, 2007; TEIXEIRA et al, 2013; XAVIER; BAPTISTA, 2010).

Na enfermagem, a aderência às DCN vem sendo avaliada por grupo de enfermeiros especialistas selecionados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), órgão do Ministério da Educação. Este compreende que, frente à expansão de instituições, precisava-se acompanhar a qualidade da formação, por meio das três dimensões estabelecidas: organização didático-pedagógica, corpo social e infraestrutura (LOPES NETO et al, 2007, 2008).

Sistematizando uma sequência de avaliações realizadas em IES com cursos de Enfermagem, no período de 2002 a 2006, Lopes Neto et al (2007, 2008) analisaram a aderência das instituições de ensino, públicas e privadas, às DCN de enfermagem. Quantitativamente, identificaram que as IES privadas apresentavam maior aderência às DCN com avaliações descritas como ‘muito boa’, enquanto as aderências das IES públicas, no geral, eram descritas como regular. Ao analisarem o aspecto qualitativo dessas avaliações por meio de meta-análise dos registros, na busca em compreender o resultado regular das IES públicas, identificaram contradições entre o descritivo e a classificação expressa ao final da avaliação. Perceberam que muitos registros foram sucintos, como coerente e incoerente, sem detalhamento dos aspectos que levavam a tal entendimento, o que levou a proposição de qualificação dos avaliadores.

Entre as dimensões avaliadas, os especialistas identificaram que em alguns PPP, as propostas descritas: não eram condizentes com as DCN, não tinham o SUS como norte da formação, nem a Atenção Básica como cenário de desenvolvimento de habilidades, não eram do conhecimento dos autores envolvidos no processo de formação, não estabeleciam relação dos objetivos do curso e o perfil do egresso com as atividades desenvolvidas, não havia coerência entre a proposta de avaliação da aprendizagem e as estratégias implementadas, entre

outras. Havia baixa qualificação dos docentes em nível de pós-graduação e também no aspecto pedagógico, alterando a experiência profissional entre enfermeiros iniciantes e experientes, inclusive na docência, com diversidade de carga horária. Mas também destacam aspectos positivos como o papel articulador da coordenação de curso, corpo docente com boa experiência no serviço, implantação de plano de carreira, entre outros (LOPES NETO et al, 2008).

Nestes 14 anos de publicação das DCN para enfermagem, diversas pesquisas têm sido divulgadas relativas a sua implantação nos PPP das instituições formadoras. Fernandez e Rebouças (2013) identificaram que na primeira década de aplicação das DCN, as publicações dizem respeito à avanços, dificuldades, possibilidades e incertezas. Bagnato e Rodrigues (2007), recuperando os documentos publicados nos contextos anterior, posterior e durante a publicação da própria DCN, levantaram questões importantes para reflexão, tais como: a participação engajada do coletivo da enfermagem, representado pela ABEn, na luta por uma proposta ético-política para a formação da/o enfermeira/o, condizente por uma formação humana; a aplicação de termos utilizados pelo neoliberalismo na legislação geral e específica para formação de enfermeiras/os e sua absorção pelas instituições formadoras sem crítica; a mudança de sentido da flexibilidade apontada na proposta de formação pleiteada na década de 1980 e a luta pela ampliação da saúde coletiva na formação da/o enfermeira/o sem reduzi-la para atenção voltada para a população pauperizada.

Este processo de reflexão-ação deve fazer parte do cotidiano das instituições formadoras, visando a práxis social neste campo.

3.2 A formação do enfermeiro pela Faculdade de Enfermagem da UERJ

Criada em 1944, por decreto do Presidente Getúlio Vargas, a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ) foi a 17ª Escola de Enfermagem a ser criada no Brasil e a 4ª no Rio de Janeiro, sendo nominada, à época, como Escola de Enfermeiras Rachel Haddock Lobo. Nascida no seio da Secretaria Geral de Saúde e Assistência da Prefeitura do Distrito Federal, situada no município do Rio de Janeiro, e tinha como propósito o ensino técnico-profissional e especializado para enfermagem, como também o aperfeiçoamento de conhecimento do pessoal de enfermagem da prefeitura, atuante na área (LOPES et al, 2001; UERJ, 2005).

Apesar do decreto de criação datar de 1944, o curso de graduação teve início em 20 de junho de 1948. Neste intervalo temporal, a 1ª diretora nomeada – Zaíra Cintra Vidal – conduziu todo o processo de organização de documentos e estrutura para recebimento de autorização do funcionamento institucional, visando à equiparação do curso à Escola Padrão Anna Nery. Com menos de um ano de funcionamento esta equiparação foi concedida pelo Decreto-Lei nº 26.251/1949 (UERJ, 2005).

Sempre na busca por condições de ensino de alto padrão, a Escola se localizou em outras duas sedes, antes do endereço atual. Inicialmente, teve como endereço um anexo do Hospital de Doenças Transmissíveis, no Caju, que a primeira diretora não considerava adequado para as estudantes. Tempos após, conseguiu uma doação de terreno da Prefeitura do Rio de Janeiro, iniciando em 1951, a construção da sede atual. Neste ínterim, com o aumento do corpo discente, transferiu a escola para um prédio na Tijuca, zona norte da cidade, em 1952 até o fim das obras. (LOPES et al, 2001).

Só na década de 1960 que movimentos nortearam sua integração à universidade e ao seu reconhecimento como unidade acadêmica, com a denominação original em 1961. Passados 7 anos, atendendo a legislação de reforma universitária, teve sua denominação alterada para Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado da Guanabara. Com a fusão dos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, a unidade passa a ser chamada de Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cuja sigla é ENF/UERJ. Desde então, esta unidade vem formando enfermeiros para todo o estado do Rio de Janeiro (UERJ, 2005).

A UERJ divulga anuário estatístico sobre suas atividades, abrangendo diversas dimensões do seu papel, a dinâmica de acesso e saída dos estudantes, do corpo docente, da distribuição de bolsas, entre outros. Também é feita análise por unidade acadêmica. Procurando conhecer um pouco a Faculdade de Enfermagem alguns dados são aqui destacados.

De acordo com este anuário, até dezembro de 2014, no que diz respeito ao ingresso e às características do corpo discente, a ENF/UERJ possuía 304 matriculados com 284 estudantes ativos, sendo 259 (91,2%) do sexo feminino e 25 (8,8%) do sexo masculino, confirmando a característica da profissão. Há relação de 8,6 estudantes por docente na graduação, que possuía 70 docentes efetivos. Neste ano, 65 estudantes concluíram a graduação em enfermagem, mantendo o tempo modal de nove meses na formação (UERJ, 2015).

Com média de entrada de 76 candidatos nos últimos seis anos, apresentou um decréscimo na relação candidato-vaga no vestibular de 2014. Dos ingressantes, 44,9% foram por meio da reserva de vagas¹⁰ entre negros, indígenas e estudantes do ensino público, sendo a procura maior pelo vestibular no curso por candidatos não optantes pela reserva de vagas (86,2%). Das vagas oferecidas, apresentou 97,5% de taxa de ocupação, sendo 97,2% pelos que optaram pela reserva de vagas e 97,75% pelos não optantes. Neste ano, 27 (8,4%) matriculados se afastaram do curso, por abandono, solicitação própria ou transferência externa (UERJ, 2015).

A UERJ aplica um questionário sociocultural durante o processo de matrícula, cujo preenchimento é voluntário. Dos respondentes, entre as duas formas de entrada, a maioria nunca trabalhou e possuía renda familiar entre mais de três até cinco salários mínimos. Relativo à escolaridade dos pais, há diferença. A maioria dos pais dos estudantes da reserva de vagas tem ensino médio completo e, dos da não reserva, possuía nível superior (UERJ, 2015).

Em termos acadêmicos, há aprovação de 95,4% dos estudantes nas matérias, com nota média de 8,0, sendo a reprovação de 0,3% e de 3,1% por nota e falta, respectivamente. A unidade incentiva a participação em projetos de monitoria, extensão, estágio interno e iniciação científica. Até o momento, ela é contemplada com 37 bolsas de extensão, 11 de iniciação científica, cinco de estágio interno e oito de monitoria, totalizando 61 bolsas na graduação. Mas outras bolsas são oferecidas em outras unidades além da enfermagem em que seus estudantes são contemplados. Além das 61 bolsas internas concedidas, tem-se 102 estudantes com bolsas pelo Programa de iniciação acadêmica (PROINICIAR), quatro em monitoria, sete em estágio interno, cinco em iniciação científica e sete em extensão. Seus estudantes também foram contemplados em seis estágios externos e em três em intercâmbio à Espanha, Reino Unido e Portugal (UERJ, 2015).

A ENF/UERJ tem procurado diversificar os campos de práticas e de estágios supervisionado, com convênios com as Secretarias de Saúde do município e do estado do Rio de Janeiro. Mas tem como principais campos de estágios duas das unidades de saúde vinculadas à universidade – Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e a Policlínica Piquet Carneiro (PPC). O Hospital foi vinculado à Universidade no período de constituição desta, na década de 1960, tornando-se hospital-escola. É unidade hospitalar com vários

¹⁰ Lei nº 5346, de 11 de dezembro de 2008, do estado do Rio de Janeiro, que dispõe sobre a reserva de vagas para estudantes carentes, de acordo com critérios estabelecidos na mesma. Já é a terceira versão, tendo esta última um prazo de 10 anos.

ambulatórios e clínicas de atendimento especializado, mas não possui emergência, sendo campo de formação, pesquisa e extensão das unidades que compõem o Centro Biomédico da UERJ. Apesar de ser público iniciou um processo de contratação precária de profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem. Entre 2014 e 2015 esses profissionais foram dispensados em decorrência da ação do Ministério Público junto a UERJ, ficando o serviço de enfermagem do HUPE reduzido, o que repercutiu na internação de usuários do SUS.

A Policlínica era unidade ambulatorial do Ministério da Saúde, que no processo de descentralização de suas unidades, foi cedida à Universidade, tornando-se unidade ambulatorial especializada, na qual também se desenvolve a tríade formação-pesquisa-extensão. Com a cessão e aposentadoria dos profissionais com vínculo ao MS, a Universidade realizou concurso para prover os cargos de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e outras categorias, sendo todos efetivos, quando não estão sob a situação de residentes.

Na história da unidade destaca-se que, desde sua criação, procurou seguir as legislações pertinentes ao ensino superior em enfermagem, mas sempre com uma visão ampliada em sua proposta de formação. Pioneira, organizou suas diversas estruturas curriculares com conteúdos excluídos nas normativas, apesar das restrições impostas pelas legislações nas proposições de currículo mínimo. Nesta perspectiva, sempre contemplou os conteúdos de saúde pública e de educação em enfermagem na formação regular, mesmo com a criação das habilitações, acompanhando o olhar mais amplo e preconizado pela categoria (UERJ, 2005).

Seus representantes mantiveram-se atentos às mudanças demandadas pela sociedade e pela categoria desde sua implementação. Nos idos de 1970 e 1980, movimentos sociais propunham alternativas de condução do país, nos contextos político, social, econômico, que repercutiam no campo da saúde até a concretização, na Constituição 1988, do sistema de saúde brasileiro atual. Docentes da ENF/UERJ participaram não só dos debates em torno de uma política de saúde, mas também das medidas necessárias que a enfermagem deveria adotar frente ao impacto desta política de saúde nos serviços e na formação. Com base na proposta de perfil de enfermeiro elaborada na discussão coletiva da enfermagem (ABEn, sistema COFEn/COREn, instituições formadoras), durante a década de 1980, atendida em 1994 pelo Ministro da Educação Murílio de Avellar Hingel, a ENF/UERJ, em 1996, implantou seu atual PPP (UERJ, 2005)

Esse debate, que ocorreu na categoria, promoveu repercussões internas à instituição, considerando as diversas dimensões que compõem um projeto político educacional para

formação do enfermeiro. Envolveu, ainda, uma reflexão sobre o papel da Universidade na formação de docentes e discentes, na ampliação e aprofundamento de horizontes culturais e humanos, formando-os no cultivo da reflexão e da crítica em diversos aspectos da sociedade, com destaque para seu papel no século XXI (COÊLHO, 2006; SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008).

Complementar a este papel da Universidade, também foi considerado os aspectos que envolvem o trabalho em saúde e, especificamente, em enfermagem. A organização do trabalho em saúde é multiprofissional, envolvendo diversos processos de trabalho, com vistas à produção do cuidado. A enfermagem era, e ainda é marcada, por condições concretas de trabalho das mais variadas, entre a saúde pública e assistência hospitalar, entre as prestações de serviço no espaço público e no privado, entre as regiões do país (DAVID et al, 2009).

Nesse PPP, a missão definida pelo corpo social da ENF/UERJ contempla as concepções de homem, sociedade, saúde e enfermagem expressas no compromisso com a formação de enfermeiros cidadãos, nos níveis de graduação e pós-graduação. Estas se concretizam por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão, não considerando somente o aspecto técnico, mas o social, político, cultural, entre outros, de forma que o acadêmico adote posições em relação à vida e ao mundo (CORREIA et al, 2004; PIMENTEL; DAVID, 2013; UERJ, 2005).

A partir desta missão, e considerando as propostas de mudança na formação do enfermeiro e a perspectiva do paradigma de produção social da saúde, o coletivo docente definiu o perfil do enfermeiro a ser formado. Almeja-se que o enfermeiro egresso da faculdade seja comprometido com a vida, a partir de princípios éticos presentes nas dimensões técnica e política de sua ação, respeitando os direitos do ser humano, com tolerância no trato com as diferenças. Além disto, deve ser capaz de intervir no processo gerador saúde/doença, com proposta de ações que abranjam as dimensões de sua atuação (técnica, educativa, de gestão, política e de produção do conhecimento), que resultem na melhoria do bem estar das pessoas e preservação da sobrevivência do planeta na busca pela qualidade de vida (UERJ, 2005).

Para atender a tal perspectiva de formação, a ENF/UERJ elegeu, como um dos marcos conceituais do PPP, uma concepção educacional democrática, que recuperasse o conceito e a prática da cidadania e permitisse a reflexão e crítica sobre as questões que envolvem a qualidade de vida, incluindo a compreensão sobre trabalho. Na proposta institucional, o trabalho do enfermeiro é considerado como espaço do processo ensino-aprendizagem, onde o discente observa os contextos que permeiam a realidade desta prática social, ampliando o

conhecimento que gera capacidade crítica para buscar transformá-lo em prol da realização do cuidado. Buscou-se superar a visão fragmentada do trabalho em saúde e na enfermagem. (CORREIA et al, 2004; UERJ, 2005).

No campo da Teoria Crítica, as categorias de totalidade, crítica, dialética teoria-prática são seus principais fundamentos (KUENZER, 2011). Estes são relacionados à educação e refletidos nas concepções de currículo e de pedagogia escolhidas. A partir deste processo educativo emancipatório, espera-se que o futuro enfermeiro desenvolva uma leitura crítica referente às condições e relações de produção de sua existência, das pessoas a quem irá cuidar e da profissão (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005; PIMENTEL; DAVID, 2013).

Tendo essa perspectiva de educação como base, a ENF/UERJ considerou currículo como uma construção histórico-social, sendo espaço de expressão de relações com a estrutura social, a cultura, o poder e a ideologia. Optou por estruturá-lo de forma integrada, na qual procura superar a dicotomia entre ciclo básico e profissional, buscando a interdisciplinaridade e a aproximação entre teoria e prática dos conteúdos que dão suporte a ação do enfermeiro, de forma a articular o ensino ao trabalho e à comunidade (ROMANO, 1999).

A estrutura curricular (ANEXO A) é apresentada em três áreas. A Área Assistencial se subdivide em cinco subáreas (Saúde, trabalho e meio ambiente, Recuperando a saúde mental, Saúde do adolescente, adulto e idoso e o mundo do trabalho, Atenção Integral à Saúde da Criança, Saúde da Mulher), nas quais são apresentados os conteúdos teórico-práticos relacionados a atuação do enfermeiro na atenção direta à saúde, tornando-a a demandante dos outros conhecimentos necessários a esta formação. Já a Área Fundamental se subdivide em três subáreas, nas quais os conhecimentos oferecidos estruturam e fundamentam o exercício de assistência de enfermagem, tais como: pesquisa e educação em enfermagem, história da profissão, ética social e profissional e políticas públicas. A terceira área denominada Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem é composta pelas matérias que compunham o antigo ciclo básico (sociologia, antropologia filosófica, anatomia humana, fisiologia e fisiologia do aparelho reprodutor, patologia, genética, embriologia, parasitologia geral, fundamentos de biologia celular, bioquímica, biofísica, histologia, microbiologia, imunologia, farmacologia, bioestatística, princípios básicos de nutrição e condições nutricionais da mulher e da criança). As áreas fundamental e bases sociais e biológicas são distribuídas na estrutura curricular conforme a demanda de conhecimento da área assistencial (ROMANO, 1999; UERJ, 2005).

A educação problematizadora foi a escolha de um caminho para a concretização de uma educação crítica, dialética e dialógica. Esta concepção busca a aproximação da teoria com a realidade histórica e estimula os estudantes a refletirem sobre os problemas e

necessidades, realizando uma leitura crítica de questões que se relacionam ao exercício da enfermagem e da saúde (FREIRE, 2012; UERJ, 2005).

Desde a implantação desta proposta, foi criada uma comissão para acompanhar e avaliar a execução deste projeto de forma regular, com pequenos intervalos sem atuação. Neste intervalo de 20 anos, essa comissão planejou, organizou e acompanhou seminários de avaliação e reuniões por período, cujo propósito era o de identificar situações que não atendiam ao projeto formativo, caracterizando seus determinantes, e as que corriam conforme o planejado. Também planejou oficinas de: construção do internato frente a proposta curricular, de avaliação da implantação de todo internato, de revisão do PPP frente às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), de descrição das competências, habilidades, valores e conhecimentos por subárea, de identificação de conteúdos transversais, de avaliação institucional do INEP/MEC, entre outras. Estas atividades foram contempladas no período de 1996 até 2005, ficando por três anos sem avaliação coletiva (UERJ, 2005).

Nesse momento, mantendo a perspectiva crítica na análise das relações sociais que envolvem educação, trabalho e saúde, o corpo social da ENF/UERJ entendeu que, mesmo com a obrigatoriedade em descrever competências, essas poderiam ser apresentadas com descrição mais amplas, englobando a visão crítica. A opção pelo trabalho de enfermagem ser o condutor da formação através da área assistencial, não significava adequação ao mercado de trabalho que se desenhava, mas sim afirmação do trabalho como princípio educativo na formação de enfermeiros, na perspectiva de saberem analisar e refletir sobre os contextos determinantes da produção social da saúde e doença, com vistas a realização do cuidado pertinente e possível.

Em 2008, o corpo docente da unidade era constituído por um quantitativo significativo (quase 50%) de contratos flexíveis ou por novos concursados, que não participaram do processo de construção da proposta. Decidiu-se pela realização de um seminário coletivo com perspectiva de retomada dos processos de avaliação periódicos que não estavam acontecendo, sendo a opção de condução do mesmo a análise por período e não por subárea. Tal opção não permitiu aos professores vislumbrar ou recordar os temas condutores de cada subárea em sua totalidade, bem como os conteúdos teórico-práticos que estavam sendo ensinados por período. Desta forma, os resultados foram análises pontuais, sem visão da integralidade do conhecimento selecionado e distribuído por subárea e por período (OLIVEIRA; CORREIA, 2013)

A partir de então nenhuma outra avaliação coletiva foi realizada, sendo levantadas situações pela Comissão de Acompanhamento Curricular, pelo corpo discente, pela

Coordenação de Graduação. Com vista à integralização em cinco anos de curso, como adequação a legislação (BRASIL, 2009), os membros desta Comissão retomaram as propostas que saíram do seminário de 2008. Depois de um ano, não houve consenso na proposição de uma nova estrutura curricular.

Pimentel e David (2013), a partir de revisão integrativa, levantaram a divulgação desta proposta em periódicos, analisando as repercussões difundidas desde sua construção. Foi encontrado um quantitativo reduzido de trabalhos publicados, relativos a poucas subáreas. Percebeu-se que docentes e discentes da graduação e pós-graduação *strictu sensu* avaliaram como os princípios políticos-pedagógicos da instituição tinham sido aplicados nas subáreas de conhecimento e as repercussões na aprendizagem, na atuação no serviço. As produções foram restritas a poucas áreas de conhecimento dentro da estrutura curricular, ficando restrita a avaliação. Em sua maioria, os estudos afirmavam estar de acordo com a missão estipulada no PPP, condizendo com a formação para atuar na sociedade.

Procurando identificar a percepção do egresso sobre sua atuação e vivência no mundo do trabalho, Souza et al (2011) realizaram pesquisa com 12 egressos da ENF/UERJ em 2008, que apresentou como resultados o prazer e o sofrimento advindos do trabalho. O referido prazer foi relacionado ao desenvolvimento de atividades próprias do enfermeiro, pelo contato direto com o cliente que possibilita a contribuição direta para sua recuperação, pelo trabalho em equipe e pelo reconhecimento por parte dos usuários e da equipe multiprofissional. O exercício da autonomia e criatividade na organização do trabalho e reconhecimento da qualidade do mesmo foram também apontados pelas egressas, como prazer advindo do trabalho.

Por outro lado, incômodo, sofrimento e desprazer foram relacionados à falta de compromisso da equipe, de autonomia na tomada de decisões, de reconhecimento profissional, à precariedade das condições de trabalho, ao envolvimento excessivo em atividades administrativas e ao baixo salário. Os autores apontam que a formação ofereceu suporte no exercício das funções específicas desenvolvidas pelo enfermeiro, mas as contradições são relativas ao mundo do trabalho, no que se refere as condições de trabalho, que tem tornando-se espoliadoras no exercício do cuidar (SOUZA et al, 2011).

Considerando que a produção de conhecimento até aqui levantada aponta para o caráter dinâmico dos acontecimentos, imersos em contexto político, social e ideológico, que caracterizam sua historicidade fiz opção pelo referencial teórico-metodológico do Materialismo Histórico Dialético, que descrevo a seguir.

4 MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO COMO REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO NA ABORDAGEM DO OBJETO DE PESQUISA

A construção do projeto político pedagógico (PPP) em uma instituição formadora tem como principal propósito expressar sua missão, as concepções em que este se baseia e as condições para implementá-las. A ENF/UERJ, ao elaborar seu PPP, teve como base a realidade vivida pela Enfermagem nos contextos históricos e ideológicos que se apresentavam referentes aos campos da Saúde, da Educação e do Trabalho. Essa visão de totalidade nos permitiu vislumbrar diversas mediações e correlações entre esses campos. Com clareza das lutas ideológicas que permeavam tal momento, a instituição optou por definir seu projeto com o coletivo dos docentes, discentes e técnico-administrativos, a partir de uma perspectiva dialética.

Com 20 anos de implementação, o contexto em que foi elaborado já sofreu transformação em diversos aspectos (jurídico, político, econômico) tanto no campo da saúde, da educação, quanto do trabalho, representando as lutas ideológicas que permeiam a sociedade. Para compreender o que vem ocorrendo nesta instância de organização social, faz-se necessário compreender a prática social dos indivíduos que nela atuam.

Considerando o objeto do estudo, os objetivos estabelecidos e a busca por resposta às questões de pesquisa, o Materialismo Histórico Dialético (MHD) foi identificado como referencial teórico e metodológico. Seus pressupostos fundam-se em um conjunto articulado de juízos a respeito de uma dada realidade. Seu método constitui-se em um conjunto de procedimentos racionais que operacionalizam a investigação científica, ligados a uma teoria de realidade e do conhecimento (KOSIK, 2002; MINAYO, 2010; TRIVIÑOS, 2009). Este referencial permite compreender, a partir do relacionamento dialético homem/mundo e da sociedade humana, as possíveis transformações do sujeito da ação, fazendo a síntese entre o passado e o presente (MINAYO, 2010), buscando compreender as contradições existentes entre o planejado/executado, entre teoria/prática, na realidade vivida.

Inicialmente localizo os pressupostos, categorias e leis, que são base na forma do Materialismo histórico dialético; na sequência, apresento o tipo de estudo, o cenário da pesquisa, os procedimentos e técnicas aplicados na coleta de dados e a análise realizada.

4.1 Materialismo histórico dialético: pressupostos, categorias e leis

Ao abordar a relação formação - trabalho – enfermagem, iniciei um desafio em falar de três grandes áreas de prática humana, que são reconhecidamente práticas sociais. Como tal, produzem cultura que engloba um conjunto de significados, expectativas e comportamentos a serem compartilhados. Inerentes ao ato de formação encontram-se as relações entre docentes e discentes, dentro de uma estrutura - a Faculdade -, espaço de trabalho escolar. Ao mesmo tempo, encontram-se as relações entre profissionais de saúde, docentes, discentes e usuários a serem atendidos, em outra estrutura - os serviços de saúde -, espaços de trabalho assistencial e de gestão, que também são espaços de ensino, como campo de prática.

O materialismo dialético, base filosófica e respectiva ciência para análise do processo de formação para o trabalho em saúde e, especificamente, enfermagem foi definida por Marx nos anos 1840, como tentativa de explicação coerente, lógica e racional para os fenômenos naturais e sociais (QUINTANEIRO; BARBOSA; OLIVERA, 2011).

O conceito de dialética foi sendo ampliado no tempo. Inicialmente era entendida como a arte de discussão, de argumentação por Platão e Aristóteles. Logo após, Heráclito defendeu, como ideia básica da dialética, a mutabilidade do mundo e a transformação da propriedade em seu contrário com ressalva para o aspecto contraditório do ser. Em seguida, a compreensão da realidade como objeto do conhecimento e da atividade, com aspectos contraditórios no processo de desenvolvimento é defendida por Kant. Mais a frente, a concepção de processo relativo ao mundo da natureza, da história e do espírito, que se encontraria em movimento, mudança, transformação e desenvolvimento constante é difundida por Hegel (QUINTANEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2011).

É em torno da visão dialética de Hegel, que Marx iniciou sua análise com o companheiro de estudos, Engels. Ao rejeitar esta leitura idealista de Kant, advogou pela concepção materialista do mundo, da história e do pensamento, com base na ciência, desenvolvendo o materialismo dialético. Além da dimensão ontológica, esta também possui uma dimensão gnosiológica, pois estuda o conhecimento e a teoria do conhecimento como expressões históricas (TRIVIÑOS, 2009).

O método de abordagem, a partir de Marx, que caracteriza a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social humana, na perspectiva de desenvolvimento da humanidade é denominado de materialismo histórico. Insere mudança na interpretação dos fenômenos sociais, ao buscar nas formações socioeconômicas e nas relações de produção, os

fundamentos das sociedades e ao ressaltar a força das ideias como introdução de mudanças nas bases econômicas que as originou. Além disso, esclarece conceitos como ser social, classe social, consciência social, meios de produção, forças produtivas, relações de produção e modos de produção, como também outros conceitos fundamentais para compreender suas dimensões: sociedade, estrutura social, organização política da sociedade, entre outros (QUINTANEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2011; TRIVIÑOS, 2009).

Ao articular a dialética ao materialismo em uma perspectiva histórica, Marx estabeleceu uma nova forma de análise da vida social. Entendeu que o mundo é passível de transformação por meio de atividade crítico-prática, utilizando-se de leis de mudança que regem os fenômenos. Estas são fundadas no estudo de fatos concretos, de forma a expor o movimento real em seu conjunto. Nesta associação, a dialética mantém categorias e leis que a conformam, base para análise da realidade no emprego deste método (QUINTANEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2011).

Minayo (2010) sintetiza este referencial ao descrever que o materialismo histórico é o caminho teórico que revela a dinâmica real da sociedade e a dialética, por sua vez, relaciona-se ao método de abordagem desse real, como também procura entender o processo histórico em sua dinâmica, provisoriedade e transformação. Desta forma, apreende o sujeito e sua prática social em uma sociedade historicamente delimitada, com seus interesses e lutas próprias. É responsável por introduzir na realidade a contestação ao permanente e ao mutável, por meio do conflito e contradição.

O materialismo dialético se caracteriza por três categorias principais: matéria, consciência e prática social. Reconhece como essência do mundo a matéria que, de acordo com as leis do movimento, se transforma, tornando a consciência um reflexo da realidade objetiva. O mundo é conhecível pelo homem quando este reconhece na realidade a veracidade do conhecimento, por meio de questionamento. A prática social torna-se critério de reconhecimento do conhecimento verdadeiro, ao mesmo tempo em que é base do conhecimento e propósito final do mesmo. O critério da prática deve ser entendido em sentido amplo e variado, pois é base para construção teórica, que deve ser submetida a realidade do homem (TRIVIÑOS, 2009).

Assim, o MHD é uma concepção filosófica que possui um caminho capaz de subsidiar o alcance da compreensão do objeto da pesquisa, por meio do estabelecimento de relações entre o singular, o particular e o universal dos sujeitos envolvidos na investigação. Para tanto, as categorias do método dialético – totalidade, práxis e contradição -, a partir do enfoque marxiano, proporcionarão a análise das questões de pesquisa, como fenômeno social, de

caráter histórico, influenciados por determinantes ideológico, político, econômico e social da classe dominante (TRIVIÑOS, 2009).

Desta forma, o estudo da formação de enfermeiras/os para o trabalho em saúde expressa no PPP da Faculdade de Enfermagem da UERJ apresenta aderência ao referencial teórico do MHD, uma vez que não pode ser estudado sem considerar as contradições que surgem no processo histórico, político, econômico no qual a instituição está inserida. Este também permitirá desvelar o conflito de interpretações como também o conflito de interesses na transformação das situações ou fenômenos estudados, desvendando as possibilidades de mudanças.

Para tal, faz-se necessário partir do concreto, da visão caótica do todo para, por meio da análise, chegar a conceitos mais simples – “do concreto figurado às abstrações cada vez mais delicadas, até alcançar as determinações mais simples” (MASSON, 2007, p.110).

Kosik (2002) apresenta que a visão dialética trata da coisa em si, pois esta não se manifesta de forma imediata para o homem, sendo importante distinguir representação e conceito da coisa, como duas qualidades da práxis humana. Como a realidade não se apresenta à primeira vista, o sujeito cria suas próprias representações das coisas e as correlaciona em um sistema que capta e fixa o aspecto fenomênico da realidade no trato prático-utilitário. A existência do real e das formas fenomênicas da realidade reproduz na mente dos que realizam uma práxis histórica, um conjunto de representações do pensamento comum e às vezes contraditórias com o núcleo essencial e conceito correspondente da coisa, formando assim uma aparência superficial da realizada.

Analisando esta situação, este mesmo autor conclui que esses fenômenos penetram na consciência do indivíduo, assumindo um aspecto independente e natural, constituindo o mundo da pseudoconcreticidade. Compreender a coisa, então, significa conhecer-lhe a estrutura, sendo necessária a decomposição do todo, pois a dialética não atinge o pensamento de forma imediata, de fora para dentro. A decomposição do todo é que gera conhecimento.

Esta cisão do único, por meio da distinção entre representação e conceito, mundo da aparência e da realidade, entre práxis utilitária e práxis revolucionária é o modo como o pensamento capta a coisa em si, promovendo a compreensão da realidade (KOSIK, 2002).

Educação e Trabalho no campo da Saúde e, especificamente, no da Enfermagem são práticas sociais que permeiam as relações humanas historicamente construídas. Seus modos de produção expressam suas formas de relacionamento. Nas três últimas décadas, estes espaços têm sofrido diversas mudanças que atendem a produção capitalista, reconfiguradas em um fenômeno cuja aparência é convidativa (ANTUNES, 2012).

Por isso neste estudo, é importante destruir a aparente independência do mundo dos contatos imediatos. Visando atingir a concreticidade, o pensamento destrói a pseudoconcreticidade como um processo do qual “sob o mundo da aparência desvenda o mundo real; por trás da aparência externa do fenômeno se desvenda a lei do fenômeno; por trás do movimento visível, o movimento real interno; por trás do fenômeno, a essência” (KOSIK, 2002, p.20).

É importante relevar que o processo de criação da realidade material e concreta é que promove a destruição da pseudoconcreticidade, já que esta se produz pela existência autônoma de produtos e da práxis humana utilitária sem relacionar a seus determinantes contextuais, conforme interesse das classes sociais hegemônicas. A práxis humana, em sua essência e universalidade, constitui o pressuposto da abertura e compreensão da “realidade humano-social como unidade de produção e produto de sujeito e objeto, de gênese e estrutura” (KOSIK, 2002, p.23). Por meio dessa práxis e por ela, que o homem estabelece relação com o mundo como a totalidade. Esta compreende, ao mesmo tempo, o modo pelo qual a realidade se desvenda para o homem e o modo pelo qual o homem descobre a realidade.

Para tal, utilizando-se a dialética como método de pesquisa, o que importa é descobrir as leis dos fenômenos de cuja investigação se ocupa. É captar, detalhadamente, as articulações dos problemas em estudo, analisar as evoluções, rastrear as conexões sobre os fenômenos que os envolvem (PIRES, 1997).

Na apresentação inicial, formação, trabalho, saúde e enfermagem são práticas sociais, construídas historicamente a partir de uma realidade vivida. Nestas práticas existem elementos contrários que estão em interação permanente, constituindo a contradição, também definida como a luta dos contrários. Por não poderem existir um sem o outro, constitui a unidade do contrário. É nesta luta dialética de contrários, que se caracteriza elementos de identidade e de diferença. Na busca para solução, se estabelece o movimento e surge a possibilidade de transformação dos fenômenos, surgindo um novo objeto, um novo fenômeno com qualidade diferente (KOSIK, 2002).

Ao propor a pesquisa com perspectiva de análise do currículo planejado e o que vem sendo executado, considerando a realidade do mundo do trabalho na saúde e enfermagem, que também possuem suas contradições, procura-se descrever as possíveis contradições existentes na relação teoria/prática entre o mundo da formação e o mundo do trabalho.

A escolha deste referencial irá direcionar a análise das causas e consequências dos problemas levantados, como também suas contradições, a partir de todo caráter processual e

de transformação histórica do fenômeno a ser estudado. Essa concepção teórico-metodológica constitui-se em paradigma explicativo da realidade ao vir apreender o caráter histórico e a natureza contraditória do processo de formação de enfermeiras/os desenvolvida pela ENF/UERJ.

4.2 Tipo de estudo

A relação formação – trabalho – enfermagem envolve três grandes áreas de prática humana, que são reconhecidamente práticas sociais. A cultura que as permeiam engloba um conjunto de significados, expectativas e comportamentos a serem compartilhados. O processo de formação desenvolvido envolve relações sociais em dois grandes espaços: a escola - aqui representada pela Faculdade de Enfermagem -, e os serviços de saúde - espaços de trabalho e de ensino.

Tais mediações são intermediadas por um PPP, que expressa as concepções de homem, sociedade, trabalho, saúde e de enfermagem que o sustenta. O plano curricular implementado apresenta a seleção e organização da cultura definida pela instituição formadora, com base nestas concepções, sendo pertinente ao perfil de egresso que se quer formar (LOPES, 2003). Esse espaço do ensino está impregnado de significados e intencionalidades, o que justifica a opção por uma abordagem qualitativa, que também proporciona apropriação fidedigna da realidade ao qual o fenômeno está inserido (MINAYO, 2010).

Por ser a relação formação-trabalho objeto deste estudo, com base no PPP da ENF/UERJ, buscou-se descobrir a realidade de implementação desta relação, no contexto em que a instituição formadora está inserida. Por isso este estudo foi do tipo exploratório e descritivo. O estudo exploratório propicia maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, pois tem como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2011), como também permite desvendar as diversas maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta e seus processos subjacentes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Já o estudo descritivo se destaca por ter como foco principal a necessidade de conhecer características e problemas de um grupo ou comunidade. Tem como finalidade “observar, descrever e documentar os aspectos da situação” (POLIT; BECK; HUNGLER,

2004, p.177), de forma a caracterizar um fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis que são exploradas (TRIVIÑOS, 2009).

A pesquisa documental utiliza documentos escritos, ou não, como fontes de dados. As fontes podem ser primárias, do tipo documentos registrados no momento do fato ou fenômeno, cujos exemplos são documento de arquivo público, fotografia, cartas. Já as fontes secundárias são aquelas registradas depois do fenômeno, como por exemplo filme, relatório de pesquisa, entre outros (LAKATOS; MARCONI, 2001; RAMPAZZO; CORRÊA, 2008).

Esse tipo de pesquisa proporciona ao pesquisador economia de tempo e de custo, pois os dados já existem. A quantidade de recursos humanos, materiais e financeiros é baixa (GIL, 2011).

A partir de documentos é possível conhecer melhor o passado, já que tais documentos foram feitos no período que se pretende estudar, oferecendo ao pesquisador um conhecimento produzido frente àquela realidade. Considerando que as sociedades estão sempre em mudança, os documentos são parte relevante, não só do passado, como também da mudança na estrutura social das populações (GIL, 2011).

Existem objetos e objetivos que são mais bem discutidos e alcançados por meio de pesquisa documental. Este estudo explorou documentos de fontes primárias da instituição formadora, permitindo conhecer as intenções propagadas em seu PPP e sua expressão nos programas de ensino.

4.3 Cenário do estudo

Para o desenvolvimento desta pesquisa, o cenário selecionado foi a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pois o objeto de estudo está relacionado à mesma. A pesquisa aconteceu relacionada ao Projeto Político Pedagógico (PPP), que explicita as intencionalidades do corpo social (docente, discente e técnico-administrativo) da instituição formadora à época, incluindo as opções pedagógica, curricular e de avaliação de aprendizagem. Este é o motivo pelo qual não usei a expressão Projeto Pedagógico de Curso (PPC), adotada pelo Ministério da Educação em seu Instrumento de Avaliação de Curso, por entendê-la reducionista ao excluir a dimensão política da formação.

Por se tratar de pesquisa em documentos institucionais, na qual a coleta não está referida a seres humanos, não foi necessário o encaminhamento ao Comitê de Ética, o que se

revela uma das vantagens dessa modalidade de pesquisa, por não implicar em qualquer modo de intervenção junto ao sujeito, o que não leva à rejeição ou negação na coleta de dados (GIL, 2011). Mas, seguindo os preceitos éticos de pesquisa, foi solicitada autorização para a realização da pesquisa na instituição para manuseio dos documentos, o que foi concedida pela Diretora (ANEXO B).

4.4 Procedimentos e técnicas de coleta de dados

Pela pesquisa documental foi possível levantar evidências relativas às questões elaboradas, em fonte natural e não-reativa de informações, desvelando aspectos relacionados ao tema (LUDKE; ANDRÉ, 2013), permitindo desvelar o contexto da relação formação-trabalho em enfermagem no planejamento e execução do PPP.

A realidade inicial da formação da ENF/UERJ se expressa na intencionalidade do seu PPP como documento primário, que divulga a missão institucional e a visão de formação do enfermeiro em diversas dimensões. Dele, extraíram-se as subáreas de interesse para este estudo, a partir da leitura das ementas. Como terceiro e último passo, leu-se os planos de ensino de cada subárea através dos anos, da implementação inicial de cada subárea selecionada, que varia entre 1996 a 2000, até os dias atuais. Também foram lidos e analisados os documentos relacionados à regulamentação do atual projeto, bem como os processos de solicitação de mudanças da estrutura curricular autorizados.

Esses documentos encontravam-se arquivados no Centro de Memória “Nalva Pereira Caldas” e na Coordenação de Graduação da unidade formadora. Quando os documentos de interesse não se encontravam em tais espaços, foram solicitados aos professores que ministram atualmente a subárea selecionada. A coleta de dados deu-se no período de março a setembro de 2015.

O instrumento elaborado para registrar os dados coletados (APÊNDICE) foi aplicado em todos os documentos levantados, extraindo-se as variáveis: referencial teórico, concepção sobre trabalho.

Os primeiros documentos lidos foram o Projeto Político Pedagógico e o processo encaminhado para o órgão de decisão da Universidade que autoriza a mudança do curso. A partir da leitura das ementas de todas as subáreas, presentes no processo, foi realizada a seleção das subáreas que foram analisadas. O primeiro critério foi o nome da subárea, pois em

duas delas da Área Assistencial, a palavra trabalho está na composição deste. O próximo critério foi a presença na ementa de referência ao trabalho como determinação da saúde. Outro critério foram as subáreas que abordam as bases sociais na formação.

Por se tratar de um currículo integrado, a instituição resolveu implementar um plano de ensino detalhado para que professores pudessem dialogar entre si e integrar conhecimentos. Cada subárea, a cada semestre, entrega à Coordenadora de graduação, seu planejamento de ensino detalhado. Ele é composto pelos objetivos da subárea, pelo conteúdo com respectivas estratégias de ensino por dia de aula e a temporalidade e as estratégias de avaliação. Em reuniões de planejamento do período, os professores fazem ajustes nos planos visando a integração destes elementos.

Desta forma, dos 660 documentos lidos no total, 349 foram selecionados e analisados. Dentre esses se encontram: um projeto político pedagógico; sete ementas da Área Assistencial, relativa as subáreas I – Saúde, trabalho e meio ambiente 1, 2 e 3; II - Promovendo e recuperando a saúde mental 5; III – Adolescente, adulto e o idoso e o mundo do trabalho 1 e 2; IV – Saúde da Mulher 1; e V – Atenção Integral à Saúde da Criança 1; nove ementas da Área Fundamental, relativas as subáreas I A – Educação em Enfermagem; II – Administração do processo de trabalho em enfermagem 1, 2, 3, 4 e 5; III A – Ética Social; e III C – Políticas de Saúde 1 e 2; e duas ementas da Área das Bases biológicas e sociais da enfermagem, relativas as subáreas Sociologia e Antropologia.

Em relação aos planos de ensino, foram analisados 150 da Área Assistencial, relativos as subáreas I – Saúde, trabalho e meio ambiente 1; II - Promovendo e recuperando a saúde mental 5; III – Adolescente, adulto, idoso e o mundo do trabalho 2; 180 da Área Fundamental, relativas as subáreas I A – Educação em Enfermagem; II – Administração do processo de trabalho em enfermagem 1, 2 e 3; III A – Ética Social; e, III C – Políticas de Saúde 2, totalizando 330 planos de ensino.

Não houve planos de ensino da Subárea Sociologia.

Quadro 1 – Documentos por tipo e área curricular

Tipos	Projeto Político pedagógico	Ementa	Plano de ensino
Áreas	01		
Área Assistencial		07	150
Área Fundamental		09	180
Área Bases biológicas e sociais da enfermagem		02	00
Total	01	18	330

Fonte: A autora, 2015.

Com o processo de guarda dos documentos no Centro de Memória, houve facilidade de acesso ao processo de criação desta atual proposta curricular e às ementas. Quanto aos planos de ensino, o acesso foi mais dificultoso, pois os mesmos não constam no Centro de Memória desde a primeira turma e nem todos que atuaram como professor, à época, estão hoje no exercício desta função na faculdade, devido à aposentadoria, finalização de contrato precário ou por ocupar cargo de gestão. Quando os mesmos não se encontravam arquivados, solicitou-se diretamente ao professor que ministrou a matéria.

Os documentos lidos corresponderam ao período de 2000 a 2009. Os referentes aos anos de 1996 e 1999 não foram localizados. Os mais recentes, de 2010 até 2014, foram conseguidos com os professores em mídia eletrônica.

4.5 Análise dos Dados

Após os documentos terem sido selecionados foi realizada análise temática. Esta é entendida como uma das técnicas de análise de conteúdo, cujo surgimento do tema está conectado a uma mensagem relacionada a um assunto definido. Comporta uma série de relações que pode ser apresentada por meio de palavra, frase ou resumo. Torna-se assim, uma unidade de significação que surge naturalmente do texto, de acordo com critérios estabelecidos pelo referencial teórico (BARDIN, 2011; MINAYO, 2010).

Este tipo de análise se diferencia da análise documental, por ser esta última uma forma de classificação de documentos. Após leitura, o tratamento da informação contida nos documentos torna-se uma fase preliminar para elaboração de um banco de dados (BARDIN, 2011).

Houve busca pelos núcleos de sentido das mensagens expressas nos documentos, a partir das significações contidas sobre o objeto da pesquisa. Inicialmente, foi realizada leitura de todos os documentos referentes ao PPP atual, dos quais se selecionou os que se relacionavam com os objetivos da pesquisa. Iniciou-se então uma leitura flutuante dos mesmos, considerando a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência da totalidade do assunto. Este movimento levou à reelaboração dos objetivos iniciais. Neste momento foram determinadas as unidades de registro, marcando-se seus contextos e os conceitos teóricos mais gerais, que surgiram após leitura, como categorias brutas. A seguir, realizou-se a exploração do material, com classificação e agrupamento em categorias empíricas, expressando a representação sobre a temática nos planos de ensino. Por fim, a realização da interpretação conduziu às relações entre o objeto de análise e o contexto mais amplo, produzindo reflexões e/ou novos conhecimentos (BARDIN, 2011; MINAYO, 2010).

A interpretação dos temas já categorizados foi realizada à luz da dialética, buscando considerar a totalidade dos problemas, os fatores que os determinaram ou condicionaram, viabilizando a definição de estratégias de superação pautadas na realidade concreta. Contradições foram identificadas em relação ao planejado e o que vem sendo ensinado relativo à categoria trabalho e ao processo de trabalho em saúde/enfermagem.

Buscou-se apreender a prática social e o referencial teórico sobre trabalho e o tipo de concepção de trabalho presentes nos documentos oficiais e como eles se relacionaram com a perspectiva crítica sobre o mundo do trabalho na atualidade, a partir das categorias de totalidade, contradição e práxis, que compõem esta interpretação (KUENZER, 1997).

5 A APARÊNCIA E A ESSÊNCIA DA CATEGORIA TRABALHO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Todo o processo de análise sobre os documentos selecionados permitiu a identificação de duas categorias que respondem aos objetivos desta pesquisa, que são: identificar o referencial teórico sobre trabalho adotado no PPP da ENF/UERJ; analisar a concepção sobre trabalho abordada no currículo da ENF/UERJ e analisar se os conteúdos sobre o mundo do trabalho em saúde ensinados na ENF/UERJ são bases para o enfrentamento nas relações de trabalho no setor saúde na atualidade.

A primeira categoria não apresentou subcategoria e foi nominada como referencial teórico sobre trabalho. Já na segunda categoria – concepções sobre trabalho – foram identificadas duas subcategorias: a gerencialista e a marxista.

A seguir apresento a interpretação e discussão, com base na dialética.

Quadro 2 – Identificação das categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria
Referencial teórico sobre trabalho	
Concepções de trabalho	Concepção gerencialista
	Concepção marxista

Fonte: A autora, 2015.

5.1 Categoria 1 - Referencial teórico sobre trabalho

Esta categoria se refere aos valores que desenham a dimensão ético-política de uma profissão. Em um projeto político pedagógico, estes devem estar descritos ao serem intencionalmente selecionados, pois expressam a visão de formação humana proposta por determinada instituição na construção de um projeto societário. Para tal, definem-se os referenciais éticos, teóricos, técnicos, que são base para esta formação, determinando a posição política desta unidade formadora (VEIGA, 2008).

No caso do PPP da ENF/UERJ, a formação de enfermeiros contempla diversos valores expressos pelo coletivo da categoria. Ao analisá-lo, foi possível observar a descrição destes

referenciais na chamada de um item que se propôs abordar as concepções sobre conhecimento, saúde e educação que nortearam o processo de reforma curricular. Mas na verdade, este item é marcado pelo relato histórico sobre o processo de formação vivido na unidade com ênfase na concepção de educação que se estava adotando, com pouca abordagem dos outros dois conceitos anunciados.

Na realidade, tais conceitos foram apresentados no item seguinte denominado “Diretrizes político-pedagógicas da FENFUERJ e suas concepções”, em que se apresenta a relação entre a opção da proposta pedagógica e do currículo integrado, pautados em uma perspectiva crítica de educação, e o marco referencial da saúde como paradigma da produção social da saúde, que também tem como base tal referencial.

Neste capítulo do PPP, não há descrição de referencial teórico sobre trabalho, como em nenhum outro capítulo que compõem o documento. Apesar da ausência deste referencial, percebe-se que a Faculdade de Enfermagem ao descrever 11 competências gerais do enfermeiro, atendendo as Diretrizes Curriculares, três delas abordam como referencial a categoria trabalho. Aponta-o como um dos determinantes do processo saúde/doença, como essência para qualificação para o trabalho, por meio da educação permanente, como processo dialógico e como totalidade no processo de gestão:

Intervir no processo saúde-doença, a luz do paradigma da Promoção da Saúde, identificando as relações entre este processo e os modos de viver de indivíduos, famílias e comunidade, bem como as relações de trabalho nas quais estão inseridos, sendo capaz de diagnosticar e propor soluções para os problemas de saúde.

Atuar como sujeito nos processos de formação de recursos humanos e de educação permanente em enfermagem, valorizando a educação como prática social dialógica, como direito de cidadania e como uma das dimensões que compõe o perfil profissional do enfermeiro.

Desenvolver ações de planejamento, organização, coordenação e controle do processo de trabalho e da assistência de enfermagem na rede básica e hospitalar, a partir da análise da relação entre as ações de saúde produzidas e as necessidades de saúde dos usuários, as políticas de saúde, os aspectos éticos e legais que orientam estas práticas, a composição da força de trabalho de enfermagem, o ambiente e os recursos necessários à produção de serviços de enfermagem de qualidade.

No que diz respeito às ementas das subáreas analisadas, em nenhuma delas há menção explícita de referencial teórico sobre trabalho, mesmo aquelas que possuem o termo ‘trabalho’ em sua denominação, com um dos determinantes do processo saúde-doença. Identificou-se

também a ausência de descrição clara sobre concepção de trabalho em saúde, trabalho de enfermagem, processos de trabalho em enfermagem e sobre cuidado.

Estes resultados indicaram a busca por compreender os determinantes que levou o corpo social da Faculdade a não explicitar esse referencial teórico no projeto de formação institucional.

Projeto político pedagógico nunca foi uma exigência ou indicação nas legislações para o ensino até a atual normativa, apesar de ser apontado, pelos estudiosos de educação, como elemento importante para a educação desde os anos 1980. O processo de elaboração do PPP da ENF/UERJ começou a ser elaborado em 1992, ainda na perspectiva da reforma curricular, que despontou em 1996. Com a publicação da legislação de educação atual, em que este elemento se tornou obrigatório também para o nível superior, todo o material produzido constituiu-se na primeira versão do projeto pedagógico institucional.

Neste período de dinâmica interna de debates na Faculdade (1992-1996), acontecia efervescência política com o estabelecimento do SUS na constituição e da respectiva normativa de sua criação, pautados nos princípios e diretrizes da reforma sanitária pleiteada. Com menos de uma década de existência, este sistema encontrava-se em processo de implementação, com publicações de normas que buscavam explicitar sua operacionalização no setor saúde de estados e municípios. Também neste intervalo de tempo, houve o lançamento do programa saúde da família, como proposta de acesso e de implantação de modelo assistencial voltado para a promoção da saúde (PAIM, 2008, 2013; SANTOS, 2010). A base teórica desta construção foi saúde como resultado da produção social, referenciando-se ao trabalho como um dos determinantes das condições da mesma.

Com a proposta do SUS desenhada, procedeu-se ao debate sobre a formação dos profissionais necessários ao tipo de trabalho para o modelo de sistema definido, que entendia o ser humano em sua totalidade, empoderado de sua saúde, determinada por suas condições de vida, assim como o trabalhador de saúde. As recomendações das conferências específicas (formação dos profissionais de nível superior, médio e elementar; qualificação no trabalho; carga horária de trabalho, condições de trabalho; carreira; estabilidade do servidor público; saúde do trabalhador; salário) ecoaram no pensamento do coletivo da enfermagem, que avançou na revisão de um projeto ético-político nesta linha para a categoria (CONFERÊNCIA, 1986; CONFERÊNCIA, 1994).

O processo de construção do PPP na ENF/UERJ não foi estanque. Envolvido por todas essas referências, o corpo docente da unidade estava mobilizado na defesa de um projeto de saúde que colocava o serviço público como horizonte de trabalho, em prol das demandas

sociais. As propostas das conferências, referentes à concepção e as condições de trabalho eram questões de luta que envolvia a todos, tornando-se consensual. Logo o referencial sobre trabalho vinculado a tal proposta também foi base no movimento interno na faculdade.

Depreende-se, então, que a ausência desta intencionalidade no PPP esteja relacionada ao momento histórico de sua construção na instituição, pois, por premissa, todos os professores enfermeiros teriam a categoria trabalho como referência.

Esta leitura é reforçada pela quantidade de vezes que o conceito de saúde, oriundo do paradigma da produção social da saúde, foi reiterado no projeto pedagógico da ENF/UERJ, cuja ideia é pautada na garantia de vida digna ao cidadão, em decorrência das relações de produção social, advindas do capitalismo. Esta concepção implica em entender as relações sociais estabelecidas no processo de trabalho humano a partir do surgimento do capitalismo, tornando-o um determinante da saúde da população (LOPES NETO et al, 2007; SANTOS, 2010).

Mas, ao mesmo tempo em que se debatiam as mudanças necessárias das práticas em saúde para atender aos princípios estabelecidos no SUS para um atendimento mais integral à população, forças econômicas, que atuavam de forma política hegemônica, propunham um Estado mínimo, menos regulador, com restrição ao financiamento para a saúde. No cotidiano, tal proposição se converteu em mudanças na legislação trabalhista, tornando a precarização uma realidade na contratação de profissionais de saúde, em decorrência da Lei Camata, frente ao aumento dos postos de trabalho para atender a saúde da população, principalmente nos municípios (BRAVO; MENEZES, 2008, 2011; LOBATO, 2012).

A doutrina neoliberal repercutiu também na legislação de educação implantada em 1996, trazendo para este âmbito termos como formação por competência, flexibilização do ensino, formação de tecnólogos, aprender a aprender, entre outros (BRASIL, 1996b; BAGNATO; RORIGUES, 2007).

Frente a estes determinantes políticos e ideológicos, a Faculdade de Enfermagem, aderida ao movimento contra-hegemônico da enfermagem, manteve o projeto que já se encontrava aprovado pelo Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CSEPE), órgão de coordenação de ensino da UERJ, complementando com os aspectos de acordo com instrumento de avaliação do MEC, em 2004. Neste momento, o corpo docente, não percebeu a ausência do referencial da categoria trabalho.

A Faculdade, buscando seu espaço acadêmico na pós-graduação, dividiu-se entre as ações necessárias à graduação e a esse nível de formação. Mantendo a nota máxima de avaliação no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), dirigiu-se ao

fortalecimento do curso *strictu sensu* implantado em nível de Mestrado, visando a autorização do curso de Doutorado, que aconteceu em 2010. Surgiu outra demanda: a ampliação da produção acadêmica, que gerou intensificação do trabalho e maior alocação de carga horária docente neste nível de formação.

A Universidade, vinculada ao Governo do Estado do Rio de Janeiro, também vivencia o neoliberalismo. Com restrição de verba e não autorização para abertura de novos concursos, esta inicia um processo de contratos temporários para professores substitutos aos docentes que saíam para se qualificar, que estavam de licença, se aposentaram ou estavam na pós-graduação *strictu sensu*, a partir dos anos 2000. Não possuía como estratégia para esta contratação um processo seletivo, acontecendo a mesma por indicação.

Esta forma de contratação induziu encontros de reflexão para o corpo docente no planejamento pedagógico sobre as opções de alocação destes profissionais: nos períodos iniciais de teoria e prática ou nos períodos finais do exercício da profissão? Em sua maioria recém-formada/o, com pouca prática, essas/es enfermeiras/os foram sendo distribuídas/os nos dois momentos, sem uma apresentação do projeto pedagógico, da estrutura curricular e da concepção pedagógica e de avaliação. Essa situação aconteceu diversas vezes, pois a autorização para a efetivação do contrato só acontecia com o período acadêmico iniciado. Quando finalizava o semestre tradicional, o professor contratado cobria as férias do efetivo que atuavam no internato, depois saía de férias. Quando o contratado retornava das suas férias, o ciclo continuava.

Este ciclo representa então as consequências da precarização do mundo do trabalho na Educação, e mais especificamente, na Universidade, que cada vez mais tem sido induzida a mudança de sua prática. De instituição social, que inspira a universalidade tendo a sociedade como seu princípio, a universidade tem sido induzida a passar para a condição de organização, com função operacional, tendo a si mesma como referência, voltada para a competição. Vincula-se a sociedade ao compreendê-la como mercado, o ensino superior, a mercadoria e seu papel, o de emitir diplomas. Os professores-pesquisadores viram competidores em uma arena que pode fugir a ética na produção financiada de pesquisas (CHAUI, 2014; SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008; SIMÕES BARBOSA, 2010).

Outro fato a se destacar foi a decisão da reitoria, ao entender que não teria obrigatoriedade em participar das atividades de avaliação do SINAES por ser da esfera estadual. A Faculdade, apesar de ter se organizado pautada em todos os itens do instrumento de avaliação à época, não vivenciou o olhar externo ao seu projeto. Mesmo que este processo de avaliação cumpra um papel regulatório, os avaliadores revelam que este também apresenta

perspectiva pedagógica, ao realizar o diagnóstico do que se faz necessário mudar, melhorar ou ampliar (LOPES NETO, 2007, 2008; TEIXEIRA et al, 2013).

Estas particularidades ressoaram em ausência de revisão do projeto político pedagógico, com certo distanciamento dos professores, e sem aproximação dos novos, aos valores, princípios, proposta pedagógica e de currículo integrado, constantes no projeto. Apesar de três atividades que aconteceram nos últimos sete anos terem sido as mais significativas desde a última revisão do PPP, o que foi pautado não se conseguiu elaborar resposta. (OLIVEIRA; CORREIA, 2013). Mesmo com alerta sobre a necessidade de um retorno ao grupo docente e discente, as reuniões e propostas da Comissão não foram priorizadas, com suspensão de reuniões, atravessamento de assuntos, volatilidade de componentes, entre outros. Na dinâmica acadêmica, aconteceram greves, ajustes de calendário, imposição de férias, dificultando a reunião do corpo social - docente, técnicos, administrativos e discentes - para a realização de um debate mais ampliado sobre o PPP e os ajustes necessários aos aspectos avaliados frente às DCN para a enfermagem.

Surge aqui a singularidade que envolve o professor no contexto da sala de aula e da instituição formadora. Cada um, com suas experiências e saberes desenvolvidos, procura transmitir o seu conhecimento e o socialmente acumulado. No projeto político pedagógico da ENF/UERJ, esta troca deve acontecer entre professores e entre professores e estudantes. Por isso a escolha por uma estrutura curricular integrada, em que a organização dos conteúdos teóricos e práticos que compõem a formação do enfermeiro, está mais horizontalizada, partindo do processo de trabalho do enfermeiro referente ao cuidado e dos conhecimentos científicos e técnicos que dão base a este exercício profissional (UERJ, 2005).

O trabalho, nas DCN, é apresentado como estruturante das atividades de ensino-aprendizagem. Considerando que este documento está impregnado da doutrina neoliberal, cuja perspectiva de trabalho é a de livre mercado, entendo que a ausência do referencial sobre a categoria trabalho no PPP abre espaço para que a doutrina seja divulgada no processo formativo sem crítica.

Um PPP não é um documento estagnado e não deve ser engavetado. Ele deve ser vivido no cotidiano da instituição formadora, estimulando o conjunto dos trabalhadores (docentes e técnico-administrativos) e o corpo discente a exercitarem a práxis, principalmente os professores recentemente concursados que renovaram o quadro docente, que não viveram todo este processo. É necessário o desenvolvimento de um processo de avaliação constante, do resultado de um produto ideal frente ao mundo real. Ao mesmo tempo, mobiliza o coletivo

em adequar intencionalmente o real em ideal, de forma a articular interesses individuais e coletivos (VEIGA, 2008).

Se este processo dinâmico não é avaliado e retroalimentado na dimensão pedagógica, filosófica, sociológica e ideológica, os valores definidos como prioritários na formação de um enfermeiro cidadão, com pensamento crítico, reflexivo, vão sendo lateralizados. Grandes intervalos com ausência de avaliação coletiva do PPP repercutiram em um afastamento dos professores da ação coletiva de formar enfermeiros.

Todas essas questões revelam a contradição na efetividade de um PPP, cujo propósito é explicitar suas intencionalidades referenciadas, de forma que a proposta curricular seja coerente com o projeto, demonstrando a totalidade social a ser construída (VEIGA, 2008). Neste caso, para que a formação de enfermeiros, com base em uma perspectiva crítica da Educação, se mantenha pertinente, faz-se necessário o esclarecimento do referencial sobre a categoria trabalho na formação do enfermeiro. Se há pretensão em formar agentes de mudanças, também os professores precisam se ver como agentes de mudança.

5.2 Categoria 2 – Concepções sobre trabalho

Essa categoria apresenta definições sobre modelos de trabalho e suas características, a partir da análise do PPP e dos planos de ensino das subáreas das Áreas assistencial. Não foi encontrado nenhum plano de ensino das matérias que compõem a Área Bases biológicas e sociais da enfermagem. Nas ementas analisadas de Sociologia e Antropologia filosófica, trabalho não aparece como tema de ensino.

Foram identificadas então duas concepções de trabalho presentes na formação do enfermeiro na ENF/UERJ, que se configuraram em duas subcategorias: a concepção gerencialista e a marxista.

5.2.1 Concepção gerencialista

Segundo Borges (1999), a concepção gerencialista, também denominada gerência científica, se apresenta como reação à crítica marxista e como forma de conter o sindicalismo,

identificado como espaço institucionalizado da insatisfação da massa trabalhadora. Sob influência de correntes da economia (keynesiano-fordista), da administração (relações humanas) e da psicologia organizacional, atribui uma centralidade mais baixa ao trabalho, defendendo, entre seus valores, o trabalho como mercadoria, vinculado ao consumo, provedor de contatos interpessoais e cujo processo, por ser repetitivo e mecanizado, se apresenta pobre de conteúdo.

Esta concepção gerencialista foi criticada pela visão flexível do trabalho, que se diferencia principalmente em seus valores, denominada centralidade externa. Esta propaga o trabalho instrumental, horizontalizado, leve a partir da aplicação de tecnologia avançada, com baixa centralidade no trabalho. Como se baseia na demanda de consumo, o trabalho precisa ser flexível, não havendo garantia de estabilidade no trabalho, com proposta de redução de carga horária e salarial. Logo o trabalhador precisa ser polivalente, para atuar na diversificação de tarefas. É proposta a “gestão de pessoas”, pois a produção visa o controle da qualidade do trabalho pelo próprio trabalhador (ANTUNES, 2012; BORGES, 1999).

A concepção está presente nos planos de ensino da Subárea Fundamental II - Administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem. O foco dos cinco períodos, em que esta subárea acontece, está relacionado à gestão do trabalho em saúde e de enfermagem, voltado para a visão sistêmica do processo de trabalho, teorias administrativas, tecnologias de gestão do trabalho, gestão de pessoas, no processo de supervisão das ações de enfermagem e no processo de trabalho de enfermagem a partir da sistematização da assistência de enfermagem, somente.

No quarto período, o foco é na atenção básica que também contempla a gestão do sistema, como políticas que organizam a atenção básica, rede de atenção à saúde, uso dos sistemas de informação, planejamento, organização e controle dos recursos para assistência na atenção básica, gerenciamento de pessoas e teorias de administração. Além das visitas que acontecem neste período, a experiência prática principal acontece no oitavo período na Policlínica Piquet Carneiro (PPC). Esta unidade é vinculada à UERJ e se caracteriza como unidade de atenção secundária especializada.

Nos quinto e sexto períodos, o enfoque é na gestão em âmbito hospitalar e na gestão do serviço de enfermagem, respectivamente. Os conteúdos do quinto período estão voltados para as técnicas de gestão, a serem aplicadas tanto nos espaços da gestão do sistema, quanto na gestão de unidade de atenção básica e hospitalar. Os conteúdos do sexto período são aplicáveis na gestão do serviço de enfermagem, tanto na atenção primária, quanto no hospital, mas a abordagem tem mais perspectiva hospitalar. Os campos de exercício, para aquisição de

experiência profissional referente a estes conteúdos, acontecem nos oitavo e nono períodos, na Policlínica Piquet Carneiro e no Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hospital-Escola), unidades de saúde vinculadas à Universidade. Dentre as atividades que os internos desenvolvem nestes campos estão supervisão de enfermagem e gerenciamento em unidades de atendimento ambulatorial e de internação. Não existe plano de ensino para o internato e sim um plano de atividades elaborado entre os professores que atuam neste campo.

Destaco ainda que duas das competências gerais descritas no PPP, atendendo as DCN, estão próximas a perspectiva gerencialista, como descrito:

Fundamentar seu trabalho 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.

Analisar a adequação dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis nos serviços de Saúde em relação à Política de Recursos Humanos.

Esta forma de escrita apresenta o trabalhador como mais um recurso do processo de trabalho, que gera custeio, dentro da teoria da administração clássica, mesmo com o uso do termo força de trabalho, característico da concepção marxista.

5.2.2 Concepção marxista

Esta concepção se refere à análise do trabalho elaborada por Karl Marx como desvelamento da visão do capitalismo em relação ao valor do trabalho e sua perspectiva alienadora, dentre outros aspectos (BORGES, 1999). Para Marx (2013), o trabalho é central na existência humana, ao produzir a própria condição humana, tornando o ser social.

É citada no PPP como uma explicação do trabalho como produção social que gera renda que gera consumo. Ainda aparece em quatro das competências gerais descritas neste documento.

Está, também, relacionada nos planos de ensino da área fundamental, com destaque para duas subáreas: IA - Educação e pesquisa em enfermagem e III - Bases ética, histórica e política da enfermagem. Na primeira subárea, tal concepção é abordada na subárea IA 1 - Educação em enfermagem, quando é apresentada a concepção curricular adotada pela ENF/UERJ, a partir da apresentação do PPP da unidade. Faz-se leitura crítica das DCN para a Enfermagem, contextualizando-se historicamente o movimento político de categoria em prol

desta conquista. Ressalta-se o papel de educador do enfermeiro nas ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, que buscam promover junto à população reflexão sobre os determinantes da saúde, dentre eles o trabalho.

Na subárea fundamental III, destaca-se a abordagem sobre trabalho nas subáreas III A 1 - Ética social e na III C - Política de saúde 2. Na primeira, há abordagem na perspectiva de estabelecimento de relação entre os valores éticos e o direito ao trabalho, em cuja ementa encontra-se escrito:

O trabalho como um direito social básico do ser humano. Reflexão crítica sobre a realidade do trabalho no Brasil e nos outros países da América Latina, ressaltando as condições insalubres e a exploração do trabalhador. A importância do trabalho como gerador de renda que delimita as classes sociais, meio de sobrevivência e de promoção de justiça e dos direitos humanos. Ações orientadoras para reverter o quadro de desemprego e as condições impróprias à dignidade do trabalhador no Brasil.

Todos os assuntos nesta subárea são apresentados em formato de oficina, planejada e desenvolvida por grupo de estudantes, tendo como base uma orientação fornecida por escrito, com descrição dos objetivos geral e específicos para cada oficina-temática. Na versão atual (2014-2015), as orientações contêm temas obrigatórios, opcionais e bibliografia. Os temas obrigatórios são: os objetivos do milênio, direcionado ao tema trabalho, direitos humanos, constituição brasileira, valores éticos e bioéticos. Dentre os opcionais destacam-se: importância social do trabalho, histórico do dia do trabalho, trabalho no Brasil e na América Latina, trabalho escravo e trabalho compulsório, a relação entre trabalho, justiça social e capitalismo, relação entre trabalho insalubre e o *ranking* internacional de países que mais ocorrem acidentes de trabalho; desemprego e subemprego, com aumento do setor informal, trabalho infantil, início da inserção da mulher no mercado de trabalho, relação entre leis trabalhistas e direitos dos trabalhadores, organizações e instituições de ajuda do trabalhador, sindicatos, Sistema S de qualificação do trabalhador.

Observa-se que os conteúdos tangenciam a concepção crítica sobre trabalho, tornando-se o conteúdo selecionado e forma de abordagem dependente da compreensão dos estudantes que compõem o grupo, a partir das orientações do professor e do monitor. Dentre as bibliografias referenciadas, em 2015, destaca-se o livro *Os sentidos do trabalho* de Ricardo Antunes, que faz uma abordagem crítica sobre trabalho.

Na subárea fundamental III C - Política de saúde 2, a abordagem nessa perspectiva surgiu no plano de ensino de algumas turmas, referente ao conteúdo sobre política de gestão do trabalho e da educação em saúde, adotada pelo Ministério da Saúde desde 2003 até a presente data. Nas turmas em que tal abordagem está descrita, apresenta-se a concepção de

trabalho como categoria de análise, a relação de mais valia, os tipos de trabalho segundo Marx e a política de educação permanente na saúde, com base em algum destes elementos.

Na subárea assistencial I – Saúde, trabalho e meio ambiente 1, o conceito de saúde é apresentado a partir desta explicação, em que o consumo só é possível, porque houve geração de renda a partir do trabalho como produção social, mas sem aprofundar no referencial teórico desta concepção.

Em outra subárea que possui a palavra “trabalho” em sua nomenclatura (subárea assistencial III - Saúde do adolescente, do adulto e do idoso e o mundo do trabalho 2), cuja intenção é expressar o processo saúde-doença como produto do trabalho em sua relação de transformação da natureza e da natureza do trabalho sobre a saúde do homem, observa-se abordagem sobre saúde do trabalhador, voltada para a subjetividade do trabalho e o adoecimento. Este momento refere-se ao quinto período do curso, que compreende a metade da formação.

Na subárea assistencial II – Promovendo e recuperando a saúde mental 5, que ocorre no sexto período, há abordagem sobre sofrimento que o trabalho em unidades críticas pode causar nos profissionais de enfermagem. Tal assunto surge neste período pela integração com os conteúdos sobre atuação do enfermeiro em unidade crítica.

Quando se debate o papel social da mulher e da criança, nas subáreas assistenciais IV e V, respectivamente, tal tema também é tangenciado, quando se aborda o valor do trabalho da mulher na sociedade e o trabalho infantil na perspectiva crítica. Não foi encontrada nenhuma referência bibliográfica específica sobre o tema nos planos de ensino.

Tais resultados revelam a contradição presente nas concepções sobre trabalho desenvolvidas na formação. No período da elaboração da proposta curricular em vigor a perspectiva sobre trabalho subentendida era na concepção marxista. Mas como tal referencial não foi debatido entre o grupo, o pensamento contrário não foi identificado. A inserção da doutrina neoliberal na economia brasileira alastrou seus princípios e conceitos, que substanciam a administração flexível, em outros campos, inclusive a saúde e a educação. Os termos “flexibilidade”, “gestão de pessoas”, “globalização”, “autonomia”, “criatividade”, “horizontalidade da decisão”, entre outros, foram se inserindo no cotidiano da gestão em saúde, travestido de moderno, sem maior análise crítica da ideologia subjacente.

Na educação, termos como “metodologia ativa da aprendizagem”, “competência, habilidades e atitudes”, “aprender a aprender”, “aprender a fazer”, “aprender a ser” e “aprender a conviver” surgiram na legislação reforçados por referências de autores internacionais, e depois nacionais, que faziam a articulação da educação para o trabalho na de

mercado de trabalho, sem um debate mais amplo sobre o significado de mercado de trabalho (BRASIL, 1996b, 2001).

Na saúde, as implantações do Programa Agente Comunitário de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família foram impondo elementos da administração flexível, a partir do momento em que o concurso de profissionais para comporem este quadro funcional, feriria a Lei Camata. Implantam-se processos seletivos ou a indicação política, destes profissionais de saúde, que passam a serem contratados de forma precarizada, sem garantia de condições de trabalho, subordinando-se a esse tipo de formato contratual pela necessidade de subsistência. Atualmente, apesar de existir ainda alguns contratos precários, a maioria tem-se dado por meio da gestão por fundações de direito privado ou organizações sociais (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; BARALDI et al, 2009; BERTOCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Compreende-se que a absorção imediata desta ideologia tenha relação com a ideia de superação do uso da Teoria Clássica da Administração na gestão dos serviços de saúde pela enfermagem marcada pela verticalização do comando e da decisão, pelo controle e pela divisão de tarefas. Na educação, a assimilação decorreu da necessidade de suplantar uma formação rígida de ensino, sem criatividade, desconectada da realidade. Na saúde, pela necessidade de manutenção de sua sobrevivência e pela aderência aos princípios e diretrizes do SUS (BAGNATO; RODRIGUES, 2007; MENEZES BRITO et al, 2005).

Exemplos clássicos da difusão desta ideologia na saúde foram as legislações para a formação do técnico em enfermagem que foram publicadas já em 1997, com à implantação do Projeto PROFAE dois anos depois. Além da formação, outro componente do projeto foi a implantação de um Sistema de Certificação de Competências, que muito mobilizou a categoria (FORMAÇÃO, 2002)

Mas apesar dessa força discursiva, acadêmicos e pesquisadores aderidos à Teoria Crítica foram desvelando a ideologia que perpassa estes termos, demonstrando a real intenção: a formação de trabalhadores vinculada a lógica de mercado livre, visando a exploração da mais-valia para acumulação de mais capital (FRIGOTTO, 2011; RAMOS, 2001; SIMÕES BARBOSA, 2010). Estas determinações estruturais repercutiram na particularidade da formação na ENF/UERJ.

As análises sobre currículo, como artefato de formação, apresentam o conhecimento a ser ensinado como questão central, com pontuação de alguns aspectos: qual saber é considerado importante/válido/essencial para estar no currículo; e, o que as/os futuras/os profissionais devem saber. Para Silva (2015), as respostas a estes aspectos estão, de forma explícita ou implícita, estabelecendo critérios de seleção, que complementa processo de

socialização iniciado no PPP. Ao se definir que enfermeiras/os formar para a sociedade, todo o processo de seleção de conteúdos teóricos e práticos estará configurando um documento de identidade institucional e também da/o enfermeira/o egressa/o.

Silva (2015) aponta também que a definição de um currículo envolve questão de poder, que será definidora da concepção social que se tem. Para a teoria tradicional de currículo, que é hegemônica, a preocupação não é em definir o que ensinar, pois entendem que é óbvio, mas sim o “como ensinar” e “como organizar o conhecimento a ser transmitido”. Para as teorias críticas e pós-críticas, além da definição do que ensinar, buscam justificar a escolha de tal conteúdo para formar tal cidadão, de forma constante, preocupadas que estão com a relação entre saber, identidade e poder.

Os corpos docente e discente representativos em 1995, quando fizeram a opção pelo perfil de enfermeira/o a ser formada/o, deixaram claro a visão de mundo que defendiam: historicamente construído, cuja sociedade é dinamicamente determinada pelos contextos em que estão inseridas. Assim, o compromisso com a vida na sua expressão política de liberdade e dignidade como direito humano, no exercício da democracia por conquista de direitos e exercício de deveres em prol da sobrevivência do planeta e na sua capacidade de intervir no processo gerador saúde/doença, com proposição de ações em prol da saúde da população, faz sentido enquanto perfil desenhado.

No entanto, os resultados deste estudo apontam para uma diversidade de conteúdos desarticulados, específicos para a gerência sem contextualização sobre trabalho, não permitindo que a/o estudante tenha uma visão da totalidade, levando ao conhecimento parcial e parcelado sobre a temática. A maioria do conhecimento é mais ensinada, principalmente na Subárea Fundamental II – Administração do processo de trabalho e do cuidado em enfermagem, nos três períodos em que acontece (4º, 5º e 6º), apesar de algumas abordagens em outras subáreas, mas que não são consistentes.

Esta diversidade de conteúdos no tempo da execução curricular justifica-se por uma sequência de trocas de docentes, seja pelo afastamento dos efetivos para desenvolvimento de outras atividades com substituição de contratos, seja pela adaptação de acordo com o planejamento da relação docente/carga horária/dias da semana, seja por aposentadoria. A partir de 2012, iniciou-se uma recomposição de professores que atuam nestes períodos, mas ainda vivenciando ajustes com vistas a estabilização.

Estas mudanças não foram problematizadas, pois os processos avaliativos, que aconteciam duas vezes no semestre por período, deixaram de acontecer de forma sistemática, existindo diversos determinantes: por resistência dos docentes que não aceitavam ser

avaliados pelos discentes, pela estratégia de avaliação escolhida que deixou de ser efetiva naquilo que se propunha, pela simples suspensão.

A realidade do trabalho e do trabalho em saúde, hoje, está muito modificada em relação ao que se vivenciava em 1996, ano de aplicação deste PPP e de 2004, ano de sua última revisão. As unidades públicas de atendimento à saúde ampliaram-se em quantitativo, ao mesmo tempo em que houve mudança estrutural no modelo de gestão das mesmas. As unidades de saúde hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) vinculadas à Secretaria de Saúde do governo do Estado do Rio de Janeiro estão sob a gestão de Fundações estatais de direito privado e de Organizações Sociais (OS). Da mesma forma, as unidades de saúde da família, denominadas Clínicas da Família, e as UPA vinculadas à gestão da saúde no município do Rio de Janeiro e de outros municípios do interior do Estado, estão sendo geridas pelos mesmos tipos de organizações, aprovadas por legislações federal, estadual e municipais. A forma de empregabilidade não é mais por concurso público e sim por processo seletivo, ficando o profissional sujeito às questões políticas, como apontam Andreazzi e Bravo (2014), que ressaltam que este arranjo atende à perspectiva neoliberal, que entende a saúde, como setor de produção de riqueza em contradição ao preconizado pela RSB.

Tais situações não são vivenciadas pelos estudantes nas unidades de saúde vinculadas à UERJ - a Policlínica Piquet Carneiro (PPC) e o (HUPE) -, que têm sido os campos escolhidos para estágio supervisionado, na modalidade internato, da subárea fundamental II – Administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem. Nas unidades de Clínica da Família, onde as/os internas/os exercitam a práxis do cuidado à comunidade, família, indivíduo, este tipo de gestão acontece, mas não é problematizada. Se há plano de ensino sendo aplicado no internato, este não se encontra arquivado; também não há registro das atividades desenvolvidas pelas/os internas/os, que foram abolidas há seis anos.

Neste momento outra situação é motivo de atenção. A partir da ação do Ministério Público relacionada a forma de contratação de corpo docente substituto pela UERJ, diversos concursos públicos aconteceram em 2014, 2015, com realizações ainda neste ano, com ingresso de quantidade significativa de docentes, tanto para graduação, quanto para a pós-graduação *lato sensu*. A inserção dos novos docentes aponta por uma ampliação em torno de 40% do quadro de professores, que não obrigatoriamente, conheçam a proposta pedagógica da ENF/UERJ, incluindo para administração em enfermagem.

A partir desta pesquisa documental, identifiquei que a categoria trabalho tem sido relacionada a diversas situações de vida que tangenciam a saúde (educação, política, mulher, criança, trabalhador, sofrimento), mas pouca relacionada a visão mais ampliada do trabalho

em saúde e da enfermagem, restringindo-se a gerência. Não há um momento em que haja abordagem sobre os princípios que fundamentam esta categoria.

Apesar disso, identifiquei que a categoria trabalho não é abordada em toda sua dimensão com clareza na formação. Os conteúdos hoje selecionados e constantes dos planos de ensino não são suficientes para que as/os acadêmicas/os, quando egressas/os da unidade formadora, possam analisar com toda clareza o contexto de trabalho em saúde no qual estarão se inserindo em breve e saibam se posicionar frente as demandas trabalhistas, sejam elas de natureza política, ética, técnica ou científica. Assim, o cenário sobre a lógica capitalista mantém-se velado, pois este está cada vez mais presente no cotidiano da saúde, marcadamente nas unidades de saúde de responsabilidades municipal e estadual, no contexto do Rio de Janeiro. Assim os objetivos da ENF/UERJ em formar enfermeiros cidadãos estão sendo parcialmente alcançados.

Pode-se também dizer que o tema é transversal no processo formativo de futuras/os enfermeiras/os. Nas subáreas que constituem a proposta curricular atualmente, o trabalho pode ser abordado em suas diversas dimensões, mas de forma articulada entre as subáreas das três áreas (sociologia, antropologia, educação em enfermagem, políticas de saúde, administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem, ética social e profissional, história da enfermagem, saúde, trabalho e meio ambiente, saúde do adolescente, adulto, idoso e o mundo do trabalho, promovendo e recuperando a saúde mental, saúde da mulher e atenção integral à saúde da criança).

O tema seria problematizado, a partir das sucessivas abordagens às dimensões que o compõem – trabalho como produção humana a partir da sua relação com a natureza, ajustando-a as suas necessidades; a busca da essência do homem a partir do trabalho; os meios de produção da existência; a constituição do trabalho nos contextos históricos (o trabalho comum, o trabalho escravo, o trabalho mercante, o trabalho mercadoria); a visão econômica do capital sobre o trabalho; as características do trabalho no capitalismo; mercado de trabalho; as características do trabalho no setor de serviço; trabalho e educação; as características do trabalho em saúde; processo de trabalho em enfermagem (características, tipos de processo de trabalho; áreas de trabalho); história do trabalho de enfermagem; saúde do trabalhador; a doutrina neoliberal; a gestão do sistema de saúde; a gestão do trabalho em saúde; a gestão do trabalho em enfermagem e do cuidado de enfermagem; as políticas de saúde e a gestão do trabalho em saúde; forma de organização do trabalhador (associações de classe), dentre outros (BAGNATO; RODRIGUES, 2007; PIRES, 2008b; SAVIANI, 2007)

Este cenário aponta para a necessidade de reolhar o PPP, em um movimento coletivo, que balize o perfil de enfermeiro a ser formado, de forma que haja um novo momento de escolhas coletivas, principalmente agora com a entrada significativa de professores por concurso público. Advogo pela manutenção das intencionalidades presentes no PPP atual, no que diz respeito a concepção crítica de educação, de currículo, que contemplam os aspectos da interdisciplinaridade dos saberes, do trabalho coletivo, dos princípios do SUS que se mantêm pertinentes na perspectiva do paradigma da saúde como produção social.

A partir da confirmação ou redefinição deste perfil, apontando para a configuração de seu papel social, analisar os conteúdos teórico e prático selecionados e os ausentes, que se configuram importantes no momento atual PPP -inclusive para enfrentamento da doutrina neoliberal-, e a organização dos mesmos no tempo de formação, mantendo a lógica da integração de conteúdos.

CONSIDERAÇÕES TRANSITÓRIAS

Esta pesquisa teve como proposta de estudo a formação de enfermeiros para o trabalho em saúde tendo como objetivos identificar o referencial teórico sobre trabalho adotado no PPP da ENF/UERJ; analisar a concepção sobre trabalho abordada no currículo da ENF/UERJ e analisar se os conteúdos sobre o mundo do trabalho em saúde ensinados na ENF/UERJ são base para o enfrentamento nas relações de trabalho no setor saúde na atualidade.

Nesse processo elaborei um levantamento bibliográfico, visando subsidiar a reconstrução histórica da ideia-proposta-projeto base da Reforma Sanitária Brasileira, nos momentos anteriores ao SUS e do movimento-processo de manutenção dos princípios do sistema que vem sendo bombardeado pela doutrina neoliberal com mudanças significativas na legislação que o sustenta e as que também se referem aos direitos trabalhistas. Revisitei os conceitos que fundamentam a categoria trabalho, analisando o trabalho em saúde e enfermagem. Por fim, procurei compreender o processo de formação em enfermagem desde sua constituição, com destaque para o Brasil, até os tempos atuais. A partir da compreensão dos contextos, identifiquei os determinantes que influenciam a formação do enfermeiro para o trabalho no SUS.

A formação de enfermeiros para o trabalho na saúde realizada na UERJ tem sido influenciada pelas dimensões ideológica, política e econômica, presentes nas relações sociais entre formação e mundo do trabalho, sendo por ela determinadas.

No estudo constatei que a ausência de referencial sobre trabalho no Projeto Político Pedagógico da ENF/UERJ foi fruto das relações políticas e ideológicas que os docentes viviam a partir do processo de participação no movimento pelo SUS e na elaboração da normativa para uma política para a força de trabalho para atuar neste sistema.

A referência aos determinantes da saúde na construção do PPP, depreendia uma concepção de trabalho que parecia consensual entre todos. O consenso foi se desfazendo à medida que houve alteração de atores do momento de construção do PPP, pela dinâmica natural de entrada e saída da força de trabalho docente da instituição. Outro fator foi o investimento em ampliar os espaços de atuação na Faculdade no campo da pós-graduação, que lateralizou o debate sobre a graduação. Mesmo as proposições de avaliação das IES, apontadas pelo INEP, não provocaram um olhar para este referencial no PPP.

Ficou evidenciado que, apesar do projeto político pedagógico ter sido elaborado com base na perspectiva crítica, nem todos os referenciais que interessavam, e ainda interessam, na

formação de enfermeiros para atuar no SUS, pensados pela ENF/UERJ, estavam explícitos. Este vazio foi sendo preenchido por outra concepção.

Em relação a concepção sobre trabalho desenvolvida no processo formativo, identificou-se duas correntes: a gerencialista com tendência para administração flexível do trabalho e a concepção marxista. Essas duas correntes opositoras surgiram pela constante mudança de professores na subárea fundamental II, denominada administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem. Cada professor que chegava, modificava os planos de ensino conforme suas experiências individuais, se desconectando do projeto político pedagógico, tornando ensino solitário. Um dos determinantes dessas mudanças esteve relacionado ao processo de precarização do trabalho docente, implantado na UERJ até 2014.

Os professores oriundos do consenso referencial sobre trabalho atuam nas outras subáreas e mantiveram a abordagem da concepção marxista sobre trabalho. Mesmo assim, esta acontece de forma não sistemática.

Outro fator determinante para o surgimento de dois conceitos sobre trabalho foi a ausência do processo de avaliação sistemático que acontecia nos períodos. A não realização dos seminários de avaliação a cada duas vezes no semestre não facilitaram a visualização das alterações dos planos de ensino, com conteúdos contraditórios aos valores definidos, e também da retirada das atividades práticas que permitiam a comparação ideal-real. Hoje, reduzem-se a visitas técnicas.

Tais situações evidenciam a necessidade em manter um processo de avaliação constante sobre a execução da proposta curricular, envolvendo todos os atores. Ao mesmo tempo, aponta para criação de espaços de reflexão pedagógica e de debate teórico, como também de aprofundamento teórico de temas relativos à atuação de enfermeiros. Entendendo que o estabelecimento da semana pedagógica a cada início de semestre, mesmo com dimensões diferentes, seja um movimento congregador.

A doutrina neoliberal trouxe uma proposta nova de gerência flexível para a indústria que replicou no setor de serviços, dentre eles saúde e educação. Trouxe mudanças na legislação trabalhista, apontando para uma realidade nova no sistema público de saúde, referente à inserção do trabalho precarizado nos espaços que compõem o SUS. Parte destes conteúdos estão presentes na formação do enfermeiro na UERJ, como técnicas de gestão, gestão de pessoas, entre outros. Não há uma análise crítica sobre os mesmos por alguns docentes, pela Coordenação de Graduação e pela Comissão de Acompanhamento da Execução Curricular.

A partir das análises realizadas, concluiu-se que os conteúdos teórico-práticos ensinados na formação do enfermeiro da UERJ não oferecem base para que os egressos realizem uma leitura crítica sobre os contextos que determinam o trabalho. Eles não apresentam coerência ideológica, como também não abordam as características do trabalho em saúde e de enfermagem, não estabelecendo relação com o processo produtivo.

Este estudo teve seus pressupostos comprovados, à medida que caracterizou que as atuais configurações do mundo do trabalho apresentam-se como realidade não imediatamente compreensível, sendo necessário serem desveladas e problematizadas e que o processo de formação não tem conseguido apresentar esta realidade.

Esta pesquisa contribuiu para a reflexão sobre os princípios éticos, filosóficos, políticos, pedagógicos e sociais, referenciados no projeto político pedagógico da ENF/UERJ, a serem revistos frente ao processo de revisão das DCN que se apresenta. Confirma a Teoria Crítica da Educação como opção que envolve uma concepção crítica sobre trabalho aplicada ao campo da saúde e a sua expressão no cotidiano da formação do enfermeiro. Esta precisa ser

Contribui também para que novas pesquisas sejam realizadas neste campo da formação sobre a concepção de trabalho, que define de forma mais clara os elementos que envolvem o trabalho de enfermagem e base para as negociações de contrato e condições de trabalho. Um dos limites deste estudo foi a impossibilidade da autora em realizar entrevista com docentes e discentes como planejado inicialmente.

É inquietante perceber que quantitativo significativo de professores, que recentemente se inseriram na instituição, foram para a sala de aula, para o campo prático ou para os espaços onde acontecem os estágios supervisionados/internato sem conhecimento do Projeto político pedagógico da instituição, pela premência da inserção destes juntos aos estudantes.

Tantas são as questões impostas pela realidade em saúde, seja referente ao trabalho, às propostas de educação e ao cuidado, que se modificaram neste tempo de 20 anos a partir da elaboração do PPP. Outras questões foram surgindo a partir da dinâmica da Universidade e da própria execução curricular. Penso que, após sete anos sem analisar o PPP e com quadro de docentes tão ampliado, seja o momento de criar um processo de revisão mais amplo, com vistas a que o PPP seja de novo um projeto coletivo e não somente mudanças na estrutura curricular.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEN). Carta de Florianópolis. In: CONGRESSO PANAMERICANO DE PROFISSIONALES DE ENFERMERIA, 10., 1999, Florianópolis. **Anais...** Brasília: ABEn. 1999. Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/olhomagico/espec_novembro/em_questao.htm> Acesso em: 28 out. 2014.
- ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 2000.
- ALBUQUERQUE, Gelson Luiz; PIRES, Denise. A construção de uma nova forma de representação profissional – um desafio no “projeto político-profissional da enfermagem brasileira”. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 228-232, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a20.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A formação do enfermeiro frente à Reforma Sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 505-510, out./dez. 1986. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n4/v2n4a10.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2014.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan StuardoYazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semirames Melani Melo. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ANDERY, Maria Amália et al. **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. São Paulo: EdUSP, 2012.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2015.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2000.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Boitempo, 2008.
- ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. 1. ed. rev. São Paulo: Boitempo, 2012.
- BACKES, Vânia Marli Schubert et al. Grupos de pesquisa de educação em enfermagem da região sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 2, p. 249-256, jun. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5054/6682>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

BAGNATO, Maria Helena Salgado; RODRIGUES, Rosa Maria. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 507-512, set./out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a05.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

BARALDI, Solange et al. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 539-548, nov. 2008/fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/08.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BASSINELO, Greicelene Aparecida Hespanhol; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Projeto Larga Escala: uma análise a partir da bibliografia existente. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 194-200, jan./mar. 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a27.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

BASSINELO, Greicelene Aparecida Hespanhol; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 620-626, jul./ago. 2009b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/22.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

BERTONCINI, Judite Hennemann; PIRES, Denise Elvira Pires e; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 157-173, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/08.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.

BORGES, Livia de Oliveira. As concepções do trabalho: um estudo de análise de conteúdo de dois periódicos de circulação nacional. **Rev. Adm. Contemp.**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 81-107, set./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v3n3/v3n3a05.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3 de 07 de Novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 4 de 06 de Abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 07 abr. 2009. Seção 1, p.27, 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf>. Acesso em: 23 fev.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem**. 2. ed. rev. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Núcleo Contextual. Módulo 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento da Gestão da Educação em Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil:** subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 15.799, de 10 de Novembro de 1922. Aprova o regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Diário Oficial da União.** Seção 1. Rio de Janeiro, GB, 14 nov. 1922, p. 21475. Disponível em:
<<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=32884&norma=48530>>. Acesso em: 03 jan. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 16.300, de 31 de Dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Diário Oficial da União.** Rio de Janeiro, GB, 01 fev. 1924, p. 3199. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D16300impressao.htm>. Acesso em: 03 jan. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 775, de 06 de Agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Rio de Janeiro, GB, 13 ago.1949. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L775.htm>. Acesso em: 03 jan. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 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. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 jun. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.311, de 24 de Outubro de 1996. Institui a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira - CPMF, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa.** Brasília, DF, 23 dez. 1996a, p. 27833. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 22 jun.2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação brasileira. **Diário Oficial [da] República Federativa.** Brasília, DF, 25 out. 1996b, p. 1877. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9311.htm>. Acesso em: 22 jun.2014.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 21, de 18 de Março de 1999. Prorroga, alterando a alíquota, a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e de direitos de natureza financeira, a que se refere o art. 74 do atodas disposições constitucionais transitórias. **Diário Oficial [da] República Federativa** (online). Brasília, DF, 19 mar. 1999, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc21.htm>. Acesso em: 22 jun. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Emenda constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa** (online). Brasília, DF, 14 set. 2000, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 25 jun. 2014

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 jun. 2011. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 jun. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 jan. 2012, p.1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 26 jun. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13097, de 19 de Janeiro de 2015. Altera o art.23 da Lei 8080/1990 dentre outros. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 jan. 2015. Seção 1, p.1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13097.htm>. Acesso em: 13 jun. 2015.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed. reimp. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Política de saúde no governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 17-21. Disponível em: <<http://lctead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/VV.%20AA.%20Pol%EDtica%20de%20Sa%FAde%20na%20Atual%20Conjuntura..pdf>>. Acesso em 22 jan. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org.) **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011. p. 15-28. Disponível em: <http://www.adufjrj.org.br/images/publicacoes_especiais/PDFs/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf>. Acesso: 22 jan. 2016.

BURGATTI, Juliane Cristina et al. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 282-286, mar./abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/20.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

CATLETT, Cynthia; GRION, Bruno Marques. Corrupção no setor de saúde: um grande desafio na perspectiva de três grandes países. **Legal Ethics Compliance (LEC)**. [São Paulo?], 25 fev. 2015. Disponível em: <<http://www.lecnews.com/web/corruptao-no-setor-de-saude-um-grande-desafio-na-perspectiva-de-tres-grandes-paises/>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 141-166.

CHAUÍ, Marilena. **Contra a universidade operacional**. Aula magna em 08 de Agosto de 2014, Auditório da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=llXrRg4BaVg>>. Acesso em: 14 fev. 2015.

COÊLHO, Ildeu Moreira. Universidade e formação de professores. In: GUIMARÃES, Valter Suarez. (Org.). **Formar para o mercado ou para a autonomia?** O papel da universidade. Campinas (SP): Papyrus, 2006. p. 43-63.

COHN, Amélia. Políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 219-247.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 1., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNRH_saude.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2014.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 2., 1993, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2014.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2015.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. S7-S16, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Cofen discute irregularidades da EaD com MEC**, em 05 de Fevereiro de 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-discute-irregularidades-da-ead-com-mec_37499.html>. Acesso em: 08 fev. 2016.

CORALINA, Cora. Exaltação de aninha (o professor). In: _____. **Vintém de cobre: meias confissões de Aninha**. São Paulo: Global Editora, 2007.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, jul./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2016.

CORREIA, Luiza Mara et al. Construção do projeto pedagógico: experiência da Faculdade de Enfermagem da UERJ. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 6, p. 649-653, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a02.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2011.

CORRUPÇÃO na Saúde desviou R\$ 2,3 bilhões em nove anos. **O Globo**, Rio de Janeiro, 16 set. 2011 às 21h13. Dinheiro público (online). Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/corrupcao-na-saude-desviou-r-23-bilhoes-em-nove-anos-caid4fzg8u7veuqcc8om75jym>> Acesso em: 30 jan. 2016.

CORRUPÇÃO na saúde é a pior, diz colunista; veja casos de desvios milionários no SUS. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 out. 2013 às 21h. Cotidiano (online). Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/10/1359587-corrupcao-na-saude-e-a-pior-diz-colunista-veja-casos-de-desvios-milionarios-do-sus.shtml>> Acesso em: 30 jan. 2016.

COSTA, Nilson do Rosário. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 693-706, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/02.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, p. 206-214, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/02.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2013.

FAGNANI, Eduardo. Notas sobre o desenvolvimento social recente no Brasil. **Instituto de Economia da UNICAMP**, Campinas, n. 198. nov. 2011. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/docprod/downarq.php?id=3156&tp=a>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

FAGNANI, Eduardo. Tensão entre paradigmas: notas sobre a política social no Brasil (1988/2008). **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 710-712, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/04.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

FERNANDES, Josicélia Dumê et al. Expansão da educação superior no Brasil: ampliação dos cursos de graduação em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** (online), Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, 8 telas, maio/jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0670.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2013.

FORMAÇÃO. Brasília: Ministério da Saúde, n. 02, 2002.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GRANJA, Gabriela Ferreira. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. esp, p. 597-602, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v39nspe/v39nspea12.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2013.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 50. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In: FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século**. 10. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011. p. 25-54.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise. O trabalho como princípio educativo no projeto de educação integral de trabalhadores. In: COSTA, Hélio; CONCEIÇÃO, Martinho da. (Org.). **Educação integral e sistema de reconhecimento e certificação educacional e profissional**. São Paulo: CUT, 2005. p. 19-26.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no país**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/37644>>. Acesso em: 24 out. 2015.

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea, OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v35n1/v35n1a12>>. Acesso em: 18 out. 2013.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez. 1985.

GERMANO, Raimunda Medeiros. Percurso revisitado: o ensino de enfermagem no Brasil. **Pro-posições**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 13-25, jan./abr. 2003. Disponível em: <<http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/proposicoes/textos/40-dossie-Germanorm.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GONÇALVES, Francisco Gleidson de Azevedo et al. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 519-525, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a14.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2016.

GRYSCHKEK, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins et al. Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 196-201, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a09.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2013.

HERNADEZ, Maria Cristina Pratis. A configuração do Estado Brasileiro. **Saber Acadêmico**, São Paulo, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.uniesp.edu.br/revista/revista6/pdf/6.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2002.

KUENZER, Acácia. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 239-265, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n1/07.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.

KUENZER, Acácia. Desafios teórico-metodológicos da relação trabalho-educação e o papel social da escola. In: FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011. p. 55-75.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

LESSA, Andrea Broch Siqueira Lusquinhos; ARAUJO, Cristina Nunes Vitor de. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 474-480, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664>>. Acesso em: 06 nov. 2013.

LESSA, Sergio. Trabalho produtivo e improdutivo. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traproimp.html>> Acesso em: 24 nov. 2013.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. Saúde Colet.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 259-291, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2016.

LINHART, Danièle. Revoltas na França: o que as manifestações nos revelam. **Le Monde Diplomatique Brasil**. 01 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=808>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. (Formação em cidadania para saúde; Livro 4). Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/4Pol%C3%ADticas-Sociais-e-de-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2015.

LOPES, Alice Casemiro. O processo de seleção de conteúdos como uma seleção cultural. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem**. 2. ed. rev. amp. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Núcleo Estrutural. Módulo 7.

LOPES NETO, David et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 627-634, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/02.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

LOPES NETO, David et al. Um olhar sobre as avaliações de cursos de graduação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 46-53, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/07.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli Elisa Dalmazo Afonso. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 2. ed. São Paulo: EPU. 2013.

MACHADO, Cristina Vieira. Proteção social e sistemas de saúde na América Latina: caminhos e obstáculos ao direito à saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2686-2696, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/04.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

MACHADO, Cristina Vieira. Sobre os rumos das políticas sociais e de saúde no Brasil pós 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a11v29n10.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda; PINTO, Hêider Aurélio Pinto. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

MARX, Karl. **O capital: crítica à economia política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MASSON, Gisele. Materialismo Histórico e dialético: uma discussão sobre as categorias centrais. **Práxis Ed.**, Ponta Grossa, v. 2, n. 2, p. 105-114, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/viewFile/312/320>>. Acesso em: 11 out. 2013.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>> Acesso em 18 dez. 2014.

MATOS, Sidney Tanaka de Souza. Conceitos primeiros de neoliberalismo. **Mediações**, Londrina, v. 13, n. 1-2, p. 192-213, jan./jun. e jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/3314/2716>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. supl. p. 771-780, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a28v13s1.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana Martins; PINTO, Ione Carvalho. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.17, p. 233-241, jan./fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4080.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

MEDEIROS, Marcelo; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; MUNARI, Denise Bouttelet. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Rev. Eletr. Enf.** (online), Goiânia, v. 1, n. 1, out./dez. 1999. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista1_1/Escolenf.html>. Acesso em: 19 fev. 2014.

MEIRELLES, Dimária Silva. O conceito de serviço. **Rev. Econ. Pol.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 119-136, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rep/v26n1/a07v26n1.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

MELO, Cristina. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENEZES BRITO et al. A enfermeira no contexto das práticas de gestão: desafios e perspectivas em um hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Enfermería Global**, Múrcia, Espanha, v. 4, n. 2 (7), nov. 2005. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/477/485>>. Acessado em: 04 fev. 2016.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde Soc.** (online), São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2016.

MERHY, Emerson; FRANCO, Túlio. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MISHIMA, Silvana Martins et al. Maria Cecília Puntel de Almeida: a trajetória de uma protagonista da enfermagem brasileira. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 773-780, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/20.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

MOREIRA, Almerinda; PORTO, Fernando; OGUISSO, Taka. Registros noticiosos sobre a escola profissional de enfermeiros e enfermeiras na revista "O BRAZIL-MEDICO", 1890-1922. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 36, n. 4, p. 402-407, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a14.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

MOURA, Abigail et al. SENADEn: expressão política da educação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. esp, p. 442-453, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspe11.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, maio, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.

OLIVEIRA, Hilderline Câmara de; SANTOS, Joseneide Sousa Pessoa dos; CRUZ, Eduardo Franco Correia. O mundo do trabalho: concepções e historicidade. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2007, São Luís, MA. **Anais...** Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, 28 a 30 de agosto 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoB/178d5144a74686f5b7ffHILDERLINE%20C%3%82MARA_JOSENEIDE%20SANTOS_EDUARDO%20CRUZ.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2013.

OLIVEIRA, Sidinei Rocha de; PICCININI, Valmiria Carolina. Mercado de trabalho: múltiplos (des)entendimentos. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, p. 1517-1538, set./out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v45n5/v45n5a12>>. Acesso em: 03 de Fevereiro de 2016.

OLIVEIRA, Sonia Acioli; CORREIA, Luiza Mara. **Relatório de Gestão 2008-2012**. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial da Saúde. 10. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2015.

ORNELLAS, Thuê Camargo Ferraz de; MONTEIRO, Maria Inês. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 4, n. 59, p. 552-555, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a15v59n4.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 6, p. 723-726, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. O futuro do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 612-613, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/01.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2015.

PAIM, Jairnilson Silva et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1719-1806, maio 2011. Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/The%20Brazilian_Celia%20Almeida_2011.pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/E-Book-1-A-Reforma-Sanit%C3%A1ria-Brasileira-e-o-CEBES.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

PAULANI, Leda Maria. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley. **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz/ EPSJV, 2008. p. 67-107. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=38>>. Acesso em 21 jan. 2016.

PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire; LAGES, Itamar. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a04v11n2.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 771-777, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/22.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

PIMENTEL, Maria Regina Araujo Reicherte. **Formação de nível técnico em enfermagem para o SUS: um olhar para o idoso**. 2006. 80 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PIMENTEL, Maria Regina Araujo Reicherte, DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Formação crítica de enfermeiros: repercussões na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 247-253, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a18.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2013.

PIRES, Denise Elvira. Divisão social do trabalho. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divsoetra.html>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: CUT; Annablume, 2008b.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

PIRES, Marília Freitas de Campos. O materialismo histórico-dialético e a educação. **Interface**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 83-94, ago. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v1n1/06.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2013.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUINTANEIRO, Tania; BARBOSA, Maria Lígia de Oliveira; OLIVERA, Marcia Gardênia Monteiro de. **Um toque de clássicos**. Belo Horizonte: Ed. UFMG. 2011.

RAMPAZZO, Sônia Elisete; CORRÊA, Fernanda Zanin Mota. **Desmistificando a metodologia científica: guia prático para produção de trabalhos acadêmicos**. Erechin: Habilis, 2008.

RAMOS, Flávia Regina Souza; GELBCKE, Francine Lima; LORENZETTI, Jorge. Produção do conhecimento sobre o processo de trabalho na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 753-757, set./out. 2009.

RAMOS, Marise Nogueira. A Pedagogia das Competências e a Psicologização das Questões Sociais. **B. Téc. Senac**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273c.htm>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

RANIERI, Jesus. **Trabalho e dialética: Hegel, Marx e a teoria social do devir**. São Paulo: Boitempo, 2011.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lucia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abril 2004. Disponível em: <<http://lct.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Processo%20de%20trabalho%20em%20saude%20e%20o%20PSF.pdf>>. Acesso em: 09 jul.2013.

ROMANO, Regina Aurora Trino. **Da reforma curricular à construção de uma nova práxis pedagógica: a experiência da construção coletiva de um currículo integrado**. 1999. [120 f.]. Dissertação (Mestrado) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

SANTO, Eniel do Espírito; FREITAS, Fábila Quele Barbosa de. A saúde do trabalho e trabalhador em tempos de precarização do trabalho. **Revista Intersaberes**, Curitiba, v. 4, n. 8, p. 150-169, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/intersaberes/index.php/revista/article/viewFile/186/149>>. Acesso em 20 jan. 2016.

SANTOS, Boaventura de Souza; ALMEIDA FILHO, Naomar. **A universidade no século XXI: para uma universidade nova**. Coimbra: Almedina, 2008.

SANTOS, Isabela Soares. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2751, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/13.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

SANTOS, Nelson Rodrigues. **Política pública de saúde: qual o rumo?** Rio de Janeiro: CEBES, 2010. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Sus_politica.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2015.

SANTOS, Tânia Cristina Franco et al. Participação americana na formação de um modelo de enfermeira na sociedade brasileira na década de 1920. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a25.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2013.

SAVIANI, Dermeval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12 n. 34, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n34/a12v1234.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2015.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0159.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2015.

SILVA, Giselle Souza da. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempo de crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org.) **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011. p. 10-14. Disponível em: <http://www.adufrj.org.br/images/publicacoes_especiais/PDFs/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf>. Acesso: 22 jan. 2016.

SILVA, Graciete Borges da. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, Mary Gomes. **Repercussões da expansão de cursos de graduação em enfermagem nas práticas de ensino/aprendizagem nos serviços de saúde**. 2013. 188 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias de currículo. 3. ed. 6. reimp. Belo Horizonte: Autêntica. 2015.

SIMÕES BARBOSA, Regina Helena. A 'teoria da práxis': retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-26, mar./jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 17 abr. 2012.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos Santos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0018.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

TEIXEIRA, Elizabeth et al. Uma década de diretrizes curriculares nacionais para a graduação em enfermagem: avanços e desafios. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. esp, p. 95-101, 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 5. ed. 18. reimp. São Paulo: Atlas, 2009.

TUMOLO, Paulo Sergio. O significado do trabalho no capitalismo e o trabalho como princípio educativo: ensaio de análise crítica. **Revista Espaço Acadêmico** (online), Maringá, v. 3, n. 24, maio 2003. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/024/24ctumolo.htm>>. Acesso em: 04 abr. 2013.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ). Faculdade de Enfermagem. **Projeto político pedagógico**. Rio de Janeiro: UERJ, 2005.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ). Núcleo de Informação e Estudos de Conjuntura. **Data UERJ 2015**: anuário estatístico base de dados 2014. Rio de Janeiro: UERJ, 2015. Disponível em <http://www2.datauerj.uerj.br/pdf/DATAUERJ_2015.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 531-562.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. Projeto político pedagógico: uma construção coletiva. In: VEIGA, Ilma Passos Alencastro (Org.). **Projeto político pedagógico**: uma escola possível. 24. ed. Campinas (SP): Papyrus, 2008. p. 11-36.

VIANNA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Capitalismo e estado social: qual o sentido do SUS? A doença holandesa da política social brasileira. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 14 maio 2013. País: Plataforma política social (online). Disponível em: <<http://www.jb.com.br/plataforma-politica-social/noticias/2013/05/14/capitalismo-e-estado-social-qual-o-sentido-do-sus/>>. Acesso em: 10 set. 2015.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. As batatas de Pirro. Comentários sobre as regras institucionais, constrangimentos macroeconômicos e inovação do sistema de proteção social brasileiro nas décadas de 1990 e 2000. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 707-719, maio/jun. 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/03.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2015.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. O culpado é o mordomo? Constrangimentos outros (que não os do modelo econômico) à seguridade social. In: LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; FLEURY, Sonia (Org.). **Seguridade social, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009b. p 66-83. (Coleção Pensar em Saúde). Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Livro_Seguridade.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2015.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. Reforma do Estado e política social: notas à margem do tema. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 13-16. Disponível em <<http://lctead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/VV.%20AA.%20Pol%EDtica%20de%20Sa%FAde%20na%20Atual%20Conjuntura..pdf>>. Acesso em 17 jan. 2016.

XAVIER, Maria Lelita, BAPTISTA, Suely de Souza. Associação Brasileira de Enfermagem no contexto da reforma educacional de 1996. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 257-263, mar./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/14.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2013.

APÊNDICE – Instrumento de coleta de dados



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Doutorado



Instrumento para análise de documentos

Item	Documento
Tipo de documento	
Ano	
Turma	
Conceito de Trabalho – o que aborda? (explícito ou implícito)	
Processo de trabalho – o que aborda?	

ANEXO A – Estrutura Curricular da ENF/UERJ

	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE	3º SEMESTRE	4º SEMESTRE	5º SEMESTRE	6º SEMESTRE	7º SEMESTRE	8º SEMESTRE	9º SEMESTRE	
1ª ÁREA: ASSISTENCIAL	SUBÁREA I - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 1 - 150h SUBÁREA II - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 2 - 180h SUBÁREA III - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 3 - 150h SUBÁREA IV - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 4 - 30h	SUBÁREA I - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 2 - 180h SUBÁREA II - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 3 - 150h SUBÁREA III - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 4 - 30h	SUBÁREA I - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 3 - 150h SUBÁREA II - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 4 - 30h	SUBÁREA I - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 4 - 30h SUBÁREA II - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 5 - 30h SUBÁREA III - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 6 - 30h SUBÁREA IV - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 7 - 30h	SUBÁREA I - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 5 - 30h SUBÁREA II - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 6 - 30h SUBÁREA III - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 7 - 30h SUBÁREA IV - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 8 - 30h	SUBÁREA I - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 6 - 30h SUBÁREA II - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 7 - 30h SUBÁREA III - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 8 - 30h SUBÁREA IV - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 9 - 30h	SUBÁREA I - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 7 - 30h SUBÁREA II - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 8 - 30h SUBÁREA III - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 9 - 30h SUBÁREA IV - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 10 - 30h	SUBÁREA I - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 8 - 30h SUBÁREA II - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 9 - 30h SUBÁREA III - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 10 - 30h SUBÁREA IV - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 11 - 30h	SUBÁREA I - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 9 - 30h SUBÁREA II - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 10 - 30h SUBÁREA III - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 11 - 30h SUBÁREA IV - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 12 - 30h	SUBÁREA I - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 10 - 30h SUBÁREA II - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 11 - 30h SUBÁREA III - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 12 - 30h SUBÁREA IV - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 13 - 30h
2ª ÁREA: FUNDAMENTAL	SUBÁREA I - Educação em Enfermagem 1 - 105h SUBÁREA II - Educação em Enfermagem 2 - 105h SUBÁREA III - Educação em Enfermagem 3 - 105h SUBÁREA IV - Educação em Enfermagem 4 - 105h SUBÁREA V - Educação em Enfermagem 5 - 105h	SUBÁREA I - Educação em Enfermagem 2 - 105h SUBÁREA II - Educação em Enfermagem 3 - 105h SUBÁREA III - Educação em Enfermagem 4 - 105h SUBÁREA IV - Educação em Enfermagem 5 - 105h	SUBÁREA I - Educação em Enfermagem 3 - 105h SUBÁREA II - Educação em Enfermagem 4 - 105h SUBÁREA III - Educação em Enfermagem 5 - 105h SUBÁREA IV - Educação em Enfermagem 6 - 105h	SUBÁREA I - Educação em Enfermagem 4 - 105h SUBÁREA II - Educação em Enfermagem 5 - 105h SUBÁREA III - Educação em Enfermagem 6 - 105h SUBÁREA IV - Educação em Enfermagem 7 - 105h	SUBÁREA I - Educação em Enfermagem 5 - 105h SUBÁREA II - Educação em Enfermagem 6 - 105h SUBÁREA III - Educação em Enfermagem 7 - 105h SUBÁREA IV - Educação em Enfermagem 8 - 105h	SUBÁREA I - Educação em Enfermagem 6 - 105h SUBÁREA II - Educação em Enfermagem 7 - 105h SUBÁREA III - Educação em Enfermagem 8 - 105h SUBÁREA IV - Educação em Enfermagem 9 - 105h	SUBÁREA I - Educação em Enfermagem 7 - 105h SUBÁREA II - Educação em Enfermagem 8 - 105h SUBÁREA III - Educação em Enfermagem 9 - 105h SUBÁREA IV - Educação em Enfermagem 10 - 105h	SUBÁREA I - Educação em Enfermagem 8 - 105h SUBÁREA II - Educação em Enfermagem 9 - 105h SUBÁREA III - Educação em Enfermagem 10 - 105h SUBÁREA IV - Educação em Enfermagem 11 - 105h	SUBÁREA I - Educação em Enfermagem 9 - 105h SUBÁREA II - Educação em Enfermagem 10 - 105h SUBÁREA III - Educação em Enfermagem 11 - 105h SUBÁREA IV - Educação em Enfermagem 12 - 105h	SUBÁREA I - Educação em Enfermagem 10 - 105h SUBÁREA II - Educação em Enfermagem 11 - 105h SUBÁREA III - Educação em Enfermagem 12 - 105h SUBÁREA IV - Educação em Enfermagem 13 - 105h
3ª ÁREA: BASES BIOLÓGICAS E SOCIAIS	SUBÁREA I - Antropologia Filosófica - 45h SUBÁREA II - Sociologia - 45h SUBÁREA III - Bioestatística - 60h SUBÁREA IV - Parasitologia - 60h	SUBÁREA I - Fundamentos de Biologia Celular - 90h SUBÁREA II - Histologia - 90h SUBÁREA III - Bioestatística - 60h SUBÁREA IV - Anatomia Humana - 90h	SUBÁREA I - Fisiologia - 90h SUBÁREA II - Bioquímica - 90h SUBÁREA III - Patologia Geral - 90h	SUBÁREA I - Princípios Básicos de Nutrição - 30h SUBÁREA II - Farmacologia - 90h	SUBÁREA I - Princípios Básicos de Nutrição - 30h SUBÁREA II - Farmacologia - 90h	SUBÁREA I - Princípios Básicos de Nutrição - 30h SUBÁREA II - Farmacologia - 90h	SUBÁREA I - Princípios Básicos de Nutrição - 30h SUBÁREA II - Farmacologia - 90h	SUBÁREA I - Princípios Básicos de Nutrição - 30h SUBÁREA II - Farmacologia - 90h	SUBÁREA I - Princípios Básicos de Nutrição - 30h SUBÁREA II - Farmacologia - 90h	SUBÁREA I - Princípios Básicos de Nutrição - 30h SUBÁREA II - Farmacologia - 90h
	585 h	600 h	465 h	420 h	510 h	615 h	495 h	1080 h	1080 h	

ANEXO B – Carta de autorização de realização da pesquisa



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Vice-Diretora da **Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, eu Prof.^a Dr.^a NORMA VALÉRIA DANTAS DE OLIVEIRA SOUZA, autorizo a realização da Pesquisa intitulada “**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O TRABALHO NO SUS: A PROPOSTA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**” e declaro que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

A pesquisa a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Prof.^a MARIA REGINA ARAUJO REICHERTE PIMENTEL tem como base a pesquisa documental referente ao Projeto Político-Pedagógico, ementas e planos de ensino em vigor e os arquivados no Centro de Memória Nalva Pereira Caldas, sob orientação da Prof.^a Dr.^a HELENA MARIA SCHERLOWSKI LEAL DAVID.

Rio de Janeiro, 21 de fevereiro de 2014.

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
p/ Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Vice-Diretora da Faculdade de Enfermagem
ID 2554752-6

Maria Therezinha Nobrega da Silva
CORPOA-RJ ENF-2467-AR
Professor Adjunto Fac. Enfermagem
Matrícula UERJ nº 2012.23
506-4646 e 036512

FACULDADE DE ENFERMAGEM
Boulevard 28 de setembro, 157 – 7º andar – Vila Isabel – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.551-030
Telefone: (21) 2868-8236 / 2334-2074